



EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.
San Sebastián, n.º 2 — 1988.

- **José Ignacio García Ramos.**
“Principales Actuaciones del Gobierno Vasco en el ámbito penitenciario” 11
- **Mario Onaindia.**
“La Criminología desde la Antropológica Vasca” 15
- **José María Gondra.**
“Criminología e Historia de la Psicología Vasca” 19
- **José Miguel Barandiaran.**
“El Juicio que han merecido algunos crímenes en nuestro entorno. El País Vasco” 33
- **M.^a Dolores Renau i Manen.**
“Hacia una nueva justicia para los menores” 37
- **Michel Veunac-Jean Charles Heraut.**
“Un ejemplo de Asociación de Asistencia Social” 41
- **Ulrich Bohner.**
“La delincuencia juvenil y el Consejo de Europa” 51
- **José Luis de la Cuesta Arzamendi.**
“Un nuevo Derecho Penal Juvenil y de Menores” 61
- **Antonio Beristain Ipiña.**
“El bienestar social ante las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas” 71
- **A.M. Van Kalmhout.**
“Política holandesa en materia de drogas” 87
- **Tony Peters.**
“Consideraciones teóricas sobre la victimología” 107
- **José Luis de la Cuesta Arzamendi.**
“Política en materia de drogas en Europa Occidental” 135
- **Pedro Larrañaga Múgica.**
“La Indemnización a las víctimas. Sentencias dictadas en la Audiencia de Guipúzcoa el año 1986” 139
- I Promoción de Criminólogos Vascos 225
- Memoria del IVAC-KREI 235

EGUZKILORE

Número 2.
Octubre 1988
87 - 106

ASPECTOS DE LA POLITICA HOLANDESA EN MATERIA DE DROGAS*

A. M. VAN KALMTHOUT**

*Dozent de Derecho Penal
Universidad Católica de Brabant
Tilburg (Holanda)*

Resumen: El texto describe las características generales de la política holandesa en materia de drogas e incluye un anexo sobre el Proyecto de Asistencia a las drogas en la ciudad de Tilburg.

Laburpena: Textuak droga-gaiezko politika holandarrak dituen ezaugarriak orokorrenak aitatzen ditu. Bestalde, Tilburg hiriak daukan drogei laguntza-Proiektua ageri da Erantsita.

Résumé: Le texte décrit les caractéristiques générales de la politique hollandaise en matière de drogue et un annexe sur le projet d'assistance aux drogues dans la ville de Tilburg.

Summary: This text describes general characteristics of the Dutch policy on the subject of drugs and includes an annex about the Assistance Project for drug addicts in the city of Tilburg.

Palabras Clave: Droga, asistencia, Holanda.

Hitzik Garrantzizkoenak: Droga, laguntza, Holanda.

Mots Clef: Drogue, assistance, Hollande.

Key Words: Drugs, assistance, Holland.

* Conferencia pronunciada con el patrocinio de la Secretaría General de Drogodependencia del Gobierno Vasco, en San Sebastián, 21 de Marzo de 1988.

** Traducción de J.L. de la Cuesta Arzamendi, profesor titular de Derecho Penal, Universidad del País Vasco.

Desde una perspectiva internacional, Holanda ocupa una posición de excepción con su política actual en materia de drogas; en especial si se compara con los Estados Unidos, Suecia, Francia y la República Federal Alemana. Debido a que esta política se distancia de manera tan fundamental de los demás países de la Europa occidental, sobre todo en lo que se refiere a la lucha contra el consumo y pequeño tráfico de drogas blandas, así como al trato de los drogodependientes, ha soportado firmes críticas y presiones del exterior. No obstante la cuestión parece residir en si la indignación política y moral suscitada se apoya en un conocimiento de causa claro y objetivo. Por lo general, la discusión sobre la problemática de las drogas y su correcta respuesta social se encuentra muy coloreada de tonalidades emocionales y a veces se apoya en informaciones desfiguradas y sacadas de su contexto. En este marco no siempre es criticado suficientemente el negativo papel que desarrollan los medios de comunicación y la industria audiovisual de entretenimiento.

Ésta es también la razón por la que me alegra especialmente la ocasión ofrecida por el Instituto Vasco de Criminología de presentar, hoy y aquí, algunos aspectos de la política holandesa en materia de drogas.

He de comenzar explicando brevemente mi relación con la cuestión de la droga. Esta relación tiene dos aspectos: por un lado, se sustenta en mi función como profesor e investigador en el campo del Derecho Penal en la Universidad de Brabant. En esta condición me encuentro, crecientemente confrontado y fascinado, con las consecuencias fundamentales que el problema de la droga y la reacción político-criminal positiva ligada a ella, tienen sobre los fundamentos del Estado de Derecho holandés en general, y en especial sobre los principios de la intervención penal.

Por otra parte, me encuentro comprometido en la Asistencia a las Drogas en Tilburg. Con sus 150.000 habitantes, Tilburg es la séptima ciudad en importancia de Holanda. Aproximadamente, alrededor de un 2 ó un 3 ‰ de la población, esto es, unas 300-450 personas, es drogodependiente. Al comienzo del pasado año la Administración municipal me solicitó, junto a otras personas, la puesta en marcha de una organización de asistencia en materia de drogas completamente nueva en la que se integren todas las formas de asistencia ambulatoria. De esta nueva organización que, en la actualidad, lleva trabajando alrededor de dos años, soy el presidente.

En el trabajo de esta institución, los distintos programas de metadona ocupan un especial lugar. Sobre la dispensación de metadona volveré más adelante en mi conferencia. Antes quiero describir en resumen los antecedentes y las líneas fundamentales de la actual política penal holandesa en materia de lucha contra las drogas. Mi conferencia se cerrará con algunas cautas consideraciones sobre el problema de la droga en los próximos 10-15 años.

Primeramente, por tanto, unas palabras sobre los antecedentes.

ANTECEDENTES DE LA ACTUAL POLITICA CRIMINAL

Cuando la sociedad holandesa de hace 15 a 20 años se vió confrontada por primera vez de manera seria con el problema de la droga, pareció en general que se trataba de hacer frente a una amenaza de dimensión epidémica, contra la cual había que aplicar todos los medios disponibles —de tipo jurídico o no—. Pero, con-

trariamente a lo que sucede con ocasión de una verdadera epidemia, en esta lucha no se aplicaron en primer lugar medios médico-sociales, sino jurídico-penales. La Policía y la Justicia trabajaron al principio de manera igualmente dura tanto contra los consumidores como contra los productores y traficantes. En esta fase se ofreció escasa atención a la problemática social, económica y psíquica ligada sobre todo al consumo de las drogas duras. Si hubo medidas de asistencia para drogodependientes, éstas se encontraron exclusivamente en el seno de las medidas penales coercitivas y se dirigieron casi exclusivamente a la desintoxicación.

Pero las dudas fundamentales sobre el sentido y juridicidad de tales intervenciones jurídico-penales indiferenciadas y groseras fueron cada vez más patentes. Tales dudas llevaron a que, a propuesta de un «grupo de trabajo interdisciplinar sobre drogas»¹, se modificara de manera fundamental la vigente Ley del Opio de 1976. La reforma introdujo un drástico cambio de rumbo de la política oficial en materia de drogas, la cual se apoya desde entonces en tres pilares:

1. Una estricta persecución penal de la producción y comercio con estupefacientes, en especial drogas duras, y una intervención penal igualmente estricta respecto de los denominados «delitos relacionados con la droga»,

2. Una política de no intervención respecto de la posesión de pequeñas cantidades de drogas duras o blandas para el propio consumo, así como respecto del comercio de la entrega de cantidades para el consumo en ciertos centros,

3. La oferta de múltiples prestaciones de asistencia a los drogodependientes. Meta central de ello es —cito—: «la prevención y reducción de los riesgos que para el propio drogodependiente, su ambiente inmediato y la sociedad derivan del consumo de drogas»².

Cuando ahora, doce años después, contemplamos la clase y la extensión del problema de las drogas en Holanda, debemos constatar que una gran parte de las desdichas anunciadas en los años 70 no se ha cumplido. En manera alguna puede hablarse de una propagación epidémica del consumo de drogas. El uso de drogas blandas se redujo considerablemente tras la liberalización producida en 1976 a través de la reforma de la Ley del Opio. La importancia del consumo de heroína es ya desde hace años estable y parece bastante dominable³. Esto no significa que el problema de la droga deba ser considerado insignificante. La cuestión es ¿Cuál es el problema real, el consumo de drogas o la respuesta jurídico-penal que se le da? Contrariamente a lo que hace quince años pudo considerarse probado y aceptado no parece que sea el consumo de estupefacientes, sino más bien su criminalización lo que coloca al Estado y a la sociedad ante un problema social, económico y moral en creciente medida incontrolable. En cualquier caso, con ello el Estado holandés

1.- El Grupo de trabajo publicó en 1972 el informe «achtergronden en risico's van druggebruik» que traza los fundamentos de la política de drogas que se ha desarrollado desde entonces.

2.- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Het beleid ten aanzien van druggebruikers*, Fact Sheet 19-N-1985, p. 1.

3.- Evaluaciones fiables partieron para el año 1985 de una cifra de 15 a 20.000 drogodependientes; cf. *Fact Sheet*, cit., p. 2.

cayó bajo una creciente doble presión: por un lado, se ve crecientemente urgido por especialistas nacionales a extender a las drogas duras su actual política liberal respecto de las drogas blandas, lo que tendría como consecuencia que el Derecho penal no podría jugar más el actual papel en la lucha contra las drogas. Por otro lado, se encuentran los tratados internacionales, las organizaciones internacionales y los gobiernos extranjeros, que ejercen una presión cada vez mayor sobre Holanda para que acomode a los standards internacionales su política desviada en materia de drogas. Volveré nuevamente más adelante sobre este dilema, en el que no parece posible un compromiso.

LA ACTUAL POLITICA EN MATERIA DE DROGAS

Como se ha dicho, la actual política holandesa en materia de drogas se apoya en tres pilares: la actuación dura y represiva contra el tráfico, en especial con drogas duras; la práctica legalización del consumo y pequeño tráfico con drogas blandas y la creación de una extendida red de instituciones de asistencia. La meta primordial de la política de drogas ya no es la lucha contra el consumo, sino principalmente —junto a la prevención— la reducción de los riesgos ligados al consumo de drogas para los consumidores y la sociedad⁴.

Estos riesgos, o la posibilidad de consecuencias dañinas, dependen en gran medida, como enseñan las experiencias y resultados investigadores holandeses⁵, de los grupos de consumidores y de las circunstancias en el marco de las cuales se produce el consumo. Sólo parcialmente se definen a través de las características farmacológicas de las sustancias inmediatamente modificadoras de la conciencia.

La importancia de la lucha contra estos riesgos, ha encontrado su plasmación en la modificada fijación de fines tanto en la nueva versión de la Ley del Opio de 1976 como en las líneas directrices de intervención en la Fiscalía. Ambas distinguen entre drogas con riesgos inaceptables, como la heroína, la cocaína, LSD, anfetaminas y aceite de haschis, y los tradicionales productos del cáñamo (haschis y marihuana). Esta distinción es de un significado central para la actual política criminal diferenciadora. En el juicio al holandés Dost a través del Tribunal de Düsseldorf se pone nuevamente de manifiesto la incomprensión a la que se enfrenta esta política en el extranjero. Por ello quiero detenerme brevemente en este punto.

A) La política sobre «drogas blandas»

En 1976, con ocasión de la reforma de la Ley del Opio, se distinguieron por primera vez los productos del cáñamo, en cuanto drogas con riesgos menos graves, de las drogas con riesgos inaceptables y se sometieron a un régimen penal especial. Mientras que para las drogas con riesgos inaceptables, las llamadas «drogas duras», se endurecieron considerablemente las disposiciones penales, en contraste con la

4.- Cfr., entre otros, *Fact Sheet*, cit., p. 1; Notas «hulpverlening aan Drugverslaafden» *Handelingen Tweede Kamer* 1980-1981. 1680, núm. 1 p. 4 y *Handelingen Tweede Kamer* 1982-1983, UCV 45, 13 de junio de 1983, p. 18.

5.- Una importante investigación es el estudio de O.J.A. Janssen y K. Swierstra, *Heroïnegebruikers in Nederland, een typologie van levensstijlen*, Criminologisch Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 1982.

situación anterior a 1976 se produjo una práctica descriminalización respecto de las «drogas blandas». La posesión, el comercio interior y la producción de productos del cáñamo, hasta 30 gramos, dejaron de considerarse delitos para pasar a ser faltas. Las sanciones más graves para estas infracciones se redujeron de dos años de prisión a un mes de arresto o multa de hasta 5.000 florines (art. 11 de la Ley del opio). Las razones esenciales para esta descriminalización fueron, entre otras:

1. las dudas fundadas sobre los efectos nocivos reales de los productos derivados del cáñamo,
2. las dudas fundadas sobre el contenido real de la llamada teoría del precursor («Stepping-stone theory»)
3. la separación del círculo de las drogas blandas del de las drogas duras.

Un plus adicional fue que de esta manera los precios podrían reducirse y se haría posible cierto control de calidad de los productos del cáñamo. Los intentos del Parlamento de ir más lejos y de sacar completamente estas formas de comportamiento, así como la del llamado «Hausdealer», de la esfera del Derecho Penal y, en consecuencia colocar a los productos del cáñamo al nivel de las demás sustancias excitantes como el alcohol, el tabaco o el café, naufragaron. El obstáculo más significativo fue uno jurídico; en efecto, el Convenio Unico de Nueva York del año 1961 que no parecía tolerar un paso drástico de esta naturaleza.

Sin embargo, este obstáculo tuvo pocas consecuencias en la práctica. Y puede decirse que la posesión, la producción y el pequeño tráfico de drogas blandas están hoy «de facto» legalizados. Nunca o rara vez se denuncian o juzgan estas formas de comportamiento todavía formalmente punibles. Esto es posible porque en Holanda no rige el principio de legalidad sino el principio general de oportunidad. Como es sabido, éste deja a la Fiscalía un amplio espacio de decisión y le permite prescindir de una persecución penal si el interés social no exige una intervención; incluso porque eventualmente podría producir más daños que el propio delito mismo. Por eso, para los delitos que se producen frecuentemente, como los delitos de la Ley del Opio, se han dictado determinadas líneas de actuación para las Fiscalías. Estas directrices señalan, entre otras, las prioridades que deben observarse en la investigación y persecución de hechos punibles. En estas directrices se refleja el interés público en la persecución y enjuiciamiento de determinados delitos. Tras la desemocionalización y desdramatización de la discusión sobre el cannabis producida en los últimos diez años parece que ya no existe un interés público en un tratamiento jurídico-penal de las faltas relativas al cannabis. Esto explica que las directrices reconozcan una tan baja prioridad a la investigación y persecución de estos delitos que, en realidad, haya de hablarse de una aceptación, cuando no de una práctica legalización⁶. No sólo en relación a los consumidores. Tampoco se produce en la praxis persecución penal contra las llamadas «Coffieshops» y «Hausdealer» en centros juveniles, en la medida en que éstas venden cannabis tras conversaciones con la Administración y la Justicia. Penalmente perseguidos son de manera exclusiva los grandes traficantes. Sin embargo, también aquí parece anunciarse un cambio,

6.- Estas directrices datan del 18 de julio de 1980 y están publicadas en *Nederlandse Staatscourant*, 1980, núm. 137, p. 7.

después de que el Tribunal de distrito de Utrecht hace poco haya declarado culpable a un traficante de haschis de la acusación de tráfico de drogas pero haya prescindido de la imposición de una pena. La línea de razonamiento de esta sentencia fue que era ilógico e inconsecuente dejar sin molestar a los consumidores y pequeños traficantes y no a su suministrador. Por citar literalmente al juez: «Si atendemos al principio de igualdad, no sé si aquí en Utrecht, a cien metros del Juzgado, se vende libremente haschisch⁷.»

¿Cuál ha sido la consecuencia de esta descriminalización y liberalización? Frente a lo que a primera vista era de esperar, no ha sido un crecimiento del uso de drogas. Sucedió lo contrario. Aun cuando no se puede constatar con seguridad una relación causal, es digno de resaltar que desde la liberalización y legalización «de facto» del año 1976 el consumo de drogas blandas ha descendido de manera considerable. Diversas investigaciones, independientes entre sí, han llegado a este resultado⁸. En especial, el consumo de los jóvenes ha remitido de manera patente: si, por ejemplo, en 1976, el 3% de los jóvenes de 15-16 años y el 10% de los de 17-18 años habían fumado al menos una vez haschisch o marihuana, el porcentaje estaba en 1983 en el 2 ó 6%. Aproximadamente la mitad de estos grupos parece que consumen hoy todavía cannabis, lo que en el 65% de los actuales consumidores tiene lugar sólo una vez al mes o con menor asiduidad⁹. De las consecuencias médicas, psíquicas y sociales del consumo de productos del cáñamo, todavía temidas a comienzo de la década de los 70, no hay rastro en la práctica. Por todo lo cual parece justificado afirmar que por lo menos, en lo que a las drogas blandas se refiere, la política iniciada en 1976 ha de ser considerada un éxito.

B) La política contra las «drogas duras»

Completamente diferente es el curso que se siguió contra las drogas con, así llamados, riesgos inaceptables como la heroína, cocaína, LSD, anfetaminas, aceite de haschisch y una gran cantidad de combinaciones de estas sustancias. Respecto de ellas no se produjo en 1976 ninguna suavización penal, sino un drástico endurecimiento. Principalmente, las amenazas penales sobre el tráfico nacional e internacional se elevaron al nivel de los demás Estados de la Europa occidental y aumentaron sensiblemente: la pena más alta para la heroína y la cocaína se elevó de 4 a 12 años de prisión y/o pena de multa de 100.000 florines, bajo ciertas circunstancias incluso 1.000.000 de florines¹⁰. Proporcionalmente atenuada quedó sólo la amenaza penal para la posesión y exportación de pequeñas cantidades de drogas duras para el propio consumo. La pena más grave para estos casos es de un año

7.- *Volkskrant* del 1 de julio de 1986, cit. por Ministerie van Justitie, *Knipselkrant* de 1 de julio de 1986, p. 481.

8.- La siguiente publicación del Ministerio de Justicia ofrece una visión de conjunto de estas investigaciones: Ministerie van Justitie, *Cannabis-Consumption in the Netherlands*, Den Haag, 1984.

9.- Cfr. G. Sijlbing, *Het gebruik van drugs, alcohol en tabak*, *Stichting wetenschappelijk onderzoek van Alcohol — en Druggebruik*, Amsterdam, 1984; así como H.J.V. de Wal, *Smoking, drinking and cannabis in use*, Amsterdam, 1978.

10.- Cuando el valor de los medios auxiliares que se aprovecharan para la comisión del delito o de la ganancia que total o parcialmente se derive de estos hechos punibles exceda de los 25.000 florines, puede imponerse una pena de multa de hasta 1.000.000 de florines, Art. 12 de la Ley del Opio.

de prisión o de 10.000 florines de multa (art. 10,5 de la Ley del Opio¹¹). En teoría, también aquí se otorga una escasa prioridad en la persecución de todos los delitos que se cometen para el propio abastecimiento y se coloca en primer plano la asistencia a los consumidores. Pero, en la práctica desde hace poco se ha vuelto a intervenir también muy duramente contra los pequeños consumidores, aunque de manera muy selectiva. Esto sucede no a través de la aplicación de la Ley del Opio, sino indirectamente, más allá del dictado del Código Penal. Oficialmente, rara vez dicen las denuncias: infracción de la Ley del Opio —puesto que el consumo no es punible según la Ley holandesa—, pero se denuncian otros delitos que dicen relación inmediata con el consumo como el hurto, receptación, estafa o robo. La prisión preventiva, la posterior pena de prisión pendiente o las obligaciones inherentes a la probación se suelen dirigir frecuentemente en primer lugar a eso, a obligar al drogodependiente a la deshabitación. La mayoría de los casos suelen ser de hurto y de receptación, que según los últimos resultados de la investigación suponen el 42% de las actividades ilegales de los drogodependientes¹². Estas actividades ilegales no pueden separarse de lo que debe ser el primer fin de la lucha contra la droga: el descenso del consumo, de la producción y del tráfico de drogas.

Pero crecientemente se desplaza el acento de la lucha contra los problemas primarios de la droga —producidos por el mismo consumo— a la lucha contra, los problemas secundarios, los que se producen ante todo en razón del contexto social en el cual se desarrolla el consumo y por la clase y forma como se reacciona contra el abuso de drogas.

La cuestión es siempre acuciante: ¿No es la lucha a nivel penal contra el problema de la droga mucho peor y más ligada a mayores perturbaciones que el propio mal?

Uno de los puntos de partida centrales de la política holandesa en materia de drogas ha sido siempre, con razón, evitar en lo posible que a través del proceso de criminalización se produzcan mayores que por el propio consumo. En lo que se refiere al tratamiento de los problemas ligados a las denominadas drogas blandas, se ha sabido preservar consecuentemente este principio sin atender a la presión exterior, y no sin éxito.

En la actual política criminal de lucha contra las drogas duras este punto de partida ha sido relegado cada vez más. Causa de ello es el carácter cada vez más represivo —a veces incluso draconiano— de los medios a los que se recurre para aplicar de manera eficiente las disposiciones de la Ley del Opio. Se socavan cada vez más principios y garantías jurídicas fundamentales, víctimas de una «terror com-

11.- En la Ley no se señala ninguna cantidad límite para el propio consumo. En la práctica los órganos de persecución penal sólo contemplan como determinadas al propio consumo cantidades muy pequeñas, hasta 1/2 gramos. Esta es también la cantidad citada en las directrices sobre investigación y persecución de delitos de la Ley del Opio, *Staatscourant* 1980, núm. 137, p. 7.

12.- Cfr. J.C. Hoekstra, de *illegale heroïnemarkt*, Econ. Stat. Berichten 19/26 diciembre 1984. Las demás actividades ilegales son en un 33% tráfico o mediación con heroína, tráfico de otras sustancias estupefacientes, 9%, estafa, falsificación documental y robo, 9%, prostitución, 6%, rufianismo y juegos de azar prohibidos, 2%.

pulsivo contra la droga¹³.» En este punto quiero sólo referirme a la punibilidad, extraña al Derecho holandés, de los llamados actos preparatorios y al proyecto de aplicar el principio de justicia mundial a la importación de drogas del extranjero. También en los principios centrales de nuestro Derecho procesal se han producido profundas brechas: así no hay ningún fundamento legal para la aplicación del agente encubierto. Igualmente la valoración de declaraciones de testigos e informantes anónimos no está realmente prevista en la ley. No menos problemática es la bastante indelimitada aplicación de medios coactivos como el cacheo y registro corporal y el control telefónico así como la creación de un deber indirecto de indagación de los ciudadanos respecto de los delitos relativos a las drogas¹⁴. Pero incluso si se quiere pasar por alto estos puntos problemáticos y se acepta como acto de responsabilidad la sustitución con tal fin del modelo «due-proces» por el modelo de «crime control» uno no puede evitar el análisis y evaluación de los efectos proyectados y efectivos de esta «guerra contra las drogas». Los hechos deberán hablar por sí mismos y ofrecernos información sobre la cuestión de cuánto tiempo hemos de proseguir por un camino que parece ser fatal. Fatal porque, sin atender a qué artillería pesada se emplea en la lucha contra las drogas ilegales, es previsible que ésta no va a influir sustancialmente ni en la disponibilidad ni en el precio de las drogas¹⁵. Fatal porque la esfera ilegal en la que debe desarrollarse el uso de drogas ya es responsable en gran parte de los casos de muerte y de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas: debido a la ilegalidad no se produce ningún control de calidad, llegan al consumo jeringas contaminadas y crecen en dimensiones gigantes la criminalidad de adquisición y la prostitución. Esta vía es también fatal porque el uso de drogas se produce sobre todo en grupos de relativamente débil status socio-económico. El consumo de drogas se encuentra ligado a una serie de problemas sociales como la miseria, el paro, la mala posición económica —sobre todo de las minorías étnicas— y el aislamiento social¹⁶. La actual y —es de temer— futura política llevará inevitablemente a una mayor marginación de estos grupos tan vulnerables. Fatal también porque con la actual política de drogas la Justicia está completamente sobrecargada y no puede procurarse los medios económicos y la capacidad para hacer frente a la afluencia de drogodelincentes¹⁷. Ya en la actualidad uno de cada dos encarcelados lo es en relación con las drogas. Y aproximadamente la mitad de los presos, es drogodependiente o se convertirá en tal durante

13.- Cfr. J. Silvis, «Rechtshandhaving met onaanvaardbaar risico», *Tijdschrift voor criminologie*, 1984, pp. 160-179, así como E. L. Engelsmann y L.J.S. Wever, «Drugbeleid: is het middel erger dan de kwaal», *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*, año 12, núm. 2, abril 1986, pp. 74-82.

14.- Cfr. J. Silvis, «Strafacht en drugs (1975-1985)», *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere psychotrope Stoffen*, año 12, núm. 2, abril 1986, pp. 50-55.

15.- Esta es por lo menos la conclusión de la Rand Cooperation americana que llevó a cabo un proyecto de investigación sobre los efectos previsibles de una lucha intensiva contra la droga; cfr. J.M. Polich y Otros, *Strategies for controlling adolescent drug use*, Rand Cooperation, Santa Mónica, California 1984.

16.- Cfr. Nota 2000, «over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens», *Tweede Kamer der Staten Generaal, Kamerstuk*, 19 500.

17.- Cfr. sobre todo: «Samenleving en criminaliteit, een beleidsplan voor de komende jaren», *Tweede Kamer der Staten Generaal, Kamerstuk* 18995, donde se trata de esta problemática en diversos pasajes.

su permanencia en prisión¹⁸. Tras el proyectado aumento de la capacidad prisional hasta alrededor de 2.000 celdas, que en gran parte se prevén para drogodelinquentes, estas cifras resultarán todavía peores¹⁹. Fatal es esta vía finalmente también porque el mercado de las drogas opera según los conocidos principios y leyes de la Economía. Es una ilusión pensar que pueda interrumpirse de manera eficiente la entrada de drogas. Cada vez está más claro que sólo hay un interesado en la prosecución de la actual política en materia de drogas: la Mafia. Es sobre todo la Mafia, según el prof. Arnold S. Trebach, Director del Instituto de Drogas de Washington, que luchó con todas sus fuerzas contra el levantamiento de la punibilidad de las drogas duras²⁰. Y como afirma el Prof. Rüter en el Congreso sobre el centenario del Código Penal holandés, es la actual política en materia de drogas la que cría una Mafia que con sus inmensas ganancias y su organización criminal altamente desarrollada se introduce en la organización y gobiernos legales y amenaza con corromper nuestra sociedad hasta sus raíces²¹. En palabras de un Informe recientemente aparecido de la Comisión jurídica del Consejo de Europa: «Los policías, funcionarios y vigilantes de prisiones pueden ser corrompidos, los funcionarios gubernamentales e incluso la Justicia y Tribunales pueden comprarse²²».

Esta es la razón de fondo por la que se deben comprender las voces cada vez más fuertes que en Holanda exigen evitar esta vía —dictada sobre todo por los Estados Unidos de América— y centrarse en una aproximación más racional y menos emocional y moral, pero efectiva, del problema de la droga. Esta crítica no sólo proviene de la Ciencia. También altos funcionarios de Policía, como el Comisario jefe de policía de Utrecht, Wiarda²³, y funcionarios de la cúspide del Ministerio de Justicia y de Sanidad²⁴ abogan con una cada vez mayor energía por una política cen-

18.- Cfr. C.F. Rüter, «Drugs en Strafrecht in Nederland, Voordracht ter gelegenheid van het congres «100 jaar wetboek van Strafrecht», *Nederlandse Staatscourant* 9 septiembre 1986, núm. 173, p. 9; L.H. Erkelens/ P.D.J. Haas/ O.J.A. Jansesen, *Drugs en detentie, een beschrijvend onderzoek naar harddruggebruikers in een zestal huizen van bewaring*, Groningen 1979, así como *Werkgroep Drugvrije afdelingen, Drugvrije detentie*, s-Gravenhage 1985.

19.- Cfr. *Strukturplan Penitentiare capaciteit*, s-Gravenhage 1985.

20.- Cfr. su contribución al libro del Congreso «Honderd jaar wetboek van Strafrecht» *Criminal law in action, an overview of current issues in western societies*, Arnhem 1986, pp. 215-228.

21.- Una completa versión de la conferencia de Rüter puede encontrarse en la publicación, *Criminal law in action, an overview of current issues in western societies*, Arnhem 1986, pp. 147-165.

22.- Cfr. *Vrij Nederland*, año 47, núm. 37, 13 septiembre 1986, p. 1.

23.- Cfr. también sus publicaciones: «Maintaining police integrity», Informe al 7º Congreso de las Naciones Unidas sobre prevención del delito y tratamiento de los delincuentes, Milán 26 agosto-6 septiembre 1985, así como «Contribution to the hearings of the commission on Drug Problems of the European Parliament», 24 y 25 de abril 1986, Bruselas.

24.- Cfr., entre otros, E.L. Engelsman/ L.J.S. Wever, «Drugbeleid...», *cit.*; L.J.S. Wever, «Drugproblems and drugpolicy in the Netherlands», preparado para la reunión de la OMS sobre prevención y tratamiento de la drogodependencia, Bruselas, 26-30 septiembre 1983; E.L. Engelsman, «Drug Policy: is the cure worse than the disease? To a proces of normalization of drug problems», preparado para el 15º Instituto Internacional de prevención y tratamiento de la drogodependencia», Consejo Internacional sobre Alcohol y otras adicciones, Amsterdam/Noordwijkerhout 6-11 abril 1986.

trada en la integración y normalización del problema de las drogas y en la desmitologización y desestigmatización de los consumidores²⁵. Con ello se le otorga al Derecho Penal en este campo un papel tan modesto como el que asume frente a fenómenos por lo menos tan problemáticos como la pasión por el juego, el abuso del alcohol y de fármacos, la pornografía y la prostitución.

Esto no supone todavía ninguna legalización radical, algo que, desde un prisma internacional, constituye aún una utopía no realista. Lo que sin embargo sí es posible es lo que Janssen y Swierstra denominan «un proceso deslizante de integración cultural del consumo de heroína²⁶.» Ello significa que el problema de la adicción continúa efectivamente existiendo, pero que de ser un problema colectivo, social, pasa a ser un problema individual del drogodependiente. En consecuencia, una problema de otro orden²⁷. Un paso esencial en esta dirección se daría si el consumo fuera descriminalizado, como en las drogas blandas, si se suministraran jeringuillas esterilizadas, se inspeccionara el despacho a los consumidores, se controlara la calidad de las drogas y todo ello se completara con ofertas de asistencia a los afectados. Con la distribución experimental de morfina en Amsterdam, la dispensación de metadona en más de 50 ciudades holandesas, y el cambio gratuito de jeringas por las farmacias parece haberse dado un primer paso en esta dirección.

C) La asistencia en materia de drogas, en especial la dispensación de metadona

Con esto he llegado al tercer pilar sobre el que se apoya la actual política holandesa en materia de drogas: la asistencia.

Después de enconadas y a menudo fuertemente ideologizadas discusiones y controversias durante años en el interior de las organizaciones de la asistencia a la droga, por un lado, y entre éstas y los Ministerios que se ocupan de la problemática de la droga, por el otro, acerca de la mejor clase y forma en la que debía organizarse la asistencia a drogodependientes en Holanda, parece haberse llegado ahora a un cierto consenso sobre su estructuración. No se coloca ya en primer plano una determinada reflexión sobre el problema. Tampoco se contempla un determinado método como el único salvador. Por el contrario se reconoce de manera casi general, como punto de partida, que la asistencia en materia de drogas debe ser tan diversa y diferenciada que pueda responder por sí misma a los problemas y necesidades individuales de los dependientes²⁸. Con ello se pone el acento en los programas

25.- Este es también el punto de partida del «Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drugbeleid (ISAD)», *Drugbeleid in beweging, naar een normalisering van de drugproblematiek*, Den Haag 1985.

26.- D. Janssen/ K. Swierstra, *uitgangspunten voor een integraal heroïnebeleid*, Groningen mei 1983.

27.- E. L. Engelsman/ L.J.S. Wever, «Drugbeleid...», *cit.*, p. 79.

28.- La política actual sobre la asistencia en materia de drogas se basa en las siguientes «Notas» del Gobierno: 1. Nota uitgangspunten voor een beleid inzake de drughulpverlening aan drugverslaafden, 's-Gravenhage 1977; 2. Nota inzake de situatie van de zwaar verslaafde, s-Gravenhage 1978; 3. Hulpverlening aan drugverslaafden, 's-Gravenhage 1981; 4. Drugbeleid in beweging, naar een normalisering van de drugproblematiek, *cit.*,

ambulatorios que en su mayor parte pueden ser ofrecidos en y por la misma organización²⁹. Otro punto de partida importante es que esta asistencia ambulatoria no se presente de manera aislada sino en la medida de lo posible sintonice con las iniciativas y resultados de otras organizaciones y cuente con el apoyo procedente del entorno del drogodependiente.

Como señalaba al comienzo de mi conferencia, una de las metas centrales de la actual política, en materia de drogas, es la evitación y reducción de los riesgos que para los drogodependientes se derivan del propio consumo. Este punto de partida, que no resulta conciliable con la creciente represión penal, es válido sin restricción alguna en materia de asistencia a las drogas. Si originalmente el objetivo era la desintoxicación y deshabituación del drogodependiente, hoy la mayor parte de las prestaciones asistenciales no se dirigen de manera primaria a una interrupción de la dependencia en cuanto tal sino más bien a la mejora de las condiciones sociales y corporales de los consumidores de drogas. En este sentido hay que hablar más de un «acompañamiento» que de un «tratamiento». Este acompañamiento puede consistir en acogida e internamiento, apoyo material e inmaterial y en general la producción de posibilidades de integración social a través de proyectos de escolarización y enseñanza o de grupos de vivienda de socorro, etc.

En el marco de esta oferta de prestación de asistencia la distribución de drogas sustitutivas ocupa un lugar central. Su dispensación no se produce en general de manera aislada sino en la medida de lo posible en el marco de una oferta de asistencia diferenciada. El argumento frecuentemente oído de que la distribución de drogas sustitutivas no supone otra cosa sino el intento de exorcizar al demonio con Belcebú, sólo se justificaría si la asistencia se limitara a la distribución de estas sustancias. Pero hoy no es éste el caso.

Lamentablemente me falta tiempo en esta presentación para entrar de manera más precisa en la praxis plurifacética y diferenciada de las asistencias a las drogas. Me contento por ello con la remisión al anexo del texto de mi conferencia en el que se describe de qué manera se organiza en una ciudad holandesa de tipo medio. Aquí me limito a algunos aspectos particulares de la distribución de drogas sustitutivas que juegan un papel esencial sobre todo en los programas ambulatorios. Casi siempre se trata de la metadona, sola o en combinación con otros medicamentos. Contra lo que suele muchas veces oírse en el extranjero, la dispensación de heroína ha sido rechazada por el momento por el Gobierno³⁰. Así y todo se experimenta ahora en escasa medida con la dispensación de morfina a adictos crónicos. Para una primera valoración de este experimento me remito para mayor brevedad al ar-

29.- A título ilustrativo: del número estimado de adictos a la heroína (15 a 20.000) la asistencia ambulatoria alcanza a unos 6.000. La asistencia de internamiento parcial —entre la que se debe contar sobre todo a los centros de día— cuenta aproximadamente unos 2.000 clientes, la de internamiento 250. La pequeña cifra de los clientes en instituciones cerradas tal vez llame la atención; encuentra sin embargo su explicación en el hecho de que en el Derecho holandés no se admite el tratamiento coercitivo. Estas cifras proceden de W. Sengers/ R. Klomp, *Onderwijsreader heroineverslaving*, Erasmus Universiteit Rotterdam 1985, p. 41.

30.- Cfr. «legale verstrekking van heroïne». Anexo a la carta del Secretario de estado de bienestar, salud pública y cultura de 15 de abril de 1983, *Tweede kamer der Staten-Generaal*, Kamerstuk 17867, núm. 1, así como UCV 13 de junio de 1983, pp. 20 y ss.

título de Jack Derks y Peter Daansen aparecido en el *Kriminologisches Journal*³¹. También se experimenta en la actualidad con el suministro de LAAM (Levo-Alpha-Acetylmethadona), una sustancia de efecto duradero. Sobre los efectos de este experimento todavía no se dispone de resultado alguno.

En Holanda, a finales de los años 60, se empezó con el suministro de metadona. Primero en una extensión muy limitada. Pero fue sobre todo tras la aparición de dos «Notas» gubernamentales en los años 1977 y 1978 cuando los programas crecieron rápidamente en número y extensión. Originalmente estos proyectos se inspiraban, fundamentalmente, en las ideas de Dole y Nijswander. Pero muy pronto los programas tomaron vida propia. Una diferencia significativa respecto del proyecto americano es que en América los médicos, programas e instituciones se encuentran atados de pies y manos a las estrictas disposiciones de la Administración «Food and Drug». En Holanda no puede hablarse de estas trabas. Ha quedado suficiente espacio de libertad para el desarrollo de una amplia oferta de diversos programas, objetivos y métodos. Hoy hay programas que se dirigen exclusivamente a la intoxicación, así como los llamados programas de mantenimiento que no establecen ninguna condición para la dispensa de drogas sustitutivas. Hay programas de pretensiones altas y medianas, en los que se comprueba con precisión si el partícipe consume drogas adicionales, y programas que persiguen la completa resocialización del drogodependiente, junto a programas de un nivel de pretensión más modesto, cuyo fin es simplemente la estabilización de la problemática³². También en cuanto a su duración se distinguen los programas de manera considerable: se distingue entre programas cortos, hasta 6 semanas, programas de duración media hasta 6 meses y programas de duración indeterminada. También hay diferencias en cuanto a la clase y forma de la dispensación: hay programas de día y programas de noche que se aplican en especial a drogodependientes que siguen una formación o tienen un puesto de trabajo, mientras que se han desarrollado programas especiales para las minorías étnicas y los dependientes extremadamente problemáticos³³. A veces se entrega la metadona a los dependientes, aunque en general lo usual es que se consuma bajo control de 5 a 7 veces por semana.

Una ventaja de esta diferenciación y amplitud de variación de los programas es que en el caso de un buen proceso de asunción (Intake) se pueden adecuar en gran parte de las necesidades y posibilidades del cliente. Las posibilidades para ello son máximas cuando esa diferenciación se produce en el seno de la misma institución que, por su parte, trabaja estrechamente con una red de puestos libres de drogas. A este respecto se habla de un modelo circular y un modelo mosaico. En la mayor parte de las ciudades se asiste a un proceso en esta dirección. También aquí debo remitirme a la descripción presentada en el anexo de mi conferencia.

31.- J. Derks/ P. Daansen, «Injizierbare Opiatverabreichung zur Behandlung chronisch Drogenabhängiger - das Amsterdamer Morphium-Experiment», *Kriminologisches Journal*, 1984, 1, pp. 39-49.

32.- Dicho de otro modo: «la mejora de la situación corporal, psíquica y social de los adictos a la heroína, que no tienen la menor capacidad de superar su adicción o no se encuentran en situación de hacerlo debido a sus problemas psíquicos o a serias dificultades sociales»; cfr. J.H. van Epen, *Compendium Drugverslaving en Alcoholisme*, Amsterdam-Brussel, 1978, p. 101.

33.- Cfr. W.R. Buisman, «De ontwikkenling van de methadonverstrekking in Nederland», *Tijdschrift voor Alcoholisme, Drugs en andere psychotrope stoffen*, 1983 (9), núm. 1, pp. 24-29.

De manera estimativa se puede decir que hoy una tercera parte de los dependientes de heroína reciben metadona, contando con dispensación en programas medio-abiertos o de internamiento³⁴. Una de las cuestiones que se presentan es: ¿Cuáles son los efectos de los diversos programas de metadona? ¿En qué firmes datos empíricos se apoyan? Por muy increíble que ello pueda sonar, la respuesta es: simplemente, no lo sabemos. Con independencia del hecho de que se haya recogido la experiencia de una media superior a diez años con los programas de metadona, hay que constatar que la dispensación de metadona se encuentra todavía en una fase experimental. Contrariamente a lo sucedido en USA todavía no hay investigaciones seguras y fundamentales sobre los efectos de los diversos programas.

Con todo, se han recogido y publicado tantas experiencias en relación con la dispensación de metadona —o dicho de manera más correcta: con la asistencia en materia de drogas, en cuyo marco la dispensación de metadona juega un papel esencial— que parece responsable extraer de ellas, con todas las reservas y las necesarias limitaciones, algunas conclusiones provisionales.

Citaré en un orden arbitrario las siguientes:

— El temor de que la dispensación de metadona pudiera reducir la necesidad de poner fin a la dependencia, no parece confirmarse. La mayor parte de los drogodependientes contemplan como el ideal más alto un futuro libre de drogas y solicitan siempre nuevamente ayuda en cada intento de deshabituación. La experiencia enseña también que allí donde los clientes eligen entre un programa estructurado que plantea en sí mismo exigencias considerables y un programa sin mucha estructura, sorprendentemente escogen la vía más difícil. La mayor parte de los clientes exigen claramente algo más que la metadona. Ciertamente existe la impresión de que una considerable cantidad de drogodependientes pasa demasiado tiempo en intentos de desintoxicación, porque falta la suficiente motivación y estimulación³⁵.

— El miedo de que la cifra de drogodependientes pudiera crecer con la dispersión de drogas sustitutivas parece en todo caso inmotivado. La cifra de drogodependientes se ha mantenido todos los años más o menos constante.

— Es llamativo que las nuevas drogas americanas como el polvo de ángel y Fentanyl no hayan encontrado en Holanda sino una difícil entrada. Según la opinión de un destacado experto holandés, Els Noordlander, parece ser un signo significativo de que la disponibilidad de metadona ha prevenido a los drogodependientes del consumo de esas drogas aniquiladoras³⁶.

Tanto en Holanda como en los Estados Unidos parece reconocerse datos significativos que señalan que el suministro de metadona tiene efectos relativamente adecuados sobre el uso combinado de opiáceos y estimulantes (p. e. cocaína). Que, con todo, el policonsumo no haya caído espectacularmente entre dependientes de

34.- La distribución tiene lugar a través de instituciones especializadas, servicios de salud, médicos de prisiones.

35.- Cfr. E. Noordlander, «De bedoelde en obbedoelde effecten van de nederlandse methadonvers-trekking», conferencia dictada en el 15th International Institut on Prevention and Treatment of drug dependence, 6-11 abril 1986.

36.- E. Noordlander, *cit.*

la heroína encuentra su causa en que la metadona tiene menos o casi ningún efecto inhibitor sobre el consumo combinado de opiáceos y tranquilizantes, que en la mayor parte de los casos proceden de la praxis médica³⁷.

Un aspecto esencial de la dispensación diaria de metadona es que a través de ello se hace posible un contacto regular con los clientes. En muchos casos la dispensación de metadona es más un medio de asistencia que un verdadero fin. También en mi institución el acento se coloca en un buen diagnóstico y la organización de un plan de prestación de ayuda individual y diferenciado en el que la asistencia médica, psicoterapéutica y psicosocial, el entrenamiento, la resocialización y la acogida encuentren su firme lugar junto al incentivo de una vida más estable (cuando no completamente libre de drogas). Un aspecto esencial es que a través de la dispensación de metadona se hace mucho más posible el cuidado y control médico. Esta es también la causa de por qué en Holanda la preocupación por la salud de los drogodependientes se encuentra mucho mejor organizada que en el extranjero. Los problemas de salud de los drogodependientes son relativamente escasos; según los datos de los Ministerios afectados la cifra de muertos por droga por cada 10.000 habitantes son aproximadamente el doble en el extranjero que en Holanda³⁸.

Un punto adicional más importante del programa de metadona es que coloca a los drogodependientes en la situación de cumplimiento de sus tareas diarias normales al margen de su dependencia. En mi institución alrededor de un 20% de los clientes participan diariamente en una ocupación escolar o de trabajo. La experiencia enseña que sin la dispensación de metadona este porcentaje sería considerablemente menor.

También cabe aportar informaciones significativas sobre el efecto beneficioso que la dispensación de metadona tiene respecto de la evolución de la criminalidad. La explicación más clara de ello es que a través de la dispensación de metadona se reduce considerablemente la extensión del consumo de heroína y con ello la consiguiente criminalidad de adquisición. Una reciente investigación coloca la recesión del consumo medio de heroína durante la participación en un programa de metadona en el 86%³⁹. La pregunta de en qué medida esto produce un efecto inmediato en la criminalidad y si es comparable con las altas cifras americanas todavía no puede responderse⁴⁰.

— Los programas de metadona posibilitan tanto la participación del drogodependiente como de sus familias en los programas de asistencia. A menudo los padres reaccionan aliviados cuando su hijo es aceptado en un programa. Muchas ve-

37. Cfr. L.J.S., «Effecten van methadon-onderhoudsprogramma's», *Tijdschrift voor alcoholisme. Drugs en andere psycootrope stoffen*, 1985 (110, núm. 2, p. 90).

38. Cfr. Heroverweging 1986, Drug— en alcoholbeleid, Deelrapport 85, pp. 20 y ss. y anexo 11; N. Brinkman, *Over dood en dosis*, NCGV, Utrecht, 1985.

39. Cfr. J.C. Hoekstra, «de illegale heroïenemarkt», *Economische Statistische Berichten*, (19) 26 diciembre 1984.

40. Cfr. National Institute on drug Abuse, *Research on the treatment of narcotic addiction. State of the art*, Washington DC, 1983. En esta investigación se alude a un retroceso de la criminalidad del 80% respecto de todos los delitos y del 50% respecto de los delitos más graves.

ces esto significa que la calma vuelve a la familia, una vez que la caza por la heroína y la presión de una desintoxicación coactiva desaparecen completamente.

— La distribución de drogas sustitutivas parece finalmente contribuir en gran medida a la desmitologización y normalización del uso de drogas. El consumo de heroína comienza a perder sus aspectos mágicos y míticos. También empieza a desaparecer la imagen estereotipada del desamparado digno de lástima, que no tiene más remedio que robar y por ello puede contar con la indulgencia general. El drogodependiente puede elegir: la metadona o el robo. Si elige lo último debe soportar por sí mismo la responsabilidad de las consecuencias. Según Noordlander esto ha introducido la claridad en la situación de mezcolanza poco clara entre dependencia y criminalidad.

En resumidas cuentas, hasta hoy predomina en general la opinión de que tanto en la asistencia a las drogas como en el campo político las ventajas de la dispensación de metadona sobrepasa ampliamente sus ciertamente no insignificantes inconvenientes. Pero un juicio definitivo sólo será posible si los actuales programas se someten a una evaluación a fondo.

CONSIDERACIONES FINALES

De lo dicho puede haber quedado claro que ni la actual política criminal ni la dispensación de metadona pueden resolver el problema de la heroína. Parece más bien que el consumo de heroína —y quizá en un futuro también el de cocaína— continúa siendo un problema irresoluble. Pero es una decisión política si se quiere enfocar este objeto como tantos otros problemas sociales irresolubles e incluso más nocivos. En primer lugar, parece que no es posible un tratamiento más humano y menos emocional y marginalizador del problema de las drogas. Lo contrario parece ser el caso. El gobierno holandés —bajo fuerte presión de otros países de la Europa occidental— parece otorgar la preferencia de manera creciente a una reacción dura y represiva contraria a una normalización de la cuestión de la droga. Así la evolución será siempre irreversible y llevará a una más extendida criminalización y marginación de los grupos marginales de nuestra sociedad. En esta dirección señalan también las cifras demográficas esperadas. Si no se cambia de política, según la «Nota 2.000» del Gobierno y el Consejo de política juvenil en su informe «Jóvenes con y sin futuro», en las próximas décadas las diferencias socioeconómicas entre los hombres se harán mayores⁴¹. La pobreza se concentrará sobre todo en las grandes ciudades y el consumo de drogas crecerá más allá de toda expectativa principalmente en grupos de población extranjeros. Contrariamente a lo sucedido hace veinte años en que el consumo de droga se produjo sobre todo en el marco del movimiento juvenil alternativo, hoy está ligado a una serie de problemas sociales como el paro, la miseria y el aislamiento social. Esta es quizás una de las razones esenciales por las que la edad media de los consumidores de drogas crece cada vez más. En este orden de cosas, del descenso del número de jóvenes no hay que esperar, pues, ningún efecto positivo cara a la evolución y contención del problema de la droga.

41. Acerca de la evolución de la política sanitaria: «feiten, Beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2.000)», *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, Kamerstuk 19500. Raad voor de Jeugdbeleid, Studiegroep Toekomstverkenningen, *Jeugd met en zonder toekomst*, Amsterdam, 1986.

ANEXO

Un proyecto ambulatorio de asistencia a la droga en Holanda: La Fundación de Asistencia a la Droga de Tilburg

INTRODUCCION

Después de años de enconadas y a menudo fuertemente ideologizadas discusiones y controversias entre las organizaciones de la asistencia a la droga por un lado, y entre éstas y el Ministerio que se ocupa de la problemática de la droga, por el otro, sobre el tipo y la forma en que podía ser organizada de la mejor manera la asistencia a drogodependientes en Holanda, parece ahora existir un cierto consenso sobre su organización. Ya no se coloca en primer plano una determinada forma de consideración del problema. Tampoco se contempla un método determinado como el único salvador con rechazo de todos los demás. Sino que de manera casi general se reconoce como punto de partida que la asistencia a las drogas debe ser tan variada y diferenciada que pueda reaccionar por sí misma frente a los problemas individuales y necesidades del dependiente. El acento se coloca con ellos en los programas ambulatorios, que en su mayoría pueden ser ofrecidos en y por la misma institución. Otro importante punto de partida es que esta asistencia ambulatoria no se produce de manera aislada sino que en la medida de lo posible se coordina con las iniciativas y prestaciones de otras instituciones y con el apoyo procedente del entorno del drogodependiente.

Uno de los proyectos de asistencia a las drogas más recientes en Holanda es el de Tilburg. Este proyecto se apoya en las experiencias que se han realizado en los pasados diez años en la mayor parte de las ciudades de Holanda. El Proyecto que se presenta brevemente a continuación, ofrece una descripción de cómo se trata normalmente en una gran ciudad de Holanda el problema de la droga desde el plano de la asistencia ambulante a la droga.

LA CIUDAD DE TILBURG

Tilburg es la séptima ciudad de Holanda en importancia. En cuanto gran ciudad tiene también que luchar contra la problemática de la adicción, ni más ni menos que otras ciudades de tamaño comparable. De entre 150.000 habitantes hay unos 300 drogodependientes, alrededor de un 2 por mil. En la actualidad se trata sobre todo de dependientes de la heroína. Todavía no puede hablarse de un importante abuso de cocaína, tal y como desde hace cierto tiempo se observa en creciente extensión en los Estados Unidos.

La ciudad misma, desde un punto de vista económico, ha tenido que enfrentarse a la recesión de su gran industria textil. Junto a un alto nivel de paro, este cambio ha llevado a un vaciamiento completo del centro de la ciudad; durante décadas las fábricas textiles caracterizaban la imagen de la ciudad. Para acabar con estos grandes agujeros en el interior de la ciudad el municipio ha realizado grandes programas de nuevas construcciones. Lentamente Tilburg se aleja de un largo período de necesidad y de estancamiento. A través de la renovación del centro de la ciudad y de la atracción de otras industrias se espera que hacia el año 2.000 la ciudad se encuentre de nuevo en plena floración. Con todo la actual alta cifra de paro desempeña un no insignificante papel en la problemática de adicción.

GENESIS DE LA FUNDACION

Desde hace años se constató, por parte de los colaboradores de la asistencia en materia de drogas como de los políticos y funcionarios locales, que la asistencia a las drogas necesitaba algunas mejoras. Muchos trabajaban con drogodependientes pero no cabía hablar de una política integral en materia de drogas. No había ninguna colaboración efectiva de las institu-

ciones de asistencia en materia de drogas. Algunas instituciones parecían insuficientemente organizadas. Faltaba una idea guía única. Y difícilmente tenía lugar una sintonización mutua: la policía, la Administración de Justicia, los servicios de salud comunales y las organizaciones de asistencia trabajaban en coexistencia, crecían las cargas sociales (entre otras, a través de los hurtos y el tráfico ilegal) y los drogodependientes se quejaban por todos los Santos de la calidad de la prestación asistencial. Razones suficientes para que los responsables directos intervinieran en la política y sobre las organizaciones privadas de asistencia.

Después de diversos intentos inútiles de modificación a través de infinidad de comisiones, grupos de trabajo y comités, a petición de la Administración de la ciudad de Tilburg, el 1º de mayo de 1985 comenzó su actividad una nueva Fundación. Esta tenía la tarea de construir una organización completamente nueva de la asistencia a las drogas en la que debieran estar integradas todas las formas de prestación de ayuda ambulatoria. Con el apoyo de una organización profesional de especialistas se ha llegado a crear una institución que puede realizar una oferta de asistencia consistente ante todo para sus clientes —los drogodependientes—. Esto ha salido bien gracias en primer lugar a una serie de reglas fundamentales que fueron impuestas tanto a la propia prestación de asistencia como a su organización.

PRINCIPIOS DIRECTORES

Con ocasión del desarrollo del modelo de la organización, de las líneas fundamentales de la política y de las condiciones que debía cumplir la oferta de asistencia, se consideraron en la medida de lo posible los siguientes puntos de partida y reflexiones:

1. El drogodependiente es el único responsable de su dependencia. El que no quiere ninguna asistencia, no es ayudado.
2. La adicción a drogas duras acaba en un extraordinario proceso dominante de cambio entre necesidad y satisfacción. Por ello los drogodependientes no dejarán de intentar ningún medio para satisfacerse finalmente por el camino más corto su necesidad. Este hecho los hace *inseguros*, en la medida de su dependencia. Como señala van Eepen —uno de los más renombrados psiquiatras y experto en drogas en Holanda—: «La esencia del síndrome de adicción es la relación con los prójimos; esto es, tú contemplas y juzgas a tu prójimo exclusivamente de una determinada forma y manera; según el criterio de la utilidad. Los drogodependientes **chupan** a su prójimo».
3. Los asistentes son permanentemente estimulados por los drogodependientes a la corresponsabilidad, al entendimiento y a la «*corrupción terapéutica*». La organización debe, tanto en interés del asistente como del drogodependiente, crear condiciones que protejan a sus colaboradores de este juego del adicto.
4. De ello deriva también la necesidad de una *estructuración circular*. Con ello se alude a un estrecho sistema de apoyo, de transmisión, planificación y control de resultados entre las instituciones que actúan en el marco de una determinada zona geográfica en la prestación de asistencia. Se previene así el que los drogodependientes se sirvan mutuamente de los colaboradores individuales o de las instituciones en su conjunto.
5. Para el desarrollo de una correcta política en materia de drogas, la supresión de interferencias y finalmente la mejora del «producto» es de importancia decisiva la *evaluación* a partir de un estricto *registro*.
6. En el marco de la organización deben distinguirse las diferentes funciones con claridad, esto es, ante todo al margen de los intereses contrapuestos. Han de prevenirse las expectativas contradictorias de los clientes.

7. La organización no debe ocuparse por principio de la cuestión del orden público. Ella lo contempla como un objeto que recae bajo la responsabilidad de la Policía y la Administración de Justicia.

8. Condición importante para una definitiva deshabituación es la reintegración en la sociedad. La estabilidad que ésta ofrece a los (ex) drogodependientes es de una significación esencial. Un primer paso en esta dirección lo lleva a cabo a menudo la familia. Esto subraya la importancia de los programas de resocialización.

Estas reglas, en conexión con las exigencias generales de organización, han llevado a una importante diferenciación de fines, división de tareas y formas de apoyo. La diferenciación y especialización de funciones exige una fuerte coordinación y una fuerte dirección. Esta por su parte hace necesaria una unión claramente estructurada en la que se integren todas las organizaciones e instituciones de asistencia en materia de drogas.

—LOS FINES

La Fundación quiere en primer lugar crear y mejorar las condiciones de deshabituación. Se dirige por ello a los drogodependientes mismos y a su entorno social. Si esto falla, se intenta estimular la reinserción en uno o más grupos sociales, para lo cual debe ponerse de acuerdo tanto con el grupo como individualmente con cada drogodependiente.

GRUPOS

Fundamentalmente la institución se ocupa de drogodependientes. Hay que distinguir:

- grupos de riesgo,
- primeros consumidores,
- drogodependientes,
- dependientes en el estadio final de adicción y
- drogodependientes de las minorías étnicas.

LA OFERTA DE ASISTENCIA

La Fundación de asistencia a las drogas cumple tres tareas diferentes en el apoyo del drogodependiente:

1. *Dispensación de metadona*, en distintos horarios de dispensación para los distintos grupos; en particular,
 - a) para clientes que no quieren otra cosa sino metadona. Aquí no tiene lugar ninguna relación ulterior de apoyo;
 - b) para clientes que se encuentran en tratamiento terapéutico. Aquí la dispensación de metadona se liga al menos a un control de orina para la comprobación de otro consumo de drogas.

En la actualidad hay tres programas de metadona:

- a) el programa de deshabituación rápido (de 3 a 5 semanas),
- b) el programa de deshabituación lento (de 1 a 6 meses),
- c) el programa de mantenimiento.

En los programas de deshabituación se controla la orina y demás usos de drogas y se imponen determinadas obligaciones a los consumidores. La dispensación de metadona no cumple por sí misma una función terapéutica. Tiene más bien una función de señalamiento: Se trata de mantener a los clientes bajo control tanto corporal como psíquicamente.

2. *Atención*: a todos los drogodependientes que lo desean se les ofrece la participación en actividades sociales y, en la medida de lo posible, también asistencia en la resolución de pro-

blemas materiales. En cuanto a las actividades hay que pensar en deporte y juegos, reuniones de café, el desempeño de un puesto de trabajo etc.

3. *Tratamiento*: a través de ciertos procedimientos los interesados pueden ser aceptados en tratamiento ambulatorio. Con ello se pone a su disposición una amplia escala de medios terapéuticos.

4. *Asunción*: Consiste en:

- acogida profesional, diagnóstico, examen médico, organización de un plan de tratamiento y eventualmente «ayuda rápida»;
- transferencia interna a puestos de metadona, departamentos de atención y/o tratamiento;
- evaluación permanente del avance del cliente a través de conversaciones estructuradas con los asistentes partícipes;
- transferencia externa a instituciones cerradas (comunidades terapéuticas);
- la organización y mantenimiento de un sistema de registro definitivo.

ALGUNAS CIFRAS

La Fundación tiene en este momento a su disposición 22 colaboradores pagados. Si contamos los puestos del plan son 20. Los costos son de 1,4 millones de florines anuales. De éstos, 560.000 son aportados por la ciudad de Tilburg y 840.000 por el Estado. A comienzos de 1987 debe contarse con un segundo edificio. Entonces se distinguirán hasta especialmente los programas de metadona y de atención, de los lugares donde puede tener lugar la acogida y el tratamiento. La ventaja significativa es que se podrá evitar la concentración de muchos drogodependientes en el mismo lugar al mismo tiempo.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Desde un punto de vista organizativo la Fundación, conforme a sus tareas centrales, se divide en 4 secciones: los puestos de metadona, la sección de atención, la sección de tratamiento y la sección de asunción (*Intake*). Cada sección tiene un equipo fijo de colaboradores, y cada equipo un colaborador con funciones de coordinación adicionales o un coordinador «full-time». Esto último sucede en la sección de asunción. Todo se encuentra bajo un director administrativo que se apoya en un modesto secretariado y un auxiliar administrativo. Al personal fijo pertenece además, entre otros, un médico, dos psicólogos, tres administradores de metadona, cinco trabajadores sociales, dos directores de grupo, dos enfermeros, un portero y un colaborador externo. El consejo de dirección se compone en la actualidad de seis miembros y asume la responsabilidad jurídica del trabajo de la Fundación.

La división organizativa se concibe ligada a una estricta separación de las responsabilidades y funciones de los colaboradores. De colaboradores para todo (cada uno hacía antes todo: acogida, tratamiento, atención, resocialización, etc.) han pasado a ser pequeños especialistas. Cada cual tiene su propio campo, indiscutible, claro y evaluable. Así, los clientes pueden conocer lo que pueden esperar de cada cual.

LA COLABORACION CON OTRAS INSTANCIAS Y ORGANIZACIONES QUE SE OCUPAN DEL PROBLEMA DE LA DROGA

Debido al hecho de que la Fundación no ofrece todas las formas imaginables de asistencia en materia de drogas y que no ejerce ninguna función policial y jurídica, colabora con las siguientes instituciones:

- Huize Poels, un centro general de crisis de Tilburg, que los drogodependientes visitan regularmente. Junto a (ex)pacientes psiquiátricos, alcohólicos, personas en situación de crisis etc. también encuentran allí calma y un techo una serie de drogodependientes. Un acuerdo

y un colaborador a tiempo parcial financiado a través de la Fundación de Asistencia en materia de drogas deben determinar en el año que viene el exacto campo y lugar de actividad de Haus Poels en la asistencia en materia de drogas. Al mismo tiempo debe llegarse a un acuerdo sobre el proceso de acogida, la transferencia, etc.

— HAD⁴² Dirschof, una comunidad terapéutica cerrada. En la mayor parte de los casos en que se precisa o se desea una hospitalización se transfiere a HAD. Tanto respecto de los procedimientos de acogida como también sobre los criterios de transferencia se proyecta un próximo acuerdo. El HAD es efectivamente el cuarto nivel en la serie: dispensación de metadona, atención, tratamiento ambulatorio y tratamiento en internamiento. La mayoría de los drogodependientes que llegan aquí permanecen más de un año, 24 horas al día en esta comunidad terapéutica.

42.- Hulp Aan Drugverslaafden (Asistencia de drogodependientes).