

# PREVENCIÓN SANITARIO-SOCIAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Por RICARDO MORAGAS MORAGAS

*Sumario:* I. PUNTOS BÁSICOS DE UN PLAN DE PREVENCIÓN: 1. Eficacia. 2. Definición sociocultural sanitaria y social. 3. Prevención como instrumento de participación comunitaria. 4. Tecnificación de la prevención. 5. Efecto demostración Comunidad Autónoma-Estado Central.—II. ORGANIZACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN: 1. Enfoque interdepartamental. 2. Grupos partícipes.—III. ETAPAS DE UN PLAN DE PREVENCIÓN: 1. Conocimiento científico del problema. 2. Análisis causal. 3. Diseño del Plan.

Las líneas que siguen tratan de la prevención sanitaria y social en las Comunidades Autónomas de Cataluña y País Vasco, las cuales poseen un Estatuto de Autonomía y se hallan en el proceso de consolidación de transferencia de competencias en dichas materias. Este trabajo complementa y desarrolla otros en esta línea realizados en los últimos años (1). La prevención sanitaria y social constituye un tema clásico y moderno a la vez, clásico porque en él se da con plena vivencia el enfoque interdisciplinario: psicológico, económico, social y jurídico; moderno porque todos los países occidentales desean reducir los elevados costos de la asistencia a través de una prevención adecuada.

Estas observaciones constituyen una defensa de la Autonomía administrativa y funcional sin olvidar otras razones, ya que una Comuni-

(1) MORAGAS, R.: «Descentralización territorial. Previsiones de transferencia de servicios sociales a los Gobiernos autonómicos», pp. 87-108, en A. DESDENTADO y otros: *Descentralización de los Servicios Sociales*, Marsiega, Madrid, 1979.

dad Autónoma puede plantear y resolver sus problemas sanitarios y sociales con mucha mayor efectividad económica y mejor calidad del servicio que un Estado centralizado; y ello, sin recurrir a mejoras técnicas, por mera racionalidad en la gestión y proximidad de los Centros decisorios al lugar en que se plantean los problemas. Administrar mejor hoy la Sanidad y los Servicios Sociales en una Comunidad Autónoma es más fácil que en el pasado en un Estado centralista, pero para ello hay que recordar algunos principios de pura técnica administrativa y social. El reto que supone el Estado de las Autonomías en España debe apoyarse, ante todo, en realizaciones efectivas en coste y calidad de unas Comunidades que puedan servir de experiencia a otras Comunidades y a la propia Administración Central. De esta forma y a través de la fuerza de los hechos económicos y de la calidad del servicio, puede asentarse más sólidamente la conciencia autonómica en los ciudadanos que por meros planteamientos políticos y apelación a factores intangibles. La calidad y coste de los servicios sanitarios y sociales son módulos fácilmente medibles por cualquier ciudadano, quien juzgará pronto sobre los dos períodos, el de administración centralizada y el autonómico.

No se tratará aquí de los aspectos estrictamente técnicos de la prevención: clasificaciones clínicas, métodos de prevención, distribución y dotación de centros preventivos, etc., sino solamente de algunos aspectos sociales y organizativos que convendría abordar antes de iniciar un Plan de Prevención Sanitario-Social en las Comunidades Autónomas. Dentro de dichos planes se incluyen los temas de prevención de las Toxicomanías, Planificación Familiar, Educación Sanitaria y cuantos presenten una etiología que requiera la intervención conjunta de la Sanidad y los Servicios Sociales.

## I. Puntos básicos de un plan de prevención

### 1. *Eficacia*

Si la administración de las Comunidades Autónomas es administración del Estado debe ser una administración eficaz, como legalmente reconoce el artículo 103, 1, de la Constitución (2). Esta eficacia se completa en el mismo artículo con los principios de Descentralización

(2) MORAGAS, R.: *Bases per una Política sobre L'Alcoholisme a Catalunya*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1980. Véase, asimismo, Naciones Unidas: *Informe sobre la Organización y Administración de los Servicios Sociales*, Nueva York, 1962.

y Coordinación, sin los cuales es evidente que ninguna administración puede ser eficaz. La Descentralización supone un mecanismo en cascada desde el nivel más elevado del departamento funcionalmente competente al órgano de la administración periférica más próximo al lugar en el que se plantea el problema. La esencia de la descentralización sería: no asumir un órgano superior lo que puede realizar adecuadamente el inferior. Ello implicaría el llevar el tratamiento sanitario y social a la unidad comarcal o municipal más próxima al cliente, vista la estructura de los servicios existentes y la división territorial de cada Comunidad Autónoma. La coordinación implica básicamente la no duplicación de los recursos públicos y privados y la racionalidad en el uso de los elementos limitados, tanto personales como materiales (3).

Para conseguir la eficacia, las Comunidades Autónomas deberían evitar los síndromes que con frecuencia el ciudadano medio muestra y que se pueden identificar como Centralización Sustituta y Doble Imposición. La Centralización Sustituta se refiere a que el habitante de Euskadi o de Cataluña no desea ver sustituido el centralismo de Madrid por el de Vitoria o Barcelona, ya que un centralismo más próximo no tiene por qué ser más agradable si mantiene la irracionalidad y concentración del poder. En el presente, ya se han producido manifestaciones de este síndrome, cuando por ejemplo en determinadas competencias transferidas los expedientes han tardado más en llegar resueltos al destinatario final que cuando dependían directamente de Madrid. Existe un período de transición en el que deben plantearse claramente a los ciudadanos las limitaciones con que cuenta la Administración autonómica y explicar los retrasos cuando se produzcan. En los casos comentados el retraso no era atribuible a la Comunidad Autónoma sino a lagunas insertas en las transferencias, pero el ciudadano afectado no lo sabe o no se quiere enterar cuando se le comunica, por lo que es más prudente actuar sobre la causa del retraso para evitar el ataque de ineficacia a la Comunidad Autónoma.

El Síndrome de Doble Imposición consiste en creer que la Administración autonómica va a suponer doble gasto para el contribuyente, por una duplicación de sus efectivos. Este síndrome debe combatirse con la explicación clara de los recursos que utiliza la Comunidad Autónoma en las competencias transferidas, funcionarios de que dispone e incidencia fiscal efectiva para el ciudadano.

---

(3) *Constitución Española*, art. 103, 1.

Finalmente, el principio de Eficacia debe referirse a la esencia de la prevención sanitaria y social, que consiste en una acción sobre la etiología multicausal de la misma, económica, psíquica y social a través de mecanismos económicos, jurídicos y educacionales para la reforma y control de actitudes y hábitos y no solamente por el tratamiento sintomático de los efectos no deseados. Por ejemplo, un Plan de Prevención de las Toxicomanías, que desee entrar en la esencia del problema, debe actuar sobre las causas del consumo y distribución de la droga, economía e intereses que se benefician de su existencia, y no sólo aumentar, por ejemplo, los recursos personales y materiales para atender a los toxicómanos. El auténtico problema surge cuando se reconoce la impotencia de la Comunidad Autónoma, por ser problema general del Estado, el actuar sobre la etiología de una condición sanitaria y social. Algunos recurren a la acción puramente sintomática, pues al menos «se hace algo», mientras que otros prefieren invertir sus recursos y esfuerzos en buscar los medios políticos, económicos y sociales para actuar sobre las causas que modifiquen la estructura patógena a nivel de Estado, pero ello es lento y difícil.

## 2. *Definición sociocultural sanitaria y social*

Los Estatutos de Autonomía reconocen la identidad cultural de Cataluña (4) y del País Vasco, y por tanto, un Plan de Prevención Sanitario y Social debería reflejar la definición que cada Comunidad Autónoma realice de su respectiva sociedad. La recuperación de la identidad cultural ha sido un tema constante en la conquista del autogobierno y la prevención de lo que no se desea debe partir de cierta definición Sanitaria y Social.

Para ser consecuentes con las demandas del pasado, las Comunidades deben de introducir, de alguna forma, un marco social que reconozca los valores culturales históricos y actuales, compartidos por la población, y que sirva de referencia para el diseño de la prevención sociosanitaria. No se trata por supuesto de imponer coactivamente un modelo de sociedad por parte de los órganos de gobierno, sino de que cada Comunidad identifique la patología sociosanitaria actual y que se halla en contradicción con los ideales que reconocen los propios ciudadanos a través de una participación democrática. Esta definición colectiva de lo que es patológico para la identidad cultural, supone un

(4) *Estatuto de Autonomía de Cataluña*, preámbulo, párrafo 4.º Generalitat de Catalunya, p. 2. Barcelona, 1979.

vínculo de identidad para poner en marcha a las respectivas Comunidades y solidarizarlas en el establecimiento de los Planes de Prevención; para conseguir ello, es evidente que se necesita un esfuerzo colectivo y representativo y que el Plan de Prevención no debe emanar solamente de órganos técnicos al servicio del partido mayoritario del gobierno autonómico, sino responder a una definición común de la tradición cultural y de lo que se considera patológico en cada Comunidad. En el caso de Cataluña podría utilizarse como un instrumento adecuado, entre otros, algunas de las conclusiones del Congreso de Cultura Catalana (5), que puso en marcha a una representación importante del pueblo catalán en torno al diseño de la futura sociedad autonómica.

### 3. *Prevención como instrumento de participación comunitaria*

El hecho de que las condiciones sanitarias y sociales afecten, aunque con incidencia diversa, a todas las edades, sexos, clases sociales, ocupaciones y condiciones, puede ser un instrumento eficaz de participación de todos los grupos y colectivos para la prevención de estas condiciones. Aquí resulta obvio el principio psicológico básico de que en lo social la participación de los afectados es necesaria para la efectividad de cualquier programa, como en la curación de la enfermedad orgánica resulta imprescindible la colaboración del paciente. La prevención no puede consistir por tanto en una solución impuesta desde niveles técnicos o políticos, ya que en una sociedad democrática no sería aceptada por la mayoría de los destinatarios.

El ámbito de la participación debe llevarse al nivel más bajo posible en el marco territorial y referido a los roles y actividades principales de los ciudadanos, trabajo, partido político, residencia, etc. El puesto de trabajo, la asociación de vecinos, el ayuntamiento, el sindicato, la familia, son puntos de partida de la participación efectiva. El proceso de la participación se puede esquematizar en las siguientes etapas:

1.<sup>a</sup> *Sensibilización* o toma de conciencia del problema por parte del colectivo afectado, el cual percibe la importancia del mismo y las consecuencias adversas sobre el grupo.

2.<sup>a</sup> *Petición de participación reclamada por el grupo sensibilizado*, vistas las consecuencias que el problema implica para dicho colectivo y la decisión de que hay que enfrentarse activamente al mismo.

---

(5) *Congrés de Cultura Catalana. Conclusions*. Barcelona, 1978.

3.<sup>a</sup> *Oportunidades reales de participación* en la propuesta de legislación, colaboración en los programas de prevención, etc. Es importante que cada etapa siga a la otra, ya que de nada serviría ofrecer oportunidades de participación a un colectivo que no se halla sensibilizado al respecto. Sería el caso, por ejemplo, de sugerir limitaciones legislativas a la distribución de determinada droga, cuando los componentes del grupo afectado no fueran conscientes de que tal droga suponía un peligro para la salud, ya que en este caso no apoyarían a los legisladores para que se aprobaran tales medidas limitadoras.

Legalmente, la participación se halla específicamente reconocida en ambos Estatutos, artículo 17, 5, en Cataluña (6), en el que se la califica de «participación democrática», y en el 9, e), de Euskadi (7), donde se menciona «la participación de todos los ciudadanos en la vida social». La disposición legal reconoce en ambas Comunidades la participación como un principio político democrático, por lo que si no participa el afectado, en teoría el Plan de Prevención podría impugnarse como ilegal. En las Comunidades Autónomas, el menor tamaño de su población y territorio y su mayor homogeneidad cultural, permiten una participación efectiva, imposible de realizar para toda España con una Administración centralizada.

#### 4. *Tecnificación de la prevención*

La prevención sociosanitaria supone la primera etapa de un proceso de cambio social, definido políticamente y realizado con la participación de la comunidad, pero elaborado técnicamente, si se desea que sus frutos sean efectivos. Aunque en la práctica sea difícil o no interese el hacerlo, es necesario diferenciar en la elaboración de un Plan de Prevención los aspectos políticos de los científico-técnicos. El proceso político de un Plan de Prevención supone la presentación al Gobierno autónomo de los objetivos globales de la prevención; estos criterios serían propuestos y en su caso aprobados o modificados por el Gobierno para pasar a continuación a la fase de ejecución. Tanto en la proposición como en la ejecución, el Gobierno de la Comunidad Autónoma debería recurrir a los conocimientos científicos en Ciencia Natural y Social, para hacer posible el cumplimiento de los criterios aprobados políticamente.

(6) *Estatuto de Autonomía de Cataluña*, p. 6.

(7) *Estatuto de Autonomía del País Vasco*, «Boletín Oficial del Estado», Madrid, p. 3692.

La introducción de la prevención aprobada constituye un cambio social, que si no se planifica técnicamente, puede llevar a un incumplimiento de las nuevas disposiciones en el territorio autónomo, originándose una situación de incumplimiento semejante a la existente antes con la Administración Central. En ella no faltaban disposiciones sobre regulación y control sociosanitario, pero no existían los medios materiales y personales adecuados para hacer cumplir la normativa. Lo que no debe hacerse en las Comunidades Autónomas es fabricar disposiciones para decir que se tienen, sino aprobarlas con la base económica y social suficiente para que puedan cumplirse. En cualquier caso se trata de diferenciar dos funciones claramente separadas en las democracias occidentales, la técnica (económica, social y jurídica) y la política o de gobierno.

Dada la naturaleza del cambio social planificado que supone la prevención sociosanitaria, el ejecutivo debe contar con margen temporal suficiente para el desarrollo de los objetivos previstos. La puesta en marcha del Plan de Prevención se iniciaría con el encargo a una unidad técnica interdisciplinaria, responsable de la redacción del mismo, que presentaría su estudio. Dicho estudio sería examinado y aprobado, con las modificaciones necesarias, por una Comisión de Gobierno en la que figurarían todos los departamentos afectados. El Plan de Prevención aprobado sería luego aplicado por todas las unidades afectadas según el calendario establecido. Una Comisión de seguimiento y control interdepartamental comprobaría periódicamente la aplicación del Plan y sus desviaciones. Se considera importante aclarar las dos responsabilidades, la técnica y la política, para evitar los numerosos equívocos que aparecen en la aplicación de reformas en Sanidad y Servicios Sociales.

##### 5. *Efecto demostración Comunidad Autónoma-Estado Central*

Dada la importante responsabilidad histórica que tienen Cataluña y Euskadi para organizar la administración de los recursos y competencias que se les han transferido, es necesario que sus actos de gobierno sean efectivos, por exigencia legislativa, como se ha visto, y porque con ello contribuirán prácticamente a consolidar el Estado de las Autonomías. Una forma clara de conseguirlo es demostrar que las autonomías son más eficaces que la Administración centralizada y ello es relativamente fácil de conseguir, dada la proximidad geográfica de los problemas y de los centros de decisión. Si se produce esta efectividad y es

reconocida, la experiencia de Cataluña y Euskadi puede servir de orientación a otras Comunidades Autónomas y al propio Estado Central. Ello podría suponer el desarrollo de una nueva orientación del principio de solidaridad interregional entre todos los ciudadanos del Estado español, reconocida en el aspecto financiero en el artículo 156,1, de la Constitución (8). Avanzando algo más se podría extrapolar el principio del Fondo de Compensación que detalla el artículo 158,2 (9), y ampliarlo no sólo a gastos de inversión, sino a programas de colaboración económica y social entre Comunidades Autónomas. Es evidente que las diferentes Comunidades Autónomas que estrenarán sus respectivos Estatutos de Autonomía, ya poseen contactos con las administraciones de Cataluña y el País Vasco para aprovechar su experiencia. Las Comunidades Autónomas más antiguas constituyen un proyecto piloto real para el resto de España, y el éxito del Estado de las Autonomías se basa, en buena parte, en el éxito de los Gobiernos de Cataluña y Euskadi.

## II. Organización de un Plan de Prevención

A continuación se detallan dos aspectos organizativos de un Plan de Prevención. El primero se refiere a los aspectos materiales de las competencias funcionales que deben estar representadas. El segundo aspecto se refiere al soporte humano de los grupos que han de participar si el Plan debe tener éxito.

### 1. *Enfoque interdepartamental*

Siendo la prevención sanitaria y social un fenómeno complejo multicausal, su desarrollo exige un planteamiento interdisciplinario a nivel técnico, y si se desea que la prevención sea eficaz, no puede restringirse a un solo departamento del Gobierno Autónomo. Es evidente que la mayor parte de los recursos funcionales y técnicos en la elaboración de un Plan de Prevención se encontrarán en el Departamento de Sanidad y Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma, que debe ser la unidad coordinadora del Plan; pero si en su elaboración no participan otros departamentos, sus resultados no serán efectivos, ya que la conducta humana en lo sanitario responde a fundamentos y estímulos complejos, cuya competencia corresponde a diversos

(8) *Constitución Española*, art. 156, 1.

(9) *Constitución Española*, art. 158, 2.

departamentos: Educación, Gobernación, Comercio, Economía, Trabajo, etc. Debido a ello, el Plan de Prevención debe elaborarse como un Plan global y que implique a todo el Gobierno de la Comunidad, siendo su aprobación un acto conjunto del máximo ejecutivo autonómico, vinculando a los diferentes departamentos para que lo apliquen en el ámbito de sus competencias. Por ejemplo, si se realizara un Plan de Prevención Sanitaria y Social de las toxicomanías, olvidando la infraestructura económica de comercio, de difusión, de control de las drogas, etc., los resultados serían mínimos, con lo que aumentarían las críticas de los administrados a la efectividad del gobierno autónomo. Por tanto la acción en el terreno de la Prevención sociosanitaria debe ser necesariamente interdepartamental, ya que multicausal es la etiología del propio fenómeno.

Responsabilidad interdepartamental no quiere decir que la preparación técnica del Plan pueda dividirse, ya que la eficacia administrativa exige su concentración en una Unidad Técnica multidisciplinaria, dependiente del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales, vehículo idóneo para preparar el Plan.

La elaboración de un Plan de Prevención constituye un cambio social planificado, materia científica y políticamente muy difícil en cualquier democracia y especialmente en España. En nuestro país la reciente experiencia histórica asimila el cambio social con la planificación por métodos autoritarios y poco efectivos, como fueron los Planes de Desarrollo. Es necesario borrar dicha imagen en la población de la Comunidad Autónoma y establecer claramente lo que supone un cambio social democrático, en una Comunidad que se autogobierna a través de la participación de sus ciudadanos.

## 2. *Grupos partícipes*

Dada la naturaleza social del Plan de Prevención es necesario basar su efectividad en la colaboración de diversos grupos sociales; siguiendo el trabajo de Elling, se identifican cuatro grupos esenciales para el éxito de cualquier Plan.

A) *Grupo Interno*. Lo constituyen los profesionales de los servicios sanitarios y sociales, los cuales contribuyen a los aspectos básicos del Plan. Son el grupo interno o «in group». Lo ideal es el convertir a sus miembros en agentes del cambio social, es decir, en sujetos convencidos de la necesidad del mismo y dispuestos a trabajar por dicho cambio en sus diferentes capacidades. En este grupo se diferencian los

profesionales de la sanidad y de los servicios sociales (médicos, asistentes sociales, enfermeras, auxiliares, etc.) de los técnicos, directivos y organizadores, que constituyen el soporte gerencial, administrativo y burocrático, tan importante en cualquier estructura sanitaria y social moderna. A efectos organizativos, interesa destacar la estructura jerárquica de estos profesionales, lo cual facilita el sistema de comunicación, así como la elevada solidaridad de sus miembros, que puede ser positiva o negativa para la aplicación del Plan, según se consiga o no su colaboración. Cómo conseguirla debe ser un tema prioritario en la redacción del Plan y en el éxito de su aplicación.

B) *Grupo Externo Técnico*. Lo constituyen los científicos sociales, economistas, sociólogos, psicólogos, juristas, quienes, sin formar parte de los profesionales de los servicios sanitarios y sociales, proporcionan el marco teórico, los métodos y las técnicas aceptables científicamente para la viabilidad del Plan. Representantes de este grupo, junto con algunos miembros del Grupo Interno, profesionales sanitarios y sociales, elaborarían el Plan de Prevención. Su perspectiva, enfoque, dependencia e intereses son muy diferentes del Grupo Interno, ya que proceden de diversas disciplinas y no poseen la solidaridad del mismo, ni en su mayoría, la permanencia en estas actividades, formándolo principalmente científicos interesados en la redacción técnica del Plan de Prevención. Se trata de un grupo diferenciado de personalidades, homogeneizadas por el método científico, con un elevado sentido crítico y en cuyos debates no se acepta una opinión si no va avalada por hechos que la fundamenten.

C) *Grupo de Apoyo*. Lo integran aquellas personas que poseen un interés, poder o ventaja en la aprobación del Plan de Prevención y comprende una amplia gama de sujetos, ya que si el Plan es realmente global, afectará a numerosas instituciones y organizaciones. Entre los miembros del Grupo de Apoyo se encontrarán líderes estratégicos en la sociedad, políticos, sindicalistas, intelectuales, empresarios, profesionales, educadores, juristas, ministros religiosos, economistas, etc. Para la efectividad de un Plan de Prevención lo ideal sería que toda la sociedad constituyera el grupo de apoyo, lo cual es imposible en una sociedad democrática y pluralista. Hay que conseguir un nivel razonable de consenso entre los miembros del grupo de apoyo; suficientemente amplio y representativo para que el Plan pueda llevarse a la práctica, pero técnicamente aceptable para conseguir el cambio social planificado que supone el Plan de Prevención.

D) *Grupo Cliente*. Se prefiere la denominación de cliente respecto a la de paciente, para destacar la importancia de la participación activa del sujeto y no reducirlo a un mero receptor de un servicio; el grupo cliente lo constituyen los destinatarios finales del Plan de Prevención, reales actuales y potenciales o futuros. Entre los potenciales figura prácticamente toda la población, mientras que los afectados actuales constituyen un grupo específico que necesita más que prevención, tratamiento y rehabilitación. En relación con el grupo de afectados, son importantes los grupos que se relacionan con ellos por razones familiares, ascendientes, descendientes, parientes, compañeros de trabajo, empleadores y cuantos tratan con ellos en el desempeño diario de sus roles. La modificación de la conducta sanitaria y social debe inspirarse en la rehabilitación integral (10) (tratamiento del sujeto para conseguir su máximo nivel de independencia), pero acción asimismo sobre las causas, ya que en caso contrario la intervención no tendrá ninguna garantía de cambiar la conducta que lleva a los resultados que se quieren evitar.

La experiencia del cambio social indica que la efectividad de cualquier Plan se basa en la colaboración de los cuatro grupos indicados, ya que al ser un intento de acción sobre una conducta social de etiología compleja, no se puede actuar solamente sobre un factor o grupo que condiciona la conducta. Los conceptos elementales sobre motivación, rol social y dinámica de grupos para explicar y modificar la conducta, deben estar presentes en toda la elaboración del Plan.

### III. Etapas de un Plan de Prevención

El diseño de un Plan de Prevención supone recorrer una serie de etapas características en el tratamiento científico de cualquier problema social. A continuación se identifican las diversas etapas en un orden lógico en el tiempo, aunque en la práctica se superpongan y adelanten en sus aspectos parciales.

#### 1. *Conocimiento científico del problema*

Se destaca el calificativo «científico» para conseguir la objetividad necesaria en un tema normalmente preñado de connotaciones ideológicas. El conocimiento debe basarse tanto en datos primarios de encues-

(10) MORAGAS, R.: *Rehabilitación: Un enfoque integral*. Vicens Vives, Barcelona, 1971. *Passim*.

ta, realizada específicamente en cada Comunidad Autónoma, como en datos secundarios publicados por cualquier fuente válida. Existe abundante literatura internacional sobre la prevención sanitaria y social, aunque el grado de desarrollo del tema por parte de las ciencias sociales es diverso. En toxicomanías por ejemplo, la Sociología hace décadas que se ocupa de las adicciones como fenómeno colectivo de los grupos desviados o marginados. El Derecho ha regulado la conducta delictiva de los toxicómanos, la tenencia y el tráfico de drogas, etc., desde su inclusión en los Códigos Penales. La Economía, sin embargo, ha analizado escasamente las consecuencias del tráfico y distribución de drogas, del comercio de alcohol, y tabaco, de las empresas que lo controlan, etc. Recientemente surge el interés de la economía respecto a las toxicomanías con reuniones y aportaciones sobre el tema (11). La literatura científica comparada es fuente indudable de conocimiento, pero no debe olvidarse que la adicción a cualquier tipo de tóxicos, constituye una conducta social basada en esquemas culturales diversos en el interior de una nación. Así, por ejemplo, es muy diferente la ingestión de alcohol por sexo y tipo en el País Vasco, que en Cataluña y otras Comunidades Autónomas. Ello lleva a concluir que aparte de conocer los estudios internacionales, es necesario realizar estudios monográficos en cada Comunidad Autónoma para analizar las pautas de consumo, según agente tóxico, sujetos afectados por sexo, edad, clase y otras variables sociales. Se trata en suma de realizar encuestas sociales que concreten la singularidad del fenómeno sanitario y social en cada área cultural y que permitan un conocimiento individualizado del mismo.

Los datos deben ser por tanto primarios, a través de datos de encuestas específicas, que reflejen las actitudes y peculiaridades de la conducta en cada zona, y secundarios, a través de estudios ajenos. Aparte de las encuestas deben realizarse censos de instituciones asistenciales sanitarias y sociales existentes, ya que a nivel de la Administración Central son incompletos y anticuados.

## 2. *Análisis causal*

El conocimiento de la realidad sistematizado y correlacionado a través de diversas fuentes ha de llevar al investigador a la formulación

(11) Las aportaciones económicas son múltiples en todo el mundo occidental. Véase referencia bibliográfica en Artells, 33. *Notas de Trabajo o sobre Dimensiones Económicas de la Adicción y el Consumo de Tóxicos y Drogas*. Manuscrito policopiado, curso sobre Toxicomanías. Generalitat de Catalunya. Vitoria, febrero de 1981.

de hipótesis causales sobre la conducta sociosanitaria en cada Comunidad Autónoma. Una vez más, hay que insistir en que la complejidad de tales fenómenos no puede reducirse a una interpretación monocausal de los mismos y que la interdependencia entre variables será muy sutil. Dada la etiología multicausal del tema, en esta fase del análisis es cuando se debe ser más flexible en la elaboración del marco teórico que intente explicar la etiología del fenómeno. Si la información de los datos primarios se ha recogido correctamente en las encuestas, si se han analizado correctamente los Planes existentes en el mundo y si se conoce la realidad de la Comunidad Autónoma, las hipótesis surgirán del análisis de los datos, debiendo probarse o rechazarse con los métodos del análisis científico.

### 3. *Diseño del Plan*

Conocidas las causas de un fenómeno social, el formular las conclusiones constituye una fase natural del procedimiento científico de la que es fácil pasar a la etapa de las recomendaciones para la acción, que formarían la esencia del Plan de Prevención. En investigación sociosanitaria, es evidente la facilidad y conveniencia de pasar de la conclusión o hechos de conocimiento científico que se deducen de un análisis causal a la recomendación o intervención sobre la realidad para modificar los resultados de una situación. Ello es útil por economía de medios y por razones inherentes a la esencia del proceso analítico; en la práctica supone que el grupo técnico responsable del análisis y conclusiones participe también en las recomendaciones. Nadie poseerá mayores conocimientos sobre el fenómeno y podrá por tanto aportar soluciones para eliminar o reducir los agentes intoxicantes. En la fase de recomendaciones o Plan de Prevención deben cumplirse por lo menos tres criterios elementales determinantes del éxito del Plan, olvidados en muchos estudios a pesar de lo básicos que resultan y que son los siguientes:

1.º *Calidad científica*.—Las recomendaciones deben basarse en las conclusiones y éstas en un análisis causal correcto.

2.º *Económicamente realizable*, ya que el factor limitativo en todo Plan es la insuficiencia de recursos personales y materiales. El mejor Plan de Prevención no es el ideal sino el posible.

3.º *Jurídicamente posible*, integrándose o modificando el marco legal existente pero partiendo del mismo, de sus condicionamientos, y no tratando de legislar en un vacío legal inexistente y utópico.

En resumen, se trata de conseguir un Plan de Prevención realista, lo cual no quiere decir que no sea innovador, pero que pueda llevarse a la práctica y que no quede como puro proyecto de aplicación a una sociedad ideal. En el momento en que se cumplan los tres criterios, la preparación del Plan habrá finalizado, comenzando la fase política de aprobación por el máximo órgano de gobierno y compromiso interdepartamental para su aplicación. Es evidente que la fase de aplicación se podrá facilitar si participa como asesora la comisión que lo elaboró, ya que ésta conoce las bases de que partió, lo cual aumenta las posibilidades de realización. Finalmente, como en todo desarrollo de un programa aprobado políticamente, será útil establecer un control colectivo de la realización del Plan en forma de Comité de Seguimiento. Este órgano será el responsable de comprobar que el Plan se aplica, y en caso contrario, de analizar las causas que justifican su no aplicabilidad.