



# LES DROGODEPENDÈNCIES

**E**ls textos següents presenten els primers resultats d'una sèrie d'estudis que, al voltant de les drogodependències i des de diferents disciplines, s'elaboren a la Universitat de València. Amb aquest monogràfic, MÈTODE vol oferir una visió global del moment en què es troba aquesta recerca encaminada a paliar les conseqüències tant del consum com del tràfic de drogues, dues qüestions que afecten tots els àmbits socials i les quals s'inclouen ja dins les línies preferents del Pla Nacional d'I+D presentat pel Ministeri d'Educació i Ciència.

Aquest treball se centra en un dels aspectes més dràstics del món de les drogodependències: el consum de les anomenades 'drogues il·legals'. Es parla principalment dels opiacis i, en alguns casos, només dels problemes derivats del consum de drogues per via parenteral. Ens reservem per a una altra ocasió les qüestions referents a la resta de drogues (alcohol, psicofàrmacs, etc), la qual cosa ens obligaria, per manca d'espai, a fer un tractament temàtic més superficial.

Cal dir, per començar, que la recerca en matèria de drogodependències és encara molt jove i no pot garantir solucions totals a curt termini. Tanmateix, les investigacions no s'aturen i els científics comencen a trobar resposta a certes qüestions, facilitant el plantejament de les primeres estratègies a seguir, tant des de la medicina com des d'altres ciències com ara la psicologia, la sociologia o l'economia. A hores d'ara, els estudis s'aconduïxen, més que cap a la reversió del procés d'addicció, capalano-proliferació dels addictes;

més que en revertir les malalties associades al consum de drogues, en procurar una millor qualitat de vida de l'addicte i en prevenir possibles contagis; més que en actuar administrativament, en coordinar-se per a l'actuació.

Els estudis realitzats a la Facultat de Psicologia tracten el problema de les drogodependències des dels punts de vista de la prevenció i de l'educació, analitzant l'addicció a les drogues des de la vessant de les motivacions prèvies a l'inici del consum i buscant resposta a la qüestió de per què unes persones es fan addictes a les drogues i altres no.

Pel que fa a la medicina, les malalties víriques semblen ocupar el primer i principal lloc en l'escala de les patologies associades al consum de drogues. El treball es realitza des de la Unitat d'Aparell Digestiu del Departament de Medicina de la Universitat -unitat reconeguda per la Generalitat com a Centre Pilot de la Comunitat Valenciana per a l'estudi de la patologia hepàtica associada al consum de drogues-, i parla dels diferents tipus d'hepatitis, de la candidiasi i de la infecció per VIH, dels tractaments aplicats i dels resultats assolits.

Finalment, el problema de les drogues ha estat analitzat també des del punt de vista econòmic, a la recerca d'un nou sistema de coordinació entre administracions i institucions de l'estat, en matèria d'accions contra les conseqüències de l'ús abusiu de 'drogues il·legals'.



*Una imatge al barri del Carme de València*



# PSICOLOGIA I DROGODEPENDÈNCIA

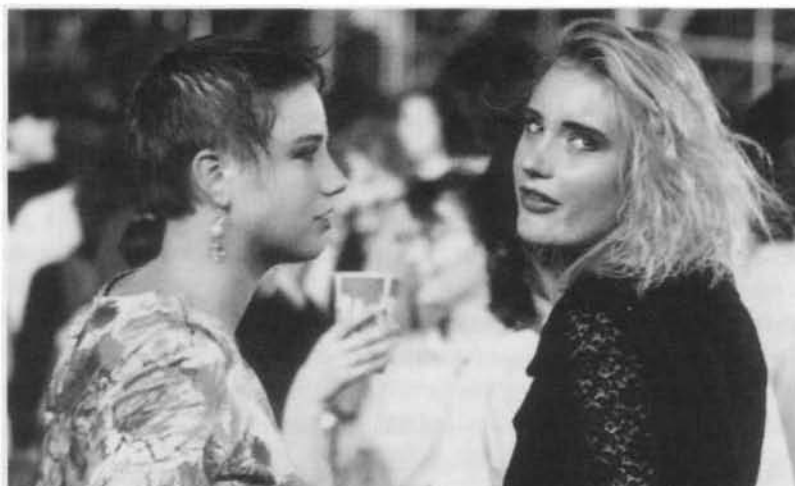
## Les motivacions que porten a l'addicció

Les conseqüències socials, econòmiques i culturals derivades de l'abús i de l'addicció a les drogues han propiciat un estudi minuciós i detallat de solucions que, dintre del camp de la psicologia i de l'educació, proporcionen dades suficients per treballar en la prevenció i el tractament en drogodependències. El Departament de Psicologia Bàsica de la Universitat de València ha realitzat un estudi que, dirigit per Luis Mayor, professor titular de psicologia, i elaborat gràcies als estudis i a la participació de la resta de la societat científica internacional, analitza les motivacions prèvies a l'inici del consum, les motivacions del seu manteniment i les motivacions del subjecte per a l'eventual canvi, així com la seua recuperació (desintoxicació, rehabilitació psicològica i reinserció social), sempre des de la vessant de les motivacions prèvies a l'inici del consum.

En primer lloc, l'estudi se situa, més que en l'addicció o en els seus efectes, en el concepte d'abús. Encara que la frontera entre abús i dependència resulta difícilment delimitable, es parla d'abús de drogues quan les substàncies s'administren en dosis excessives i de forma periòdica o continuada, sense una necessitat terapèutica evident. Prenent com a referència el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-III) de l' *American Psychiatric Association*, aquest enumera tres criteris per al diagnòstic de l'abús de substàncies: un patró d'ús patològic, una deterioració del funcionament social o professional, i una duració del trastorn d'un mes com a mínim. Compliquen també l'estudi els fets de la no-identificació dels subjectes afectats fins que es troben als estadis finals de l'addicció -moment en que resulta prou difícil la reversió del procés-, i el del policonsum, fet freqüent i epidemiològicament important, donat que cap droga produeix un efecte únic, depenent, entre altres variables, de la dosi, de l'estat del subjecte, de les ocasions i del lloc del seu ús.

Gràcies als estudis científics realitzats fins ara, es poden ja formular certs principis d'explicació, al menys parcials i des del punt de vista motivacional, de l'inici del consum. Cada vegada es fa més evident que el tipus de motivació per utilitzar una droga juga un paper fonamental en la determinació de si una persona pot arribar a fer-s'hi addicta .

Per començar un estudi rigorós de les drogodependències, dintre d'una anàlisi psicològica, cal parlar dels components motivacionals que actuen en el subjecte consumidor. Aquest informe considera fonamental identificar no només els motius que porten a l'abús de les drogues, sinó també el paper d'aquestes motivacions en la iniciació al consum, com a condició necessària per a qualsevol estratègia preventiva.





El consum de drogues respon a unes necessitats personals i socials que varien d'un individu a un altre en funció de grups, generacions, comunitats i nacions. Drogues diferents poden ser consumides per motius comuns, d'igual forma que es pot arribar a una mateixa droga per causes distintes. Les motivacions canvien en funció dels diferents moments del procés d'addicció. Així, dels motius d'inici es passa als motius de manteniment. Segons Luis Mayor, «quan la persona ja no pren la droga simplement per experimentar un estat afectiu positiu -estar bé-, sinó per reduir un estat afectiu negatiu -deixar d'estar mal-, en aquest sentit, es pot parlar d'un manteniment del consum».



complexe d'estímuls físics i socials de l'ambient. Algunes drogues com la morfina o l'heroïna podrien inhibir la producció del opiacis endògens de l'organisme (encefalines i endorfines) que tenen la facultat d'atenuar la dimensió dolorosa dels estímuls nocius, quedant l'organisme indefens davant els estímuls dolorosos i necessitant de la droga per afrontar-los. Un altre plantejament parla de l'estimulació que algunes drogues poden produir en la producció de 'catelocamines', substàncies que activen els sistemes d'autorrecompensa cerebral, produint plaer.

Segons Franken (1982), en la perspectiva de l'aprenentatge són tres els factors responsables del desenvolupament de la propensió al consum de drogues: el primer d'ells és la tendència a consumir drogues en una extensa diversitat de condicions estimuladors (una festa, en el treball, com a necessitat per a la pràctica de l'esport...); el segon factor és la motivació que porta a consumir la droga (motivacions psicològiques i socioculturals); i el tercer factor és l'accessibilitat o disponibilitat del producte (si la droga no es pot comprar, difícilment es podrà consumir).

N'hi ha determinats factors que poden tenir una influència negativa en el consum de drogues, com és el cas dels trastorns afectius, l'extraversió i l'introversió, i l'escala de valors dels subjectes consumidors. Per a Luis Mayor, «aquests subjectes, generalment, ni tenen un passat integrat en la pròpia experiència ni tenen un futur il·lusionat, només compten amb un present estret i angunios; la seua escala de valors està encapçalada per aconseguir una altra dosi».

## Iniciació i manteniment de l'addicció

La fase d'iniciació de la conducta addictiva ve relacionada en gran part amb els factors biològics, fisiològics, psicològics i socioculturals de cada persona, a més dels genètics i dels psicosocials.

Les motivacions per a l'inici de l'addicció es poden classificar en diferents grups: un primer que respon a una mena de desacord comú amb el context sociocultural; un segon grup que expressa la necessitat d'adaptació del subjecte a uns determinats sectors o condicions de vida; un tercer que reflexa la tendència hedonista i experimentadora dels individus, i un quart grup que es relaciona amb la necessitat de calmar el dolor o d'afrontar altres signes medicalitzats. «La probabilitat de fer-se addicte, des del punt de vista psicològic, dependrà -segons assenyala el professor Mayor- de la conjunció de diferents variables: una mínima 'autoestima', la capacitat per a desenvolupar projectes i idees realistes, i la capacitat per a tolerar mínimament les frustracions». Es pot afirmar que seran més propensos a fer-se addictes els subjectes psicològicament immadurs.

Els factors que poden portar a la utilització problemàtica de drogues es relacionen amb els efectes farmacològics de la droga, amb la dotació psicològica del consumidor i amb el sistema





## Educació i prevenció

En l'actualitat es dedica, cada vegada més, un major esforç a la investigació dels factors motivacionals, i no únicament a l'estudi dels efectes nocius del consum de drogues. A hores d'ara es considera més recomanable prevenir l'addicció que lluitar per eliminar-la.

L'acció de prevenció pot definir-se com un procés interactiu de programes informatius, de capacitació, de presentació d'alternatives o d'estratègies d'intervencions terapèutiques tendents a promoure la creació de les condicions per reduir al mínim possible l'incidència o prevalència de problemes socialment rellevants (en aquest cas l'ús-abús de drogues), estimulant en els individus canvis d'actituds, valors i comportaments en les àrees afectiva, intel·lectual i d'integració social.

Pel que fa a la prevenció, cal parlar de tres nivells o tipus de prevenció clàssica: la prevenció primària, que s'aplica abans de l'aparició del procés que es tracta d'evitar; la prevenció secundària, que es dirigeix als col·lectius propensos a l'iniciació del consum de les drogues; i la prevenció terciària, que pretén detenir o retardar l'evolució del problema o de les seues conseqüències.

En les mesures a emprar cal destacar les educatives, les quals intenten oferir a la població una informació adequada i modificar o, en el seu cas, consolidar unes actituds positives cap al manteniment de la salut.

La informació al voltant de les drogues ha de tenir relació amb el perfil psicosocial dels seus destinataris; cal fer un tractament diferent, dependent de si es tracta d'adolescents, joves o consumidors, així com de les distintes drogues de les què volem informar. No cal dramatitzar en excés els missatges; campanyes publicitàries com 'fume menos, sabe mejor' va augmentar en un 30% el consum de tabac, o l'eslogan '7a droga mata' va tenir uns efectes més que sospitosos. Un objectiu

fonamental és reduir l'interés per aquestes substàncies, així com la seua acceptació social, mitjançant la promoció de coneixements i motivacions positives per a la conservació dels comportaments saludables. Aquest va ser el cas de l'anunci emès per TV3 en el qual, per tal de prevenir la conducta de fumar, una xica donava un bes al seu company sense l'alè del tabac.

## Un tractament complex

L'anàlisi dels motius juga un paper de pri-



*Un futur esperançador*

mordial importància a l'hora d'iniciar, continuar o abandonar un programa de tractament. El subjecte afectat per l'addicció a les drogues es troba amb la disjuntiva de canviar o no la seua actitud; no vol les conseqüències negatives de l'addicció, però no està tan segur de canviar la seua conducta addictiva.

L'individu no sembla conscient en què l'ús continuat d'una substància addictiva pot crear-li una dependència de la mateixa droga. En experimentar creixents dificultats en diferents esferes de funcionament de la seua vida, alguns addictes comencen a plantejar-se la necessitat de canviar. Segons l'estudi, «el nivell de compromís inicial del subjecte per a canviar haurà d'incrementar-se progressivament, comprometent-se activament en una sèrie de conductes per mantenir la motivació inicial de 'desenganxar-se'».

Segons Martatt et al. (1988) molts subjectes, quan comencen a experimentar dificultats, prenen la decisió de no iniciar un tractament perquè es consideren responsables del desenvolupament del





seu problema i creuen estar capacitats per a fer front al mateix. Altres tenen actituds negatives cap al tractament i, a més a més, desitgen evitar l'encasellament d'addictes i la consegüent estigmatització social.

L'autocanvi no es produeix com a fet espontani; n'hi ha factors relacionats amb l'inici del canvi: una malaltia o accident personal, una experiència religiosa significativa, intervenció o recolzament de familiars i amics, problemes financers o legals, o una malaltia greu d'altra persona relacionada amb l'addicció.

### Formació de professionals

Des de les perspectives de les motivacions en l'inici del consum i l'addicció a les drogues, cal parlar d'unes orientacions aplicables pels professionals del camp de les drogodependències, entre les quals destaquen: el domini dels coneixements teòrics i metodològics per abordar els aspectes psicològics i psicosocials implicats en el procés d'addicció; el desenvolupament de les aptituds per diagnosticar les situacions ús-abús; la capacitat per realitzar anàlisis motivacionals tant individuals com familiars; el coneixement de dissenys i procediments d'avaluació de programes preventius; i, per últim, la utilització més eficaç dels recursos materials i humans.

Un bon professional ha de tractar el problema de les drogodependències des de les perspectives biològiques, sociològiques i psicològiques, aprofundint en l'estudi del per què alguns individus apleguen a dependre fortament de les drogues, en tant que altres no superen un determinat nivell de consum.

### Un futur esperançador

Segons les últimes dades obtingudes dels treballs realitzats al voltant de les drogodependències, des d'un punt de vista psicològic, sembla realista pensar que van a produir-se progressos significatius en els camps de l'acció preventiva i dels recursos terapèutics d'aquesta problemàtica. A hores d'ara es pot parlar de determinades conclusions, a les quals han arribat els investigadors que treballen en aquest estudi tècnic. Cal dir que el model 'biopsicosocial' (integrat per les perspectives biològiques, sociològiques i psicològiques) ha resultat el més adequat per investigar les motivacions de l'inici al consum i del manteniment de la conducta addictiva. D'altra banda, la manca d'una resposta a la pregunta 'per què alguns subjectes es fan addictes mentre que altres només arriben al consum?', fa necessària l'anàlisi motivacional de les addiccions, tant en el pla de la prevenció com en el del tractament; i cal crear les condicions positives necessàries per tal de motivar el subjecte cap al canvi, amb un recolzament humà adequat al problema, però mai

amb pressions, des de fora, a l'addicte. Al capdavant, es parla de no aïllar el drogaaddicte de la resta del món. El subjecte ha de viure en societat i ha de comptar amb altres alternatives vitals i interpersonals.

Arturo Orrico

## INTERVENCIÓ EN DROGODEPENDÈNCIES

El tractament multidisciplinal dels problemes que genera la drogaaddicció és la base del projecte que, coordinat pel professor M. Angel Torres, director de la Unitat d'Alcoholisme i Toxicomanies de la localitat de Torrent i professor associat a la Universitat, ha portat a terme un grup d'investigadors de la Universitat de València. L'estudi tracta, a través de set subprojectes, tota la problemàtica generada per l'addicció a les drogues.

Com a objectius principals destaquen l'establiment d'un perfil bio-psicosocial del drogaaddicte, que serveix per ajustar el tractament, i la baremació de l'escala de personalitat «Mini-Mult de Kincanon», així com l'establiment de les xarxes socials pròpies dels heroinòmans i la repercusió de l'addicció dels pares en els seus fills. L'estudi es proposa també observar les particularitats de la drogaaddicció en les dones, les característiques de la intervenció més eficaç per als addictes als opiàtics i el tractament amb metadona. L'últim objectiu consisteix en establir un model per a l'avaluació de l'eficàcia de les mesures desenvolupades al nostre país, amb la finalitat de prevenir el consum abusiu d'alcohol i d'altres drogues en relació amb la seguretat vial.

Els projectes elaborats es classifiquen en tres apartats temàtics: avaluatiu-descriptiu, tractament-intervenció i aplicació social. Amb tot això, es pretén analitzar els problemes generats per l'addicció en l'ajust emocional, l'adaptació social i la salut física del drogaaddicte, el tràfic de drogues, la delinqüència i la marginalitat.

A.O.





# EL SISTEMA PÚBLIC DAVANT EL PROBLEMA DE LES DROGUES

El consum de drogues il·legals al nostre país és una mostra més de la internacionalització dels problemes i dels mercats. Al començament dels anys setanta, va importar-se del moviment 'hippy' americà l'hàbit de consumir haixis (Cannabis) i LSD, costum que poc abans havien imitat els moviments contraculturals d'altres països occidentals. A la fi de la dècada dels setanta, amb un contorn econòmic desfavorable -imposat per una greu crisi econòmica amb elevades taxes de desocupació- i un marc polític de transició cap a la democràcia bastant incert, també es va importar el consum d'heroïna, el qual va expandir-se amb força durant els anys vuitanta. Actualment, seguint la moda que marquen els temps, diversos indicadors posen èmfasi en el notable increment que està experimentant el tràfic i el consum de cocaïna al nostre país.

Ara, en començar la dècada dels noranta, el consum abusiu de drogues il·legals al nostre país s'ha estès entre la joventut fins a quotes que no poden ignorar-se, i que constitueixen un greu problema social, educatiu, sanitari i econòmic que requereix d'una política i d'una regulació i planificació específiques, com en qualsevol altre camp destacat de la salut o de l'economia. Però, a més a més, l'addicció a les drogues sovint comporta altres problemes socials no menys importants, com són: la delictivitat i la criminalitat que generen el tràfic i el consum de drogues, la transmissió de malalties contagioses greus, la manca de productivitat econòmica i social dels addictes que normalment es marginen de la societat, la disminució del benestar social que exerceix el cost humà en famílies amb fills drogaaddictes, i, en el pla macroeconòmic, la gran quantitat de diner 'negre' que genera el tràfic i consum de drogues, el qual no solament influeix negativament en l'efectivitat político-monetària del govern, sino que afecta directament en l'augment de la inflació.

## Progressos en la lluita contra la droga

Abans de 1985, no existia cap coordinació entre les diferents Administracions i Institucions de l'Estat en matèria d'accions contra els

problemes derivats de l'ús abusiu de les denominades 'drogues il·legals'. Per tal de trencar amb aquesta caòtica situació, en 1985 va implantar-se el Pla Nacional sobre Drogues (PNSD), el qual donà lloc a la Delegació del Govern corresponent, depenent del Ministeri de Sanitat i Consum. (1). Durant el mateix any i a nivell autonòmic, l'interès comú en la coordinació de les actuacions contra la droga va conduir a la creació, en la Comunitat Valenciana (CV), de diferents figures jurídiques, com ara la Comissió de Coordinació de la lluita contra la droga, el Comissionat i un Comitè Tècnic Assessor (2). Més tard, el 7 d'octubre de 1986, la nouvinguda Comissió de Coordinació va aprovar el Pla Autonòmic de Lluita contra la Droga (PALD), amb tres objectius fonamentals: elaborar les oportunes disposicions legals que permeten el desenvolupament adequat de les accions de prevenció, educació sanitària, informació, assistència, rehabilitació i reinserció de drogodependents; conèixer el nivell de consum de substàncies tòxiques a la CV, així com les seues conseqüències, per a l'establiment d'una política d'intervenció i d'un sistema de seguiment i d'avaluació; i, per últim, generar una política dirigida a la disminució del consum de substàncies tòxiques a la CV.

La veritat és que en 1990, a la fi del període considerat i després de cinc anys de PALD, encara continuàvem necessitats d'una 'Llei de la Droga' (3) que regulara i determinara les accions a desenvolupar en matèria de drogodependències a la CV, i d'un sistema d'informació en toxicomanies més eficient, específic i fiable que l'existent fins aleshores.

Considerem necessari assenyalar que, en matèria de política de drogodependències, un dels més importants reptes del sistema públic consisteix en coordinar plenament les actuacions de les diferents administracions i institucions de la CV. El fet que les Conselleries, les Diputacions, els

(1) El Pla Nacional sobre Drogues s'aprovà en reunió del Consell de Ministres de data 20 de març de 1985; prosseguint l'acord per a l'elaboració de l'esmentat Pla, aconseguit en la sessió del Congrés dels Diputats celebrada el 27 d'octubre de 1984.

(2) Tots aquests òrgans foren creats i són regulats pel Decret 112/85.

(3) Utilitzant la terminologia pròpia del PALD.





Ajuntaments i altres institucions destinen recursos a prevenció, tractament, etc, no suficientment coordinats per la Comissió de Coordinació, provoca sovint una duplicitat d'actuacions, una ineficiència econòmica, i una sensació de manca de control sobre el problema de les drogues.

Molt recentment, amb la finalitat de culminar aquest procés de coordinació, ha estat creada la Direcció General d'Atenció i Prevenció de la Drogodependència (4), la qual ha assolit una millora substancial del Sistema Autonòmic Valencià d'Informació sobre Toxicomanies (SAVIT), subsanant moltes de les sèries deficiències que presentava anteriorment i ampliant el nombre d'indicadors i de variables, la cobertura, el nombre de drogues i la fiabilitat general del sistema. Al mateix decret s'aprovaren, a més a més, les Comissions de Coordinació i Executiva d'Atenció i Prevenció de les Drogodependències.

## Els sistemes d'informació sobre toxicomanies: SEIT i SAVIT

El sistema estatal d'informació sobre toxicomanies que existeix en l'actualitat fou creat en 1986, un any després de la instauració del PNSD. En aquest any, la Delegació del PNSD acordà dissenyar i posar en marxa un Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies (SEIT), amb la finalitat d'obtenir dades sobre: a) L'evolució del consum d'opiacis i cocaïna, en relació al nombre de consumidors i al tipus de drogues consumides, b) L'evolució temporal de la magnitud de l'abús en cada comunitat autònoma, c) El patró de consum en relació a variables demogràfiques.

Així, doncs, es tracta essencialment d'un sistema d'informació sobre opiacis i cocaïna, el qual no permet quantificar el consum d'altres drogues també importants com són els psicofàrmacs, l'alcohol o les potser mal anomenades 'drogues de disseny'.

Durant el trieni 1987-1990, el SAVIT gaudia bàsicament de les mateixes característiques tècniques de SEIT, encara que el seu àmbit territorial es reduïa exclusivament a la Comunitat Valenciana. D'aquesta manera, es pot dir que SAVIT procedeix del sistema d'informació estatal i que ha heretat, en conseqüència, moltes de les limitacions i deficiències d'aquell.

Des de la perspectiva tècnica, SAVIT és un sistema d'informació basat en el registre anual de casos, i constituït per un conjunt de tres indicadors indirectes: nombre de demandes de tractament, urgències hospitalàries i mortalitat pel consum abusiu d'opiacis i cocaïna.

## Evolució dels principals indicadors de consum

Independentment de les deficiències i limitacions que el nostre estudi ha detectat en el sistema d'informació sobre toxicomanies, a hores d'ara i en relació amb el període de temps considerat (trieni 1987-1990), la millor alternativa d'aproximació per intentar quantificar el consum i el nombre de drogodependents a la CV la constitueixen les dades recollides per SAVIT.

A més dels tres indicadors que integra SAVIT, aquest estudi ha considerat com a fonts d'informació les dades sobre el nombre de detencions policials, de decomisos i d'incautacions, i el nombre d'enjudiciaments facilitats per la Fiscalia Especial per a la Prevenció i la Repressió del Tràfic Il·legal de Drogues, així com les dades del Pla Nacional sobre Drogues relatiu a recursos econòmics, sanitaris, etc.

Si fem un breu extracte dels principals resultats quantitius i de les estimacions efectuades amb tota aquesta informació, podria dir-se que:

1.- El nombre de demandes de tractament ambulatori ha augmentat més que linealment en el període considerat, havent-se notificat en 1990 un total de 1830 demandes (xifra que suposa un 47'8% més que la de 1988).

2.- El protocol d'informació sobre el nombre d'urgències hospitalàries originades pel consum abusiu de drogues a la CV, va implantar-se per primera vegada en 1990, registrant-se 3.969 urgències motivades principalment per síndromes d'abstinència (30%), complicacions orgàniques (30%) i sobredosi (10%).

3.- El nombre de morts només a la ciutat de València durant 1990 fou de 38 drogodependents.

4.- El desigual comportament davant les drogues, entre homes i dones, és comú als tres indicadors mencionats, i és ressenyable des d'un punt de vista sociològic.

5.- En relació a la variable d'edat del col·lectiu de drogodependents, l'estudi conclou que l'edat mitjana d'inici són els 19\*72 anys; que al

(4) Decret 232/91 de 9.12.91 (publicat el 31.12.91).





voltant dels 25'89 anys s'ha sofert almenys una hospitalització a causa d'algun problema greu relacionat amb el seu hàbit; que una vegada complerts els 26 anys se sol·licita tractament ambulatori, i que l'edat mitjana dels morts és de 27'68 anys.

6- L'heroïna és la droga principal responsable del 98% de les demandes de tractament, del 77% de les urgències i del 81'57% de les morts, sent la via intravenosa la forma més usual d'administració. D'altra banda, la cocaïna s'ha trobat en un 13'15% dels morts, representa el 8'5 de les urgències i ha duplicat la seua importància com a causa de demanda de tractament entre 1987 i 1990.

7.- El nombre de detencions policials, durant el període considerat, ha augmentat notablement a Alacant, sensiblement a Castelló, i ha disminuït a València.

8.- El nombre de decomisos i d'enjudiciaments coincideixen en assenyalar el ràpid ascens del problema relatiu al tràfic i consum de drogues en Alacant, el qual ja havia estat apuntat pel nombre de detencions policials.

Una visió quantitativa, com la que s'acaba d'oferir, podria fer-nos pensar que s'ha assolit mesurar definitivament els principals paràmetres de consum de drogues a la nostra comunitat, i que coneixem bastant bé aquesta realitat. Lamentablement i ateses les deficiències en el sistema d'informació, aquest treball suposa només un primer esforç, si en volem ser capdavanters, per delimitar objectivament la magnitud del problema del consum abusiu de drogues a la Comunitat Valenciana.

## Conclusions

Una vegada analitzat el problema de les drogodependències des del punt de vista de l'atenció que presta el sistema públic, aquest treball ens ha conduït a considerar dues qüestions: D'una banda, no és possible millorar els nivells d'atenció que el sistema públic presta al col·lectiu de drogodependents de la Comunitat Valenciana, ni tampoc la qualitat d'aquesta atenció en les diferents àrees -prevenció, tractament i reinserció social- sense un adequat coneixement tant de l'esmentat col·lectiu, com de les característiques i evolució del consum i de la qualitat dels recursos socio-sanitaris que el nostre sistema de salut pública posa a disposició dels drogodependents. D'altra, la necessitat d'establir el volum de despesa pública destinada a la lluita contra les drogues, i d'un model d'assignació dels recursos públics ajustat a criteris de racionalitat econòmica

i d'eficàcia social, sempre allunyant-se de qual-sevol tipus d'arbitrarietat, pressió circumstancial externa o manca de coordinació institucional.

PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES	ANY			
	1987	1988	1989	1990
Homes	—	77,5%	80,2%	80%
Dones	—	21,9%	19,7%	20%
<b>Promedís en anys</b>				
Edat	—	25,54	25,82	26,31
Edat inici en el consum	—	19,72	19,96	20,27
Antiguitat en el consum	—	5,83	5,86	6,04
<b>Droga</b>				
Heroïna	—	97,3%	95,9%	96,50%
Metadona	—	0,0%	0,1%	0,00%
Altres opiacis	—	1,5%	2,0%	1,31%
Cocaïna	—	1,1%	2,0%	1,80%
<b>Nombre de tractaments</b>	163	1238	1402	1830

Font: Elaboració pròpia.  
Els percentatges es refereixen al nombre de demandes de tractament al País Valencià.

PERFIL BÀSIC DE L'ADICTE ATÈS EN URGÈNCIES	1990
<b>Sexe</b>	
Homes	78,60%
Dones	20,86%
<b>Edat Mitjana</b>	25,89%
<b>Droga</b>	30,58%
Heroïna	3,65%
Metadona	2,19%
Altres opiacis	3,40%
Cocaïna	60,16%
Desconeguda	
<b>Motiu</b>	
Sobredosis	9,17%
Reacció adversa	17,30%
Síndrome Abstinència	30,73%
Complicació orgànica	30,48%
Problema psicopatològic	7,55%
Altres	4,63%
<b>Condicció Legal</b>	
Lliure	88,98%
Detingut	10,75%
<b>Nombre d'Urgències</b>	3969

Font: Elaboració pròpia. Dades referents al País Valencià.

PERFIL BÀSIC DE L'ADICTE QUE MOR	1990
<b>Sexe</b>	
Homes	84,21%
Dones	15,79%
<b>Edat Mitjana en anys</b>	27,68
<b>Droga</b>	
Heroïna i altres opiacis	81,57%
Cocaïna	13,15%
Psicofàrmacos	5,26%
<b>Causa</b>	
Sobredosis	50,00%
Reacció inesperada	15,78%
Problema relacionat	18,42%
Causa externa	7,89%
Altres	7,89%
<b>Via</b>	
Intravenosa	79,84%
Oral	7,89%
Nasal	2,63%
Desconeguda	10,52%
<b>Nombre de morts</b>	38

Font: Elaboració pròpia. Dades referents a la ciutat de València.







## OPINIÓ

### Prohibir i castigar: un camí ple de mort

Rafael Xambó  
*Professor titular del Departament de Sociologia i  
Antropologia Social*

Per aclarir els dubtes, cal que comence per afirmar que entenc que les drogues afecten negativament la salut dels seus consumidors, que produeixen dependència psíquica i/o física quan es prenen habitualment, amb un marge temporal variable segons el tipus d'estupefaent, la dosi fumada, engolida o injectada, la personalitat de l'individu i altres factors socioambientals. Com a resultat d'aquest procés de relació física amb la droga, la persona pot emmalaltir greument i experimentar alteracions importants del comportament, tant d'emocionals com de l'equilibri psíquic. Finalment, en absència de tractament, l'individu pot morir bé per la droga directament, bé indirectament pel desordre comportamental.

Aclarit aquest primer punt, per si algú pensava en l'heroïna o la cocaïna, convé recordar que el paràgraf anterior és perfectament aplicable a l'alcohol i, amb lleugeres modificacions, també al tabac. Dues drogues legals que fan guanyar un grapat de diners als Estats, els quals en guanyarien encara més si controlaren la producció i distribució de les actuals drogues il·legals. Aquest és un dels arguments més recurrents dels antiprohibicionistes, tot i que, atès l'entestament del poder polític, cal considerar altres rèdits derivats de la prohibició. Així, la droga, en abstracte, sense especificar si es tracta de haixix, heroïna, cocaïna, esdevé símbol del mal, Satan del nostre temps que desplaça molts altres problemes del punt de mira, dona per a vistoses operacions policials de cara a la galeria, amb les quals s'hi agrana de tot, i permet lleis més que dubtoses quant al respecte dels drets fonamentals de la persona.

¿Algú s'ha molestat en contrastar les xifres de morts en carretera amb les de l'addicció a l'heroïna i la cocaïna, o la d'aquestes amb les morts produïdes per l'alcoholisme? És cert que un mal no lleva l'altre, però

les matances de cada pont festiu haurien d'esgarriar tant com les de l'heroïna. Curiosament, no és així. Tot es queda en una cara llarga del periodista de televisió, mentre el personal sembla acceptar-ho com una quota inevitable. ¿I qui en sap, de morts, per fumar porros? ¿I quantes morts s'hagueren pogut evitar sense aquest mercat assassí d'heroïna adulterada? D'altra banda, no entenc per què els partidaris de mantenir la prohibició no es manifesten davant dels bars demanant la il·legalització de l'alcohol. Llavors, no sembla que la prohibició estiga relacionada únicament i directament amb la possibilitat d'impedir la mort i protegir la salut dels ciutadans. Si pensem, només, com es troba el medi ambient i els productes que engolim amb els aliments, l'argument de protegir la nostra salut fa riure per no plorar. Hi ha moltes drogues legals a les farmàcies, amb les quals es pot morir ben plàcidament, l'addicció a les quals està molt més estesa que la de les altres.

L'assumpte és massa complex perquè pugui esgotar els raonaments a favor de la normalització del mercat de les actuals drogues il·legals. En qualsevol cas, és molt sospitós que aquest Estat que tant es preocupa per la salut dels ciutadans convertesca la drogaaddicció en una forma de delinqüència -més de la meitat de presos en són addictes, la majoria són menors de trenta anys, i tres quartes parts estan a la presó per haver comès un robatori per a obtenir la dosi- mentre no és capaç de garantir assistència sanitària per a tots aquells que es volen rehabilitar. Alguna cosa fa pudor en aquesta obsessió prohibicionista.





# PATOLOGIA DIGESTIVA ASSOCIADA AL CONSUM DE DROGUES PER VIA PARENTERAL (ADVP)

La Unitat Docent d'Aparell Digestiu, del Departament de Medicina de la Universitat de València, ha desenvolupat des de 1985 un programa d'investigació sobre 'Detecció i seguiment de la patologia digestiva associada al consum de drogues', el qual ha comptat amb el suport d'un conveni entre la Conselleria de Sanitat i Consum i la Universitat de València.

Durant l'any 1991, a l'empara d'aquest conveni, s'han desenvolupat dues línies d'investigació: d'una banda, l'estudi clínic i epidemiològic de les malalties hepàtiques en addictes a drogues per via parenteral (ADVP), dirigit pel professor J.M. Rodrigo Gómez, i, d'altra, l'estudi clínic i diagnòstic serològic de la infecció per *Candida albicans* en pacients ADVP-VIH +, dirigit pel professor A. Benages Martínez.

El primer d'aquests estudis és la continuació de la investigació començada en 1982 (posteriorment emparat per l'esmentat conveni), i el segon va iniciar-se en gener de 1991.

L'interès d'ambdues investigacions sobre patologia infecciosa entre els pacients ADVP és lògic, ja que la principal complicació mèdica en aquests pacients és el capítol de malalties infeccioses. Les causes fonamentals de la major incidència de malalties infeccioses en aquest col·lectiu deriven, principalment, de la manca d'esment en el maneig i ús de les drogues parenterals, de la destrucció de la barrera cutanímucosa causada per contínues puncions en deficitàries condicions d'asèpsia i, per últim, de la disminució dels mecanismes defensius de tipus immunològic.

De les diferents malalties infeccioses, cal destacar les infeccions víriques, de les quals ocupen els primers llocs la infecció aguda o crònica causada pels diferents virus de l'hepatitis i la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), la qual produeix el desenvolupament

del síndrome de la immunodeficiència adquirida (SIDA).

En pacients ADVP, infectats pel VIH amb posterior desenvolupament de la SIDA, la patologia infecciosa és molt important, tant per la seua elevada incidència com pel seu valor en el diagnòstic de la SIDA (estadi evolutiu de la infecció per VIH) i en el pronòstic (la gran majoria de pacients ADVP, infectats per VIH i diagnosticats de SIDA, moren a causa d'infeccions intercurrents).

## I.- Detecció i seguiment de la patologia hepàtica associada al consum de drogues.

Durant l'any 1991 (de l'1 de gener fins al 30 de setembre), s'han estudiat per primera vegada 110 pacients ADVP, predominant el sexe masculí (76'36%), l'edat mitjana dels quals fou de 25'3 anys i el seu temps d'addicció de 58'9 mesos. S'ha constatat, respecte als anys anteriors, un augment de consum de cocaïna (nasal o intravenosa) i un consum paral·lel, amb elevades xifres, de begudes alcohòliques (30% dels pacients). A tots els pacients se'ls va realitzar un historial clínic per tal de detectar la patologia hepàtica, així com una enquesta individualitzada per conèixer les característiques del consum de drogues; també se'ls va practicar estudis analítics rutinaris (hematologia, bioquímica hemàtica) i marcadors serològics (virus B, C i D de l'hepatitis, així com IgM anti HVA, quan estava indicat, i VIH). Si els pacients presentaven símptomes o signes d'hepatopatia se'ls realitzava exploracions complementàries (ecografia abdominal, laparoscòpia i biòpsia hepàtica).

Els resultats d'aquest estudi demostren l'elevada freqüència d'infecció actual o passada pels diferents virus de l'hepatitis: al 4,2% dels pacients se'ls va diagnosticar hepatitis aguda, tant pel virus B de l'hepatitis com pels altres virus hepatotrops (A, C i D); només el 46,3% mostraren negativitat per als marcadors del virus B de l'hepatitis, mentre que la resta de pacients demostraven marcadors serològics del virus B (cal destacar que el 6,3% dels pacients eren portadors



crònics d'aquest virus). També cal assenyalar que la infecció actual o passada pel virus C de l'hepatitis és molt elevada: el 61,4% dels pacients. I, respecte als anys anteriors, s'ha observat un descens en la freqüència d'infecció pel VIH (el 20,9% dels pacients)

és molt interessant observar l'evolució temporal, des de 1985 fins l'actualitat (figures 1, 2 i 3), de la freqüència d'infecció pels diferents tipus de virus de l'hepatitis (B, C i D): s'observa un descens de la infecció pel virus B de l'hepatitis (figura 1), passant del 75,1% en 1985 al 53,7% en 1991; un descens també en la incidència d'hepatitis aguda per virus delta (figura 2), diagnosticant sis pacients en 1986 i cap en 1991; així i tot, la infecció actual o passada pel virus C de l'hepatitis s'ha mantingut (figura 3) al llarg d'aquest període. D'altra banda, la infecció pel VIH ha disminuït sensiblement (figura 4), així s'ha passat del 40% en 1985 fins al 20,9% en 1991, amb el punt més alt en 1987 (53%).

La millora en les xifres d'infecció pel virus B de l'hepatitis pot ser, en part, a causa del pla de vacunació contra el virus B que va iniciar-se en 1988. Aquest s'ha realitzat en l'actualitat en 266 pacients, mitjançant la pauta ràpida (0-1-2-12 mesos), amb control serològic durant el mes de la tercera i quarta dosi. Cal destacar que només el 70% dels pacients completaren les tres primeres dosis i, consegüentment, s'aconseguí la seroconversió en el 50,13% dels vacunats. Aquestes dades mostren les dificultats de control i seguiment en aquest tipus de pacients, i els menors percentatges de seroconversió entre els toxicòmans que en la població no addicta a drogues.

L'elevada incidència d'infecció per diferents tipus de virus de l'hepatitis, en aquest col·lectiu de pacients ADVP, ha donat lloc a un gran nombre de lesions agudes i cròniques hepàtiques. Així, si analitzem tot el període d'observació (1982-1991), veurem que entre els 1705 pacients estudiats es detectaren 205 casos d'hepatitis aguda i 1153 casos d'hepatopatia crònica, els quals, segons les dades de la biòpsia hepàtica (realitzada en 229 pacients), van distribuir-se en un 8,6% de cirrosi hepàtica, un 59,3% d'hepatitis crònica activa, un 26,5% d'hepatitis crònica persistent, un 4,3% d'hepatitis crònica lobulillar i un 1,3% d'hepatitis crònica etílica. Per tant, només 458 pacients ADVP (25,6%) no van mostrar signes d'hepatopatia.

La gran incidència d'hepatitis crònica ens ha dut a iniciar un protocol de tractament amb «In-

terferon». Aquest tractament té una durada d'uns 4-9 mesos per a l'hepatitis crònica per virus B, 6 mesos per a la causada pel virus D i 12 mesos per a l'hepatitis crònica C. Les dificultats d'inclusió de pacients en aquest protocol (no consum de tòxics ni d'alcohol, biòpsia hepàtica al començament i als 15-18 mesos) han fet que només s'haja completat la pauta en un pacient per virus B, un pacient per virus D i vint-i-dos pacients per virus C. Els resultats són encoratjadors fins ara, però es necessiten nous casos per establir la utilitat real del tractament amb Interferon en aquest tipus de pacients.

Els objectius del nostre grup per al futur són els següents: continuar la tasca epidemiològica en la detecció d'infeccions víriques per virus hepatotrops (B, C i D); prosseguir amb l'estudi epidemiològic de la incidència d'infecció per VIH; continuar amb l'estudi de les característiques del consum de drogues en aquest col·lectiu; prevenir l'hepatitis B en toxicòmans susceptibles, disminuint el temps d'administració i augmentant la dosi (40mcg.); vaccinar als familiars de toxicòmans; prosseguir el protocol de tractament de les hepatitis cròniques amb Interferon.

## II- Estudi clínic, serològic i valor pronòstic de la infecció per "Candida Albicans" en els pacients ADVP-VIH+

La candidiasi (infecció produïda per la proliferació dels fongs del gènere «Candida albicans») és molt freqüent entre els pacients amb infecció per VIH. Els pacients ADVP, com ja hem considerat, presenten una elevada incidència d'infecció per aquest virus, encara que s'observa una gradual disminució en els percentatges de pacients afectats. La candidiasi afecta sobretot a les mucoses oral i esofàgica dels pacients, mentre que són molt escasses les funguèmies (disseminació sanguínia d'aquest fong) i les disseminacions en altres òrgans. La causa fonamental d'aquesta elevada afectació esofàgica per «candida albicans» es deu a la disminució de la immunitat cel·lular observada en els pacients amb infecció per VIH.

La candidiasi oral, amb altres paràmetres clínic-biològics (nombre de limfocits CD4, augment de beta2-microglobulina, antigenemia p-24), ha estat identificada com a marcador de progressió de la infecció per VIH, considerant la presència de muguet oral com a bon paràmetre clínic indicador de risc de desenvolupament de la SIDA en pacients ADVP amb infecció per VIH. Per això,





el diagnòstic precoç de la candidiasi és important per començar el tractament amb antivírics.

Fins ara, el diagnòstic de candidiasi es basava en les manifestacions clíniques i en la confirmació histològica, mentre que les tècniques serològiques específiques eren d'escassa utilitat. Per tant, la realització de noves tècniques serològiques, basades sobretot en l'assimilació de sucres (detecció de nivells sèries de manosa mitjançant cromatografia de gas-líquid) i en la presència d'antigens específics (manano) mitjançant CIE o ELISA, són de gran ajuda en la identificació de fongs levaduriforms (especificitat del 85-100% i valor predictiu del 50-100%).

Aquestes noves tècniques no han estat avaluades en pacients ADVP amb infecció per VIH i, per consegüent, s'ha intentat analitzar el seu paper en el diagnòstic precoç de la candidiasi (abans l'aparició de les manifestacions clíniques de muguet). Així, es pot instaurar un tractament i/o profilaxi primerenca en el context de la infecció per VIH en pacients ADVP.

Els objectius d'aquest estudi han estat els següents: l'estudi clínic de la infecció fúngica en pacients ADVP amb infecció VIH; l'estudi de la sensibilitat, especificitat i valor predictiu de les noves proves serològiques per al diagnòstic precoç de sobreinfecció per «candida albicans» en pacients ADVP infectats pel VIH; l'estudi del valor pronòstic d'aquestes tècniques, juntament amb altres paràmetres coneguts que sí tenen valor pronòstic, en l'evolució del pacient infectat pel VIH cap al desenvolupament de la SIDA.

Al protocol s'han afegit els pacients ADVP amb infecció per VIH que pertanyen als grups I, II, III i IV de la classificació dels CDC d'Atlanta, tinguen o no manifestacions clíniques d'afectació local/general per «candida albicans». En ingressar al protocol, cada 3 mesos (grups I, II i III) o cada mes (en els pacients del grup IV) es realitza un estudi clínic i analític, el qual comprèn la visió directa i el conreu de les lesions fúngiques, així com l'esofagoscòpia amb biòpsia de les lesions existents, i, en un nivell analític, es realitza un hemograma i química-hemàtica rutinàries, un estudi de poblacions linfo-citàries, una

visió directa i conreu del «candida albicans» de cavitat oral, una determinació de beta2-microglobulina i una serologia per a «candida albicans» (detecció d'antigens i anticossos).

S'han inclòs un total de 46 pacients ADVP (des de gener fins al 30 de setembre de 1991), els quals han estat distribuïts de la següent manera: 25 pacients del grup II, 6 al grup III i 15 al grup IV; ara bé, 28 d'aquests pacients reben AZT (Retrovir) en tenir signes clínics i/o biològics evidents d'immunosupressió.

La detecció tant d'antigens com d'anticossos per a «candida albicans» i «aspergillus fumigatus» han estat negatius en tots els pacients, malgrat que alguns presentaven muguet oral i/o candidiasi esofàgica. Va detectar-se «candida albicans» en saliva de 6 pacients del grup II (tots amb disminució de linfo-cits CD4 per sota els 200 ccl/ul), tots amb muguet oral, excepte un pacient; un pacient del grup III (presentava muguet oral) i 10 del grup IV (tots amb muguet oral i/o esofagitis candidiàsica).

Els nostres estudis confirmen que la candidiasi és la infecció més freqüent en la cavitat oral i el seu diagnòstic és important, ja que pot ser la primera manifestació clínic d'infecció per VIH i, a més a més, un marcador de mal pronòstic en determinades situacions; així, la presència de candidiasi oral eleva el risc de progressió a la SIDA en els tres mesos següents fins al 60% dels casos amb CRS (complex relacionat amb bla Sida).

Les nostres dades, parcel·làries i amb un escàs estudi evolutiu, van dirigides a detectar prematurament la infecció per «candida albicans» i, fins i tot, programar un tractament antivíric per tal d'aturar l'aparició clínic de la SIDA.





Els objectius que podem proposar per al futur són: incloure un major nombre de pacients ADVP amb infecció per VIH al proposat protocol; comprovar l'eficàcia de les tècniques serològiques en el diagnòstic precoç de candidiasi oral; avaluar el valor pronòstic d'aquestes tècniques serològiques en la progressió de la infecció per VIH; valorar el tractament precoç en els pacients ADVP amb infecció VIH i proves serològiques positives per a «candida albicans», observant la possible millora en la seua qualitat de vida.

Adolfo Benages  
Catedràtic del Departament Medicina  
Universitat de València

#### ASPECTES MEDICOLEGALS DE LES DROGODEPENDÈNCIES

Un equip d'investigadors de la Unitat Docent de Medicina Legal i Toxicologia de la Universitat de València, dirigit per la professora **Marina Gisbert**, han dut a terme durant els últims anys una considerable tasca en relació amb les drogodependències, la qual s'ha projectat en els diversos camps d'aplicació d'una disciplina tan extensa com és la Medicina Legal. L'estudi en qüestió revisa els aspectes més importants que, al llarg dels anys, han estat objecte de recerca, i destaca les principals conclusions d'un treball que comprèn des de la consideració de les drogodependències com a 'estat perillós', sempre partint de la Llei de Perillositat i Rehabilitació Social vigent des de 1970 - la qual inclou com a estat perillós les toxicomanies i les seues conductes-, fins a les repercussions legals de les mateixes. En aquest sentit, el treball presenta una projecció en tres àrees fonamentals: les repercussions penals de la possible legalització de determinades drogues, la criminalitat i les mesures substitutòries a la privació de la llibertat, totes tres plantejades amb vista a la reinserció social del drogodependent.

Mètode



### Sistema d'Informació sobre Drogodependències

El repertori «Índice Medico Español» i la base de dades IME proporcionen trimestralment totes aquelles referències bibliogràfiques d'articles que al voltant del tema de les Drogodependències (Incloent-hi els que tracten d'Alcohol i Tabac) es publiquen en les revistes mèdiques espanyoles.

Aquestes referències indiquen l'autor, el títol, el lloc i l'any de publicació, la institució de procedència de l'autor, el tipus de document (revisió, original, etc), l'idioma, el número de referència i els descriptors.

El volum d'informació que es desprèn d'aquesta base de dades fa impossible la seua reproducció en MÈTODE. Tanmateix, l'accés al document primari o la sol·licitud de la seua fotocòpia, així com la utilització del repertori i de la base de dades IME, bé «online» o «CD-ROM», s'hi pot efectuar al Centre de Documentació i Informàtica Biomèdica de l'Institut d'Estudis Documentals i Històrics sobre la Ciència de València (Universitat de València/CSIC).

Amb tot i gràcies a la col·laboració amb TOXIBAS, l'accés a aquesta base de dades és gratuït per al personal docent i investigador.



## II "S'imposa una cooperació entre els estats per evitar el tràfic de drogues"

Jorge Cardona viu i treballa al departament de dret internacional de la Universitat de València. Home de Dret i especialista en legislació internacional, té publicats diversos treballs sobre les relacions entre la producció i tràfic de drogues i el dret internacional, tema pel qual ha sentit una profunda inquietud científica i al qual dedica la seua atenció com a investigador.

**Com s'observa des del Dret Internacional tot el que afecta a la producció, tràfic i consum de drogues?**

En el Dret Internacional el tema de les drogues planteja una doble problemàtica. D'una part aquestes substàncies són, òbviament, indispensables per a la medicina o per a la investigació científica; la ciència donaria un enorme pas enrere si no pogués treballar sobre i amb aquestes substàncies. Cal procurar, així, que la producció d'estupefaents i de psicotròpics existesca, i això implica la necessitat d'un mercat legal regulat internacionalment que en garantezca, en la mesura adequada, l'abastiment per a finalitats legals. D'altra banda, però, el mal ús d'aquestes substàncies és considerat per tot arreu com un greu perjudici per a la humanitat, i per tant s'imposa una cooperació entre els estats per evitar un tràfic il·lícit d'estupefaents i de psicotròpics.

**Quin és el sistema de cooperació**

**internacional per controlar la producció i el tràfic d'aquestes substàncies?**

Cal tenir en compte que els estats cooperen des de diversos àmbits. En primer lloc hi ha una cooperació universal, auspiciada fonamentalment per l'ONU, la qual, d'acord amb la Carta de les Nacions Unides, ha generat una sèrie d'organismes centralitzadors, com ara la Comissió d'Estupefaents i la Junta Internacional per a la Fiscalització d'Estupefaents (dara endavant JIFE), les quals obliguen els estats membres a facilitar informació sobre la producció i el consum d'aquestes substàncies, per tal de controlar i fiscalitzar el mercat legal existent. La Junta Internacional aconsegueix també la funció d'orientar sobre els nivells de producció recomanables, sobre l'ajuda als estats productors amb un sistema financer basat en els Fons de les Nacions Unides per a la Fiscalització del Tràfic de Drogues, per tal d'evitar la seua dependència del comerç il·legal

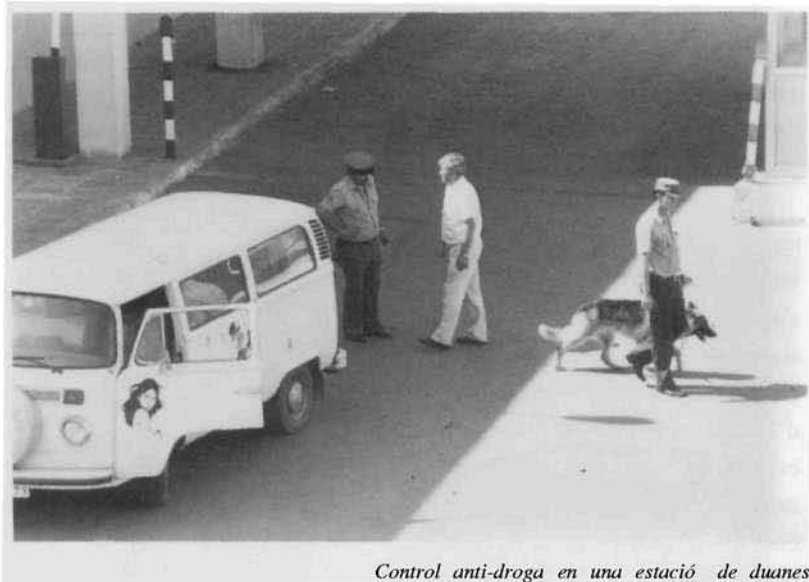
Un àmbit diferent de cooperació

és el regional, que funciona per exemple amb tots els països d'Europa o alguns d'Amèrica, on cal destacar la col·laboració entre els EUA i països productors per tal de reprimir el tràfic il·lícit. És en aquets nivells on trobem una col·laboració més eficaç; resulta més assequible treballar amb un grup de deu, quinze o vint països amb una homogeneïtat cultural i de valors important, amb un sistema polític semblant, que o amb una participació de cent cinquanta estats amb estructures molt diverses i amb diferents escales de valors.

Ens trobem, al capdavant, amb sectors de cooperació més reduïts -el de la CEE o el del Grup de Treball que treballen aspectes concrets com és la cooperació en mesures de seguretat.

**A més hi ha els Tractats Internacionals...**

Tot plegat, hi ha dos tractats internacionals bàsics sobre aquesta matèria: el Conveni Únic sobre Estupefaents de 1953, modificat per un protocol posterior l'any 1972, i el



Control anti-droga en una estació de duanes.



Conveni sobre Substàncies Psicotròpiques, de 1971. Partint d'aquests tractats les substàncies es classifiquen per categories, en funció de la seua perillositat i segons apareguen com a estupefaents o com a psicotròpics. Així, les substàncies de la llista 1 tenen un major grau de fiscalització que aquelles que pertanyen a la llista 2, i sempre figuren en la seua formulació química, de manera que estan subjectes als controls, tant si són d'origen natural com si han estat elaborades. Hi ha una tercera llista que compren no sols les substàncies pròpiament, sinó també els productes que poden participar en la seua producció. La inclusió en aquests llistats, modificats periòdicament, ve donada pels estudis científics i per l'assessorament de l'Organització Mundial de la Salut.

### **El Dret Internacional considera delictes el consum individual d'aquestes substàncies?**

Per primera vegada, el tema de si és o no convenient que els estats consideren delictes la possessió d'aquestes substàncies per al consum individual, apareix en un conveni d'abast universal com és el signat a Viena. Aquest conveni advoca per considerar delictes el consum, tot i que posa un clar límit, aquell que fa referència a la subjecció, als principis constitucionals de la persona, i fa necessària, doncs, una interpretació d'aquests principis i conceptes bàsics de l'ordenament en cada estat.

### **Quina és la doctrina de les Nacions Unides respecte a la legalització del comerç i del consum de drogues?**

La filosofia de l'ONU és molt complexa perquè respon a les doctrines dels estats membres. L'únic organisme que sí és independent a les Nacions Unides és la JIFE. Aquesta Junta sí que té una filosofia pròpia, encara que només té competències per a fer recomanacions. La JIFE advoca per un control molt exhaustiu d'aquestes substàncies, sempre acompanyat

d'una ajuda al desenvolupament dels països productors, donat que sense aquest suport es considera impossible l'efectivitat en aquest terreny. La Junta sempre s'ha manifestat obertament contrària a la hipòtesi d'una política pro-legalització i ha criticat durament aquesta postura.

Joan Sorribes



### **I dels aspectes relacionats amb el narco-tràfic, també se'n parla?**

Aquests tractats inclouen una sèrie d'articles que fan referència a la cooperació per a l'erradicació del tràfic il·legal i que parlen del dret d'extradició. Segons els convenis, els estats s'han de comprometre en considerar com a delictes determinades activitats relacionades amb les drogues: la seua producció, l'elaboració, el transport, la comercialització, etc

Arran d'una conferència per a la repressió del tràfic de drogues, convocada per Nacions Unides, l'any 88 s'aprovà a Viena un tercer acord anomenat Conveni de les Nacions Unides contra el Tràfic Il·lícit d'Estupefaents i Psicotròpics, el qual estipula la necessitat de considerar delictes totes les activitats connexes, com ara el blanqueig de diners o la possessió d'armes.

**Pròxim monogràfic:  
EL CONTROL DE PLAGUES**

