



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

Debats

Catalunya Social

Propostes des
del Tercer Sector

núm. 36

juny de 2014

**Drets Humans i
polítiques de drogues:**
noves propostes de regulació



Drets Humans i polítiques de drogues: *noves propostes de regulació*

JOSEP ROVIRA

Juny de 2014

Índex de continguts

■ 1. Introducció	3
■ 2. El consum de drogues i la dependència a les drogues	6
<i>Usos experimentals i recreatius</i>	6
<i>Usos intensius i problemàtics</i>	8
■ 3. Models d'abordatge	12
■ 4. Intervenció en drogodependències	18
<i>Tractament i reducció de danys</i>	18
<i>Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya</i>	22
<i>Prevenió i reducció dels riscos</i>	25
■ 5. Drogues i crisi avui	28
■ 6. Conclusions	32
■ 7. Referències bibliogràfiques	40

1. Introducció

Malgrat que el fenomen de les drogues se'ns presenta sovint com una problemàtica contemporània, sembla ser que el seu ús data des dels inicis de la humanitat. Aquesta relació ha adoptat diferents formes i ha estat integrada a la vida quotidiana de les persones de diferents maneres. Per exemple, certes formes de relació amb les drogues han format i formen part dels rituals màgics i religiosos de nombroses cultures, mentre que altres formes de relació han tingut un caràcter molt més funcional, com són el consum de cafè, tabac o alcohol. Així mateix, la cerca d'estratègies per alleugerir els dolors físics i/o morals, o assolir majors plaers en els espais recreatius, ha resultat ser un comportament humà on les drogues han donat resposta a aquests anhels.

Acceptar aquesta realitat de bon antuvi, ens evitaria molts problemes i és que "una societat sense drogues és un miratge i la seva negació no és sinó una manera d'alimentar-lo". La realitat constata que les legislacions prohibicionistes del consum, la lluita contra les drogues dels últims 40 anys, ni redueixen significativament el comerç, ni l'accessibilitat, ni tan sols l'ús de drogues. Ans el contrari, han anat augmentant exponencialment, i sobretot han servit per criminalitzar de forma desmesurada als últims protagonistes de la cadena, els consumidors. Per aquest motiu cal que tots els agents socials ens plantejem "la convivència amb les drogues" com un repte amb el que aconseguir la reducció de riscos i danys en els propis consumidors/es i en el seu entorn immediat, però també des de l'àmbit de la salut pública.

Al marge dels imaginaris col·lectius que estableixen les pròpies fronteres de què es considera i què no una "droga" (sovint en termes dicotòmics basats en "la legalitat o la il·legalitat", "allò natural o allò sintètic", etc), considerarem que una droga és qualsevol substància

natural o sintètica que, al ser consumida altera l'estat d'ànim, percepció i/o conducta.

Insistim doncs, que una droga és una substància que per ella mateixa no pot considerar-se ni "bona", ni "dolenta", sinó que és la manera de vincular-se amb les drogues la que ens portarà a parlar de riscos i danys a les persones consumidores. En general la literatura especialitzada diferencia un consum problemàtic del que no ho és segons com afecta el consum en la salut física o mental en la pròpia persona; les seves relacions socials tant primàries (familiars, parella, amistats) com secundàries (estudis, treball) i en les relacions amb el marc legal i normatiu d'allà on viu.

No obstant, preferim parlar de consums problemàtics enlloc de dependència, ja que no podem oblidar que un consum recreatiu/experimental també pot esdevenir problemàtic si aquest es consumeix de manera excessiva, i de manera continuada en el temps. En alguns casos podem parlar que s'està produint una dependència quan hi ha un augment quantitatiu i qualitatiu de consum, fins al punt que no existeixen projectes de vida independents al consum. El consum de substàncies ja no sempre proporciona plaer, encara que l'anhel per aconseguir-lo segueix vigent amb l'objectiu d'evitar el desplaer.

En qualsevol cas, les respostes als problemes de les drogues es classifiquen segons tinguin l'objectiu en la reducció de la demanda, incloent les intervencions sanitàries i socials com la prevenció, la reducció de danys, el tractament o la reinserció social. O tinguin l'objectiu en les activitats de la reducció de l'oferta mitjançant el compliment de la legislació sobre drogues a través de la policia, el sistema de duanes i l'administració judicial.

Aquest document vol aprofundir en allò que les entitats del tercer sector treballem específicament: la reducció de la demanda. Tanmateix no podem desestimar les greus conseqüències que assumim en la nostra intervenció per part de les polítiques penals i de l'ús del dret penal en la lluita contra les drogues, i especialment contra el seu consumidor, que a part de veure's abocat a la petita compra-venta, està en situació d'inseguretat davant el sistema judicial, ja que necessàriament ha d'accedir al mercat il·legal pel seu consum propi. L'enduriment progressiu sobre les persones més vulnerables, la criminalització de la pobresa i la presó com a solució als problemes socials, són els danys col·laterals d'una intervenció penal que requereix de molts replantejaments.

Cal assenyalar que en la majoria de països europeus, la major part de les infraccions de la legislació sobre drogues es cometen

per consum o possessió per al consum, ascendint, segons l'Informe Europeu sobre Drogues 2013 a més d'un milió a tota Europa durant el 2011, i de les quals tres quartes parts van estar relacionades amb el cànnabis. Aquesta situació en alguns països es resol a través de la privació de llibertat i en d'altres a través de multes, advertències o treballs a la comunitat. L'enduriment d'aquestes legislacions se situen lluny de les propostes de mediació i penes alternatives que des de les entitats dedicades a l'atenció a les drogodependències defensem.

Espanya és un dels països més segurs d'Europa, amb una taxa de criminalitat de 45 delictes per cada mil habitants. Només Grècia (38) i Portugal (40) registren una menor delinqüència. No obstant això, la població reclusa espanyola duplica la mitjana europea, i supera amb diferència a l'existent a Itàlia, França o Alemanya.

A Espanya la presó s'acarnissa amb l'exclusió social i les drogues. Actualment, entre el 70% i el 80% dels més de 73.000 persones que hi ha a les presons espanyoles estan privades de llibertat per delictes relacionats amb les drogues, bé per delictes contra la salut pública i contraban d'estupefaents (una de les taxes més altes de la comunitat europea), o bé pel que es coneix com a delictes funcionals: accions comeses sota la influència de les drogues o per tal d'aconseguir-ne (tràfic, agressions, robatori,...). Per altra part, la proporció de persones internades en presons amb antecedents d'injecció de drogues és molt elevada (25,2%), així com el percentatge de persones que consumien alguna droga abans d'entrar a la presó, que és del 79,7%. Malgrat l'elevada incidència de problemàtica de drogues a les presons, que segons dades epidemiològiques arribaria a un 50% dels interns, només entre el 19% i el 21% de les persones recluses drogodependents és tractada de les seves addiccions.

El repte és important i cal participar des de tots els àmbits (sanitari, social, educatiu, judicial...) per donar una resposta a la problemàtica d'alta criminalitat associada a drogues i d'addicció en presons. La presó és un fidel reflex de la societat on els problemes es magnifiquen i multipliquen, i encara que sembli contradictori, un internament hauria de ser una oportunitat per a la inclusió i no a la inversa.

Cal tenir en compte que legislacions d'aquest tipus, i d'altres amb mesures més dures, recauen no només en les persones consumidores sinó també sobre les seves famílies, qui finalment acaben patint el gran rebuig social tant pel que fa als llargs processos de consum, als també llargs processos de curació com per la llosa de les mesures judicials que arrossequen les persones.

Emmarcar la complexitat i la diversitat del consum de drogues, els marcs polític-legals, els abordatges preventius i terapèutics i les diferents situacions que envolta la dimensió social del consum, són alguns dels temes que desenvoluparem sense perdre de vista els màxims afectats.

2. El consum de drogues i la dependència a les drogues

Les societats modernes han desenvolupat les seves pròpies relacions amb les drogues. Aquestes relacions s'han conformat en diferents patrons d'ús que reflecteixen no només la manera en la que les persones utilitzen les drogues sinó també les problemàtiques a les que poden estar exposats atès a aquestes pràctiques. Aquests diversos patrons són l'experimental, el recreatiu, el circumstancial, l'intensiu i el compulsiu (Duncan y Gold, 1982).

Usos experimentals i recreatius

Sense dubtes, el més freqüent és **l'experimental**: provar i/o consumir en comptades ocasions una o més d'una droga, soles o en combinació. A Catalunya gairebé el 90% de les persones entre 15 i 64 anys ha provat l'alcohol, el 72% ha tastat el tabac i el 28% ha provat el cànnabis, amb diferències rellevants pel que fa als homes i dones. Aquests consums per la seva naturalesa puntual, tampoc representen gaires o cap problema. El valor que tingui aquesta experiència inicial en el marc de les necessitats, expectatives i motivacions de la persona determinarà si el consum continua o no.

Taula 1. Evolució de la prevalença de consum de drogues segons moment de consum entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 2011

	Alguna vegada a la vida	En els últims 12 mesos
Tabac	72,7	38
Alcohol	89,2	74,2
Cànnabis	28,5	11,3
Èxtasi/drogues de disseny	3	0,3
Cocaïna en pols	8,3	1,5
Cocaïna base/crack	1,3	0,4
Al·lucinògens	2,5	0,3
Amfetamines/speed	2,2	0,1
Inhalants	0,6	0,1
Heroïna	0,5	0
Tranquil·litzants	13,2	7,7
Somnífers	6,9	3,9
Tranquil·litzants sense recepta	1,3	0,8
Somnífers sense recepta	1,1	0,7

Font: EDADES, Catalunya, 2011

Quan el consum es manté sol adoptar la forma d'un ús **recreatiu** que es produeix generalment en el context del grup i que acompanya a les experiències de l'oci nocturn, com després veurem. És un consum que es produeix pel plaer tant en contextos recreatius formals (com són les discoteques) com en informals (al carrer o a les llars) (Fletcher, Calafat, Pirona y Olszewski, 2010). Aquest consum busca produir un estat alterat, la potenciació del gaudi d'altres activitats i actuar com un "lubricant social". A l'actualitat existeixen diferents problemàtiques associades a aquest consum recreatiu com són la important introducció d'aquest tipus de consum entre els menors d'edat, els afartaments d'alcohol, les intoxicacions etíliques, les reaccions agudes per estimulants o l'aparició de noves drogues de riscos desconeguts.

L'Enquesta escolar sobre l'ús de drogues en estudiants d'ensenyament secundari (ESTUDES, 2011) realitzat pel Pla Nacional sobre Drogues desvetllava que el 62% dels enquestats havien participat en l'últim any a un "botellot" i el 53% l'últim mes. Tot i que el consum anual per càpita d'alcohol ha anat disminuint des de la dècada dels vuitanta, actualment, en el que portem del nou segle, les dades del

territori espanyol es mantenen en els 11 litres d'alcohol pur per habitant a l'any (OMS, 2014). Tanmateix, en paral·lel hem assistit a una important transformació en la manera en què ens relacionem amb l'alcohol, sobretot pel que fa a la població més jove. S'ha passat d'un model de consum "mediterrani" (freqüent i moderat) a un model "nòrdic" (concentrat i intensiu). Un consum intensiu d'alcohol ("binge drinking") que es defineix com el consum en una mateixa ocasió de 5 o més begudes alcohòliques per homes i de 4 o més en el cas de dones, i està relacionat amb majors riscos de patir conseqüències negatives, sobretot en contextos de joves i oci, que poden anar des del manteniment de relacions sexuals desprotegides o no desitjades, la conducció de vehicles sota l'efecte de l'alcohol o l'augment de situacions de violència.

Així mateix, en els contextos recreatius relacionats amb la música electrònica es troben formes de policonsum, que impliquen l'ús de dos o més substàncies de forma simultània, on l'alcohol té un paper rellevant. Les drogues consumides són principalment estimulants (cocaïna, amfetamina i èxtasi), tot i que també es consumeixen substàncies com la ketamina, LSD, bolets al·lucinògens, i sobretot de manera experimental, les anomenades noves drogues psicoactives. Aquestes drogues imiten els efectes de drogues clàssiques com el cànnabis, la cocaïna, l'amfetamina o l'èxtasi, però no estan dins les llistes de fiscalització d'estupefaents, i per tant la seva venda no està perseguida.

És cert que en l'àmbit del consum també existeixen consums clarament **circumstancials** o inclús **funcionals**. Consums que suposen un contacte esporàdic o ocasional, generalment autolimitat i per un propòsit específic que engloba des del cafè matinal a la marihuana per a reduir les nàusees, passant per ús d'estimulants per a rendir més, o consums orientats a canalitzar de manera immediata situacions de malestar.

Usos intensius i problemàtics

Algunes persones desenvolupen patrons de consum de drogues que són **intensius i persistents** en el temps. Es tracta de consums regulars que permeten a la persona funcionar en els diversos àmbits de la seva vida quotidiana però que ja mostra alguns signes de pèrdua de control sobre ells mateixos. A més a més, els intents per a reduir aquests consums poden anar acompanyats de sentiments de malestar que representen, moltes vegades, un motiu més per a mantenir-los amb l'objectiu d'evitar-los. Si aquests consums se segueixen produint malgrat les conseqüències negatives ja evidents que estan provocant en la persona parlem d'un consum **depenent** i evidentment problemàtic.

Aquests consums són els que més rellevància social tenen i pels quals existeix una xarxa pública i privada de serveis d'atenció. En aquests casos la persona ja no busca els efectes gratificants del consum sinó alleugerir o prevenir el malestar associat al no consum.

Cal destacar que la immensa majoria de consumidors/es de drogues no esdevenen consumidors/es problemàtics. Així ho demostren les dades d'EDADES 2011 recollides a la taula 1, on podem veure com el consum experimental considerat a partir de les dades de consum "alguna vegada a la vida" són molt superiors als resultats on es contempla el consum en els últims 30 dies.

L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, en el seu informe de l'any 2011 posa de relleu que almenys el 6,2% dels residents a Catalunya fan un consum d'alcohol d'alt risc. Un patró que es manifesta més prevalent en els homes (8,7%) que en les dones (3,7%), i que es concentra principalment en el grup de 15 a 44 anys (7,9%). En el mateix informe de l'any 2012¹ s'especifica que més de 5.600 persones van iniciar un tractament en centres d'atenció a les drogodependències per abús o dependència de l'alcohol.

Darrera l'alcohol, observem que el cànnabis és la droga il·legal més consumida a Catalunya. Segons l'Informe EDADES 2011 un 28,5% de la població de 15 a 64 anys va afirmar haver-ne pres alguna vegada, un 11,3% va consumir-ne l'últim any, un 8,1% l'últim mes i un 1,5% diàriament durant els darrers trenta dies. Una minoria significativa de consumidors de cànnabis ho fan de forma intensiva, és a dir, un consum diari o gariébé diari i es concentra en homes del grup d'edat d'entre 15 a 34 anys. Actualment s'observa una tendència creixent en la demanda de tractament del cànnabis, que arriba a l'any 2012 a representar el 13% dels inicis de tractament ambulatori al territori català.

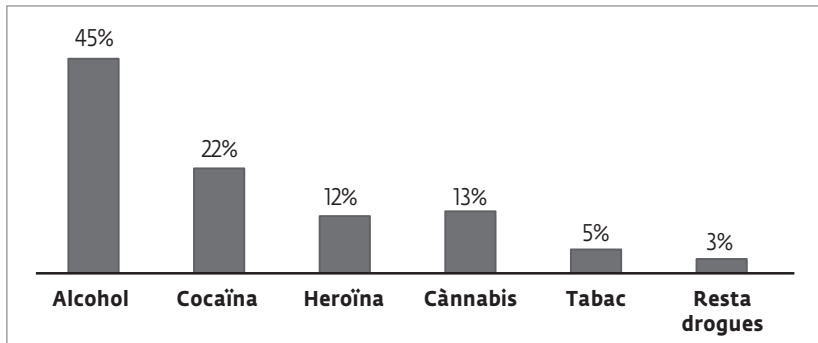
La cocaïna és la droga estimulants il·legal més consumida a Europa. A Catalunya el 8,4% de la població de 15 a 64 anys n'ha pres alguna vegada, l'1,5% n'ha consumit durant l'últim any i un 0,7% l'últim mes (EDADES, 2011). Sovint es consumeix esnifada tot i que en ocasions, certa població se l'administra per via parenteral o inhalada en el cas del crack. Cal apuntar que entre els i les consumidores habituals es troben aquells que en fan un ús més recreatiu, d'aquells que la consumeixen en el marc d'un problema de drogodependència crònic, en contextos marginals i juntament a altres substàncies. L'any 2012 més de 2.700 persones van iniciar tractament ambulatori per abús i dependència de cocaïna (Sistema

¹ Pendent de publicació. SIDC Informe Anual 2012 Agència de Salut Pública de Catalunya.

d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya, 2012). Si bé les morts per intoxicació aguda per cocaïna són infreqüents, és causant de moltes urgències hospitalàries en homes joves i possiblement té un paper important en algunes morts relacionades amb problemes cardiovasculars.

Finalment, pel que fa a l'heroïna, segueix sent la responsable d'una part desproporcionadament elevada de la mortalitat i morbilitat per consum de drogues a Europa. El perfil de consumidor d'heroïna és polítoxicoman i marcadament marginal, amb alts nivells de desocupació i sensellarisme. S'estima que 1,4 milions de persones presenta un consum problemàtic a Europa, entre 15 i 64 anys (2011), un consum d'alt risc per la salut atès la via d'administració i la seva relació amb la transmissió del VIH i altres malalties infeccioses i sobredosi. Segons l'Informe de Salut de Catalunya 2012, en aquell any, 7.103 persones segueixen programes de tractament substituït amb metadona i entorn de 1.500 persones van iniciar tractament en els centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències.

Gràfic 1: Inicis de tractament segons droga principal que motiva el tractament (12.579 casos notificats)



Tant l'ús intensiu com el compulsiu són definits en la Classificació Internacional de Malalties de l'Organització Mundial de la Salut com un síndrome de dependència en el que es produeix un desig intens o la sensació de compulsió de consumir una substància, dificultats per a controlar aquest consum, un estat d'abstinència fisiològic quan es redueix o finalitza el consum, tolerància, abandonament progressiu d'altres fonts de plaer o d'interessos, i persistència en el consum malgrat les conseqüències negatives obvies (OMS, 1992).

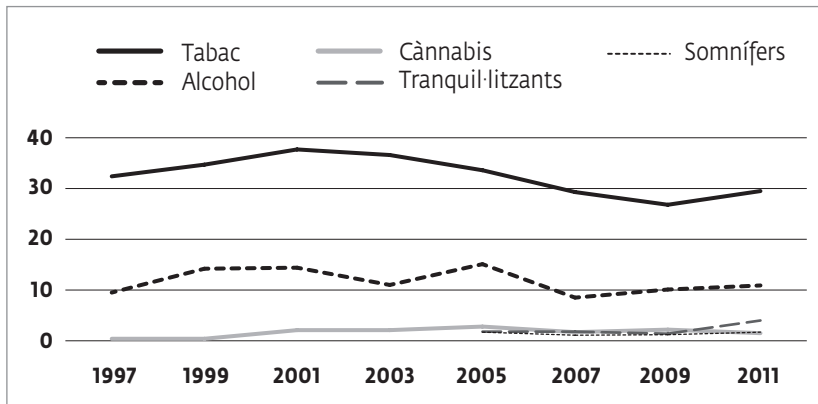
Aquesta classificació dels patrons de consum resulta útil en tant que ens permet cridar l'atenció sobre dos aspectes cabdals. En primer lloc, és evident que no tots els consums de drogues són problemàtics;

al contrari, existeixen consums que comporten pocs riscos per a la persona. Els efectes i riscos associats a l'ús de drogues depenen de diversos factors entre els quals destaquen la pròpia substància, com és consumida, la persona, com consumeix i el context en el que el consum es realitza (Zinberg, 1984; Newcombe, 1992).

En segon lloc, i contradient les tesis que durant anys van fonamentar i justificar la base de la política repressiva vers les drogues, hi ha evidències empíriques que mostren que no sempre es produeix una progressió lineal cap a patrons de consum més problemàtics. S'accepta que només una part dels que s'inicien en el consum d'una substància acabaran presentant patrons de dependència, tot i que aquesta proporció dependrà del tipus de substància consumida (Anthony, Warner y Kessler, 1994) i de la pròpia persona.

Aquest fet és rellevant atès que fins fa ben pocs anys, les aproximacions i abordatges sobre el consum acceptaven l'anomenada "**Hipòtesis de l'Escalada**" una teoria formulada a la dècada dels anys 50 per Denise Kandel que afirmava taxativament, que el consum de drogues legals és la porta d'entrada al consum de drogues il·legals; i que, per tant, existeix un encadenament bioquímic pel qual l'ús d'unes substàncies porta necessàriament al consum d'unes altres de major capacitat addictiva.

Gràfic 2: Evolució de la prevalença del consum diari d'algunes drogues entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya 1997-2011



Font: EDADES (Catalunya) 1997-2011, PNSD.

Al llarg dels anys i arrel de moltes investigacions i estudis aquesta formulació va anar evolucionant cap a plantejaments que consideraven aquests seqüència d'estadis de consum en termes de probabilitat més que no pas

de causalitat. Per tant, i segons aquests plantejaments, el consum d'una droga prèvia no implica necessàriament passar a consumir les següents drogues, però sí que en el grup d'aquells que consumeixen cànnabis hi ha pocs que prèviament no hagin consumit tabac i alcohol. El mateix succeeix en el grup dels que consumeixen altres tipus de drogues il·legals: hi ha pocs que no hagin consumit prèviament tabac, alcohol i cànnabis.

Malgrat les imprecisions i deficiències de la Hipòtesis de l'Escalada, les seves formulacions van quallar de manera molt important i van fonamentar, en bona part, algunes de les teories i models d'abordatge actuals.

A tall d'exemple, una vegada que s'inicia el consum, la dependència de la cocaïna tendeix a aparèixer de forma més precoç i explosiva que la d'altres substàncies, amb un 5-6% dels consumidors/es de cocaïna que presenten criteris per a un diagnòstic de dependència en el primer any de consum. Als 10 anys de consum, el 15-16% de consumidors/es presenten criteris per al diagnòstic de dependència. Pel que fa a l'alcohol i el cànnabis aquests percentatges són del 12-13% i 8% respectivament (Wagner y Anthony, 2002).

3. Models d'abordatge

Els models teòrics subjacents en l'abordatge al fenomen de les drogo-dependències han evolucionat molt al llarg del temps. Diversos autors i investigadors han proposat classificacions i estructures que s'han construït paral·lelament a l'evolució social, cultural i política i han constituït la base, i sovint l'origen, del foment de plantejaments, propostes i reformes polítiques i estratègies públiques en l'àmbit de les drogo-dependències.

Si als anys 60 es parlava de l'existència de tres models d'intervenció: el jurídic, el sanitari i el psicosocial, en el que el jurídic era el model dominant i els dos darrers tenien una influència residual; avui, aquesta preponderància ha basculat cap a posicionaments més sanitaris i medicalitzats.

El **model ètic-jurídic**, que va caracteritzar la dècada dels anys cinquanta, seixanta i setanta, entenia el fenomen del consum de drogues com una decisió de l'individu desviada i moralment incorrecta que no depenia, en cap cas, de determinants socials d'entorn i de context. En aquest sentit, el rol de l'Estat es fonamenta en l'impuls de mesures legislatives i policials repressives orientades a la regulació de la producció, venda i consum de drogues considerades culturalment il·legals (no a les institucionalitzades i que s'inscriuen en el codi cultural). Aquest sistema de creences i pràctiques entén que la finalitat de l'Estat i de les institucions és assolir un món lliure de drogues i un ésser humà abstinent.

Des del model jurídic se sosté la denominada "guerra contra les drogues", promoguda pels Estats Units i formalitzada en successives Convencions Úniques de les Nacions Unides. Aquest model s'ha mostrat poc o gens eficaç a l'hora d'eradicar les drogues i el seu consum. Per contra, ha donat lloc a conseqüències negatives directament atribuïbles com són la creació d'un comerç il·legal controlat per bandes criminals, una disminució de la qualitat de les drogues que suposa un risc per a la salut de les persones que les usen, un augment de la criminalitat especialment a les zones productores i de tràfic, un augment en les pràctiques corruptes i el deteriorament dels entorns urbans i ambientals, entre altres.

Com a resposta a aquest context es comencen a generar propostes alternatives, noves pràctiques d'intervenció orientades a prevenir i a reduir la incidència i els efectes perjudicials associats al consum de drogues. Es comencen a articular posicionaments teòrics i pràctics que reivindiquen l'efecte dels determinants socials i de salut en l'origen de l'ús i abús de drogues.

Sorgeixen models com el sociocultural i el psicosocial que, malgrat les diferències i posicionaments, en alguns casos, antagònics, entenen les addiccions com a quelcom més que una decisió estrictament personal de l'individu i entenen que el paper de l'Estat ha de desenvolupar propostes alternatives a les pràctiques prohibicionistes i punitives.

El **model sociocultural** es basa en la preeminència i influència del context social en les persones. Entén que l'addicció es produeix per la influència del context i pels efectes i conseqüències directes de les polítiques d'ocupació, d'habitatge, d'educació, etc. Així doncs, els factors claus que determinen el consum de substàncies, segons aquesta perspectiva, es troben en el marc legislatiu, institucional, social, cultural i polític del país no en una decisió lliure i individual de la persona. El consum de drogues és, per a molts ciutadans, una resposta alliberadora de les tensions i conflictes que els provoca el context social en el que viuen. Així doncs, la persona addicta és una víctima del seu entorn, un subjecte passiu enfront a factors externs, incapaç de fer front a la seva problemàtica ja que la solució només passa per la transformació del context i de les estructures socials.

Pel que fa a les respostes d'intervenció el model sociocultural opta per allunyar l'individu del seu ambient a partir de la seva incorporació en programes residencials en comunitats terapèutiques allunyades de l'àmbit urbà. Només amb el distanciament de l'individu del seu entorn, aquest serà capaç de refer-se i abandonar el consum.

El **model psicosocial o biopsicosocial** treballa la globalitat de la persona de forma integral i comunitària. És conegut com el model d'intervenció integral que, a diferència del model sociocultural, entén la persona com una construcció de sistemes indissociables: biològic, psicològic i social; així doncs, qualsevol intervenció amb l'individu ha de contemplar la vinculació d'aquests tres estructures per a ser rigorosa i reeixida. Aquest model global aborda el consum de drogues com un fenomen complex i multifactorial que s'explica per la conjunció de tres factors: la naturalesa de l'individu (amb atenció a les seves característiques sociodemogràfiques, factors o predisposició genètica, motivacions del consum, estat de salut general, entre d'altres); la substància consumida en el seu ample espectre (tipus de substància, quantitat consumida, freqüència de consum, via de consum, etc.); el context en el que s'inscriu l'individu tant pel que fa a l'entorn més proper (família, amistats, agents vinculats, etc.) com al més estructural (arquitectura legislativa, política, socioeconòmica, etc.).

És per aquest anàlisi tan complet que el model biopsicosocial assenyalava el millor camí en l'abordatge del fenomen de les drogues. És el garant de l'atenció global de l'individu des de la dimensió social a la sanitària; implementant mesures orientades a millorar la qualitat de vida de les persones i afavorint la seva implicació en el disseny, conceptualització i impuls de respostes. El model requereix l'articulació de propostes públic-privades estructurades per garantir una atenció integral. El paper de l'administració és central, però també, l'experiència i les proves demostren que les ONG i els grups de la societat civil són actors importants per la prestació de serveis de tractament, que poden anar des de la desintoxicació fins a teràpies psicosocials o grups d'ajuda mútua. La vinculació territorial i la flexibilitat de la seva intervenció han esdevingut cabdals en la detecció i atenció d'una realitat fluctuant.

Malgrat aquest model es reconeix com el més complet, des de fa temps el model dominant en l'abordatge del fenomen de les drogodependències és el **model mèdic-sanitari**, que comprèn l'addicció com una malaltia que té l'origen en les interaccions que es produeixen entre la bioquímica humana i les característiques farmacològiques de les drogues. Aquest arquetip menysté els determinants socials de la salut i l'atenció psicològica i la intervenció social és secundària i limitada. Promou la "medicalització" com a única resposta al fenomen i reivindicava la responsabilitat de l'estat en l'atenció d'aquestes situacions en els serveis propis del sistema sanitari i/o en la necessitat d'impulsar-ne de nous i de més especialitzats.

L'origen multicausal de les drogodependències i les diverses àrees i facetes personals que solen estar afectades, fan necessari plantejar un abordatge del problema des d'una perspectiva integral i integradora, que posi en joc diferents disciplines professionals, de manera que puguin contemplar els aspectes biològics, psicològics, socials i ocupacionals de cada persona afectada. En aquest abordatge interdisciplinari s'uneixen les aportacions de diferents àrees professionals, de manera que no es plantegen intervencions compartimentades, sinó que s'articulen en un procés dinàmic, flexible i personalitzat, capaç d'acomodar a les necessitats de cada individu i a les diferents situacions que es plantegen en les diferents fases del procés d'intervenció, mitjançant un sistema de avaluació contínua del pacient i de les seves circumstàncies, tenint en compte que la millora de cadascuna de les àrees afectades influirà positivament, de manera directa i immediata, a la resta.

Si observar la drogodependència com a malaltia va ser un avenç per tal de contrarestar l'estigma i criminalització del consum de drogues, cal ser vigilant en un excés hegemònic descriptiu de la realitat de consums, i en un excés de medicalització i abordatge farmacològic que oblidaria la dimensió multicausal de la problemàtica drogodependent. El recurs farmacològic és sovint per algunes persones el recurs establitzador necessari pel desenvolupament del tractament, però no suficient o substitutori de la integralitat de l'abordatge.

La psiquiatria clàssica, en un interès creixent i de discurs hegemònic vers la temàtica de les drogodependències, perdria la perspectiva d'abordatge holístic necessari vers aquest àmbit. Cal comprendre que les persones no són només processos científics en el marc de categories diagnòstiques, sinó que són un conjunt d'elements tant socials, com culturals, físics, etc.

En una consulta, Franco Basaglia explicava com "els serveis psiquiàtrics de caràcter preventiu, així com es projecten i actuen avui, queden inserits en la lògica econòmica que ha respost a la malaltia mental amb la segregació". D'aquesta manera explicaria com les respostes al tractament de les malalties mentals van directament relacionades amb la situació política i econòmica del territori. En aquest sentit entén que pertànyer a les classes més desfavorides pot generar una dependència de les institucions, que no intenten guarir sinó convertir la malaltia en un fet irreversible.

Així, seria interessant millorar la relació entre el ciutadà i la societat ja que és la manera de donar valor a l'ésser humà i no a la malaltia. D'aquesta manera es podria individualitzar les necessitats de la població i oferir el que la persona necessita en tots els nivells.

Models d'Abordatge	Posicionament vers les causes del consum	El paper de l'estat	Posicionament ètic	Consideració de la persona addicta	Respostes al fenomen	Crítiques
Model ètic-jurídic	El consum de drogues és una decisió que pren l'individu al marge de factors de risc. Aquesta decisió es considera moralment reprovable. No té en compte els determinants socials de la salut.	La responsabilitat de l'estat es limita a la regulació de la producció, venda i consum de drogues.	Les drogues i el seu consum és inacceptable. Tanmateix les drogues que es pretén eliminar són les no institucionabilitzades, les que es troben fora del context cultural.	La persona addicta és culpable de la seva situació.	Impuls de mesures legislatives i polítiques repressives que dificultin la producció, tràfic i consum de drogues que es consideren il·legals. Es vol assolir un món sense drogues i un ésser humà abstinent.	Model simplista i unidimensional. Els esforços repressius orientats als consumidors dificulten les mesures de salut pública per a reduir l'VIH/SIDA, les morts per overdosis i altres conseqüències.
Model mèdic o sanitari	L'addicció és una malaltia que té l'origen en les interaccions que es produeixen entre la bioquímica humana i les característiques farmacològiques de les drogues. No té en compte els determinants socials de la salut.	L'estat no pot limitar-se a legislar i penar el consum de drogues sinó que ha d'atendre aquest fenomen en els serveis sanitaris o crear serveis terapèutics específics.	La persona addicta és una persona malalta ja que l'addicció és originada per processos fisiològics o metabòlics. És per això que la persona es considera com un subjecte passiu i la solució procedeix únicament de la medicina i tecnologia.	Programes de tractament basats fonamentalment en la prescripció de fàrmacs.	Model simplista i unidimensional. El consum de drogues és un fet complex que no pot ser abordat sense contemplar el context social i l'estructura socioeconòmica i els aspectes psicològics i culturals de l'individu.	

Models d'Abordatge	Posicionament vers les causes del consum	El paper de l'estat	Posicionament ètic	Consideració de la persona addicta	Respostes al fenomen	Crítiques
Model socio-cultural	L'addicció es produeix per la influència del context.	Les problemàtiques associades a l'ocupació, l'habitatge, la discriminació, l'educació, etc. són els factors claus als quals l'Estat ha d'orientar la seva actuació per a evitar els consums problemàtics.	El consum de drogues és la resposta alliberadora que molts individus prenen enfront de les tensions provocades pel context social.	La persona addicta és una víctima del context social i és un subjecte passiu ja que la única solució és la transformació del context.	Aïllar l'individu del seu context a partir de programes residencials en comunitats terapèutiques situades en espais allunyats de l'àmbit urbà.	Inconcreció (el problema és la societat") i maximalisme ("cal canviar-ho tot").
Model psicosocial	Visió global i integradora del fenomen. Entén el consum de drogues com la interacció constant entre 3 dimensions: substància (i tot el que l'envolta), individu (en tot el seu conjunt) i el context (en sentit micro i macro).	Responsabilitat integral de l'estat. La resposta de l'estat ha de ser global i, per tant, ha de desenvolupar estratègies d'atenció socio sanitàries i de sistemes de governança que facilitin la coordinació entre diversos sistemes responsables.	Reconeix que el consum de drogues ha format i formarà part de la vida de l'ésser humà. Atès que aquest consum pot provocar problemes, es planteja l'objectiu de minimitzar els usos problemàtics sense posicionar-se directament contra el consum en si mateix.	La persona addicta no és culpable ni víctima. És un individu amb drets, que ha pres les seves decisions en un context i en un moment en el que interaccionen múltiples determinants socials, farmacològics i individuals. El individu és considerat un subjecte actiu, responsable del seu procés de millora.	Impuls d'accions d'atenció socio sanitària i de governança participativa involucrant a les famílies i a tots els agents implicats.	Cal seguir avançant en la complexitat d'aquest model de comprensió. I tenir més present la dimensió cultural.

4. Intervenció en drogodependències

Tractament i reducció de danys

Atès la complexitat del consum de drogues, durant els últims 60 anys un gran nombre d'abordatges s'han posat en pràctica i s'han avaluat extensament en diferents contextos socials i culturals. No tots ells s'han fonamentat en el respecte als drets humans i en el principi fonamental de l'elecció personal a l'hora d'ingressar o no en un programa de tractament, de complir-lo o de continuar-hi. De fet, un dels principis bàsics per a l'eficàcia dels tractaments és la lliure determinació i la motivació, tanmateix avui en dia, alguns països se segueixen aplicant sistemes de càstig i reclusió basats en una concepció delictiva del consum i per tant en el control policial com a mètode d'abordatge.

En qualsevol cas, a Catalunya ningú dubte que oferir tractament a les persones dependents de les drogues representa una estratègia eficaç. Només una minoria de totes les persones que consumeixen drogues desenvolupen patrons de consum dependents i requereixen un tractament. Una minoria que, a més, se sol concentrar en els col·lectius i territoris més marginals, on són més altes les taxes de trauma emocional, pobresa i exclusió social. Segons l'últim Informe Europeu sobre Drogues les dades sobre els consumidors que van iniciar tractament per drogodependències al 2011 de tota Europa demostren que la majoria d'ells estaven en situació d'atur y gairebé un de cada deu no disposava d'habitatge estable. Si observem les dades de les persones que han iniciat tractament l'any 2012 (SIDC, 2012) només el 30% disposen de feina. Aquesta dada és molt inferior en el cas de les persones que inicien tractament per heroïna i cànnabis, que se situen respectivament en un 14.3% i un 19.3%. Si bé, la baixa taxa d'ocupació dels i les consumidores d'heroïna s'explica per la situació de marginalitat del consum, en el cas del cànnabis, la jove edat de les persones que inicien tractament determina també la taxa, degut a les altes taxes d'atur juvenil a Catalunya.

En qualsevol cas, un primer pas de l'abordatge és assegurar la identificació de les persones dependents a través d'una àmplia xarxa de serveis derivadors preparats per avaluar de forma ràpida les circumstàncies de la persona i orientar-la al tipus de tractament més adequat, a l'hora que desenvolupar una xarxa d'atenció diversificada basada en l'evidència dels tractaments i no en els prejudicis ideològics, interessos polítics o exigències professionals que tantes vegades han determinat i segueixen determinant l'abordatge del fenomen.

En la recent història, el consum de drogues va arribar a ser la primera causa de mort a Espanya entre els joves de les grans ciutats a principis dels anys noranta. L'abordatge a través dels tractaments orientats a la desintoxicació, com a procés de retirada de la substància, esdevingueren insuficients i ineficaços davant l'epidèmia del consum d'heroïna, que en aquella època arribà a ser un dels tres principals problemes que detecta la població, juntament amb l'atur i el terrorisme. Tot i això els tractaments de manteniment amb metadona no s'introdueixen fins uns anys després degut a les restriccions legals, malgrat ser una de les intervencions, que combinades amb l'atenció psicosocial, demostraven més efectivitat per reduir la mortalitat, les infeccions i els problemes socials associats al consum de l'heroïna (Brugal, M.T, et al. 2000). És doncs il·lustratiu que en alguns casos les polítiques per reduir el consum poden augmentar el risc associat (mortalitat, delinqüència,...), com quan només s'ofereixen serveis dirigits a l'abstinència.

El concepte de "reducció de danys" sorgeix els anys 80 com a estratègia per respondre a aquests problemes associats al consum, i especialment a l'epidèmia de la VIH/Sida entre els usuaris/àries de drogues per via injectada. L'objectiu deixa d'estar enfocat a l'abstinència (plantejant-la com a opció), i es parteix de la idea que moltes persones continuaran en el consum, bé perquè no estan en condicions de realitzar un tractament de desintoxicació, perquè no s'apropen o no contacten amb serveis sanitaris, o bé perquè simplement no volen abandonar-lo.

La implantació de programes dirigits a la reducció de danys amplia les intervencions a tots els moments del procés de consum i de les característiques i factors del consum i del propi consumidor. Es defineix doncs, com a principal alternativa als abordatges més reduccionistes dirigits a disminuir la freqüència o incidència del consum de substàncies tòxiques, i s'entén com totes aquelles "polítiques, programes i pràctiques orientades principalment a reduir les conseqüències adverses sanitàries, socials i econòmiques derivades del consum de drogues psicoactives legals i il·legals, sense reduir necessàriament el consum de drogues" (Reducció de Danys Internacional-HRI). És un concepte que engloba tant a la salut pública com als drets humans, una estratègia fortament arrelada al humanitarisme que rebutja tot tipus de discriminació, estereotip i estigmatització del consumidor, i que contrasta amb les arrels basades en la prohibició del enfocaments centrats en l'abstinència.

L'avaluació dels serveis de reducció de danys ha estat exhaustiva, i la seva implantació es fonamenta en proves empíriques que responen a una molt bona relació cost-eficàcia en aspectes tant cabdals com la prevenció del contagi de malalties de transmissió sanguínia o l'accés a l'atenció de la salut de la població en consum actiu. És doncs un abordatge que garanteix no només un impacte provat en la persona consumidora, sinó també en la seva família/entorn pròxim i en la comunitat en general.

Actualment l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana l'ús de diverses intervencions simultàniament, ja que es maximitzen els resultats sanitaris i socials buscats.

Principals programes de REDUCCIÓ DE DANYS	Descripció	Objectius
Programa d'intercanvi de Xeringues	Subministrament d'equips esterilitzats per a la injecció	Reduir la morbimortalitat
Espais per al consum de drogues	Centres supervisats on les persones poden consumir les seves pròpies drogues (via injectada o fumada)	Disminuir la transmissió de la infecció per VIH, VHB i VHC de de, entre i cap els usuaris/àries de drogues
Programes de manteniment amb metadona	Opiaci de substitució que s'administra per via oral, amb una vida mitjana llarga i que bloqueja l'eufòria que es busca amb l'heroïna.	Incrementar la presa de consciència dels usuaris/àries sobre els riscos i danys associats als seus consums (sobredosi, accidents, comorbiditat psiquiàtrica, etc.)
Prevenció de sobredosis	Tallers educatius a persones usuàries, familiars o amics sobre la prevenció de les sobredosis i la distribució de naloxona, un fàrmac que anul·la la crisi respiratòria que pot conduir a la mort.	Disminuir els riscos i danys associats a l'ús de drogues, així com les conductes sexuals de risc entre els consumidors de drogues. Augmentar la qualitat de vida dels usuaris de drogues.
Prevenció, detecció i tractament de VIH i ETS	Tallers de salut sexual, distribució de preservatius, sistematització de proves de detecció i tractament del VIH.	Afavorir l'accessibilitat dels usuaris de la xarxa assistencial i la comunitat de serveis. Incrementar la retenció als tractaments.

Els programes de reducció de danys no s'implanten a Catalunya fins els anys 90. Intervencions bàsiques i implantades són els programes d'intercanvi de xeringues, espais de consum de drogues, els tractaments

de substitució d'opioides amb metadona o buprenorfina, els programes de prevenció de sobredosi, entre altres. Cap d'aquests programes actua com a compartiment tancat i excloent, sinó que les persones en fan ús complementària i simultàniament: usuaris de programes de metadona participen en tallers de sexe segur o prevenció de sobredosis, etc.

Tot i això, un dels programes amb més evidències d'eficàcia que a Catalunya encara no s'ha implantat és la dispensació d'heroïna. Es dirigeix a població consumidora d'opiacis resistent a la vinculació dels programes amb metadona i consisteix en l'administració ambulatoria d'heroïna oral o injectada. Aquest programa aconsegueix alts índex de vinculació sanitària de la població usuària i garanteix el control sanitari de la substància, a més de ser l'estadi previ als programes amb metadona.

Les millores aportades pels abordatges de reducció de danys (RDD) tant en termes de salut com de qualitat de vida per a la població drogodependent, reduint la mortalitat i la comorbiditat en aquesta població, disminuint la problemàtica delinqüència i conflicte en l'espai públic i aportant millores en les condicions de vida de les persones, han contribuït de forma determinant i amb àmplia evidència acumulada en la millora d'aspectes de la salut pública i la seguretat.

El tractament de manteniment amb metadona és l'abordatge farmacològic més eficaç de la dependència d'heroïna, però com qualsevol intervenció terapèutica té limitacions. Un grup significatiu de pacients continua amb el consum actiu d'heroïna malgrat rebre el tractament amb metadona. En altres casos és el consum de substàncies no opioides, com la cocaïna, el problema que complica seriosament el maneig d'aquests usuaris.

Ampliar els programes substitutius, especialment pel que fa els que es realitzen amb prescripció de la mateixa heroïna, presents en països com Holanda o Suïssa des de fa molts anys amb àmplia evidència, ha estat una limitació i desavantatge important en l'atenció a població en situació de marginalitat i cronicitat de consum problemàtic. La resposta s'ha canalitzat per l'important aportació dels serveis d'atenció de baixa exigència amb els espais per a consum supervisats. Ara bé, particularitats de millora d'atenció i pronòstic dels usuaris haurien estat possibles amb el recurs de substitució per heroïna, que permeten afirmar que:

- Pot efectuar un programa de dispensació d'heroïna intravenosa sense que aparegui cap problema logístic insalvable, sempre que es disposi dels mitjans necessaris;

- L'administració sanitàriament controlada d'heroïna injectable és segura;
- Els pacients aconseguixen mantenir-se en una dosi estable d'heroïna injectable;
- La dispensació mèdicament controlada d'heroïna injectable presenta una elevada taxa de retenció en el programa, disminueix significativament el consum de substàncies psicoactives no prescrites, redueix l'activitat delictiva i millora l'estat de salut i la integració social.

Diferents assaigs clínics aleatoritzats realitzats a Suïssa i Holanda, corroboren aquestes dades. De fet, ja fa anys que a Suïssa aquests programes ja no tenen un caràcter experimental i són considerats com una alternativa terapèutica més. Els pacients tractats amb heroïna injectable (la majoria van rebre també, almenys en alguna ocasió, metadona o sulfat de morfina oral), en un assaig suís, van presentar, en comparació amb el grup control tractat amb metadona, uns nivells significativament inferiors de consum d'heroïna i benzodiazepines no prescrites. Els pacients tractats amb heroïna també van cometre menys delictes contra la propietat i van presentar més millores respecte a la salut mental i el funcionament social. Un doble assaig holandès va avaluar l'efecte de la co-prescripció d'heroïna. És a dir, l'eficàcia del tractament de manteniment amb metadona combinat amb heroïna inhalada o injectable, en comparació amb el tractament de manteniment estàndard únicament amb metadona. L'anàlisi per intenció de tractament va mostrar que la co-prescripció d'heroïna era significativament més efectiva que el tractament estàndard tant en l'assaig amb heroïna inhalada com en el d'heroïna injectable.

Salvar traves i dificultats per poder comptar amb un repertori de recursos farmacològics i de tractament com serien els de dispensació d'heroïna continua sent rellevant per una part de població, que justament es la que es troba en major vulnerabilitat i marginalitat, i respecte la que els aspectes de seguretat impacten en major proporció.

Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya

El que avui coneixem com la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències té els seus orígens en les iniciatives de les entitats municipals, provincials i d'entitats sense ànim de lucre que creen les primeres respostes d'assistència, inserció i prevenció. No és fins l'any 1985 que s'aprova la Llei de prevenció i assistència en matèria de substàncies que es treballa en el conjunt de mesures del Pla català de drogodependències i es planifica la Xarxa

d'Atenció a les Drogodependències (XAD), a hores d'ara integrada funcionalment en la Xarxa de Salut Mental, que té per objectiu assegurar la continuïtat d'atenció en l'àmbit social i sanitari, els mecanismes d'inserció social i laboral i evitar l'exclusió social dels drogodependents.

Actualment, Catalunya compta amb un mapa de recursos ampli en els que els Centres d'Atenció i Seguiment amb programes de tractament i de reducció de danys en són el centre des del qual s'articulen la resta de dispositius com les Comunitats terapèutiques, les Unitats Hospitalàries de desintoxicació, els Hospitals de Dia, les Unitats de Patologia Dual, els Centres d'integració social (centres de dia i pisos terapèutics) o les Unitats de crisi. El desenvolupament de la xarxa s'ha realitzat en un marc de consens polític estable que ha patit puntuals desequilibris, especialment amb la planificació i implantació de les sales de consum supervisat i per la forta oposició veïnal en territoris concrets de la ciutat de Barcelona.

Principals dispositius de la XAD

Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (UHD)	Unitats d'ingrés hospitalari de curta estada dirigides a iniciar tractaments de desintoxicació o manteniment amb agonistes/antagonistes opiacis de drogodependents que ha fracassat en un mitjà ambulatori.
Unitats de Patologia Dual	Unitat d'hospitalització específica per l'atenció a persones amb patologia dual dirigit a persones que per les seves característiques clíniques o per la presència de trastorns greus del comportament no puguin ser adequadament atesos en les xarxes assistencials de salut mental o de drogodependències.
Comunitats Terapèutiques	Serveis d'acolliment residencial de caràcter transitori que proporcionen a les persones l'acolliment, la cura, la vida comunitària i el seguiment necessaris per facilitar-los la integració social.
Centres de Dia	Serveis d'acolliment diürn que desenvolupen activitats d'inserció social complementàries als processos de tractament terapèutic. Inclouen programes de caràcter ocupacional, d'ensenyament prelaboral i laboral i d'adquisició d'hàbits i de responsabilitats.
Centres d'Atenció i Seguiment (CAS)	Centre de tractament ambulatori per a les persones que pateixen problemes per l'ús, abús o dependència a tot tipus de drogues, excepte tabac. Ofereixen informació, orientació i un tractament tenint en compte el tipus d'addicció i les seves conseqüències a nivell orgànic, psiquiàtric, psicològic, comportamental i la desestructuració de l'entorn social, familiar, laboral, que això comporta. Els programes d'intervenció es realitzen des d'un abordatge mèdic i/o psiquiàtric especialitzat, psicològic i socioeducatiu.

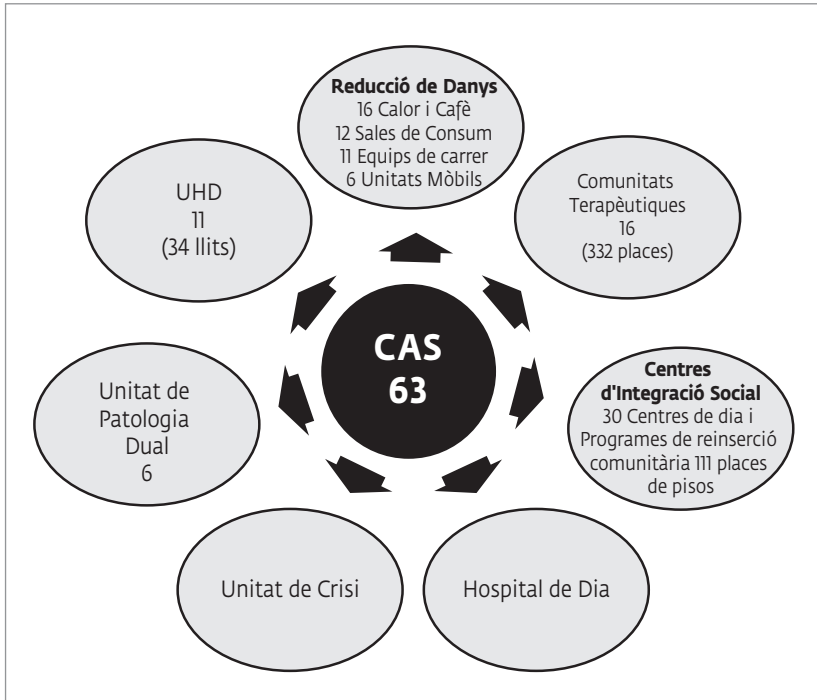
Més enllà de malestars psicològics i mancances personals d'origen o pel curs d'un llarg consum de drogues, més enllà de feixugues motxilles de problemàtica judicial o de salut o de l'afebliment de les relacions familiars, moltes persones viuen en una realitat de pobresa que els situa en un encara major desavantatge per a la inclusió. Una part important pateixen exclusió social i precarietat extrema.

La continuïtat d'atenció social i l'adequació de recursos per a l'atenció i acompanyament a la inclusió social de la població drogodependent comprèn des de l'atenció a necessitats bàsiques, suport socio-familiar o serveis d'inserció laboral. Tanmateix, sovint la visió mèdica de les drogodependències ha deixat el desenvolupament dels abordatges sociolaborals en una segona línia, en molts casos supeditats a la finalització de la superació de la drogodependència o a la tinença d'habitatge estable. Aquesta lògica pot excloure justament a la població que més ho necessita, i que per llargs processos de marginalitat difícilment es vinculen als recursos normalitzats per a la recerca de feina o l'accés a l'habitatge. És per tant important la posada en marxa de projectes coetanis als processos de recuperació de la dependència que s'adaptin en espai i recursos al perfil de la població més desafavorida socialment.

Ara, quan les dificultats i pobresa en la població general de Catalunya és més present, és quan les mancances de recursos de suport social i acompanyament a la inclusió en aquests col·lectius es troba més faltar, ja que:

- Els processos d'atenció i la favorable evolució vers el canvi i autonomia es dificulten i allarguen.
- L'accés a recursos de segon nivell de la xarxa per atenció especialitzada es menor per manca de recursos pel copagament. L'accés a la RMI, que era recurs a la inclusió a través d'accés a recursos, s'ha reduït dràsticament.
- L'accés a l'habitatge i el treball es per a molts un miratge desmotivador.
- Les oportunitats de suport en un context de competitivitat de recursos socials limitats i cada vegada més escassos els situa en desavantatge.

Recursos d'àmbit assistencial de la XAD de Catalunya



Prevenció i reducció dels riscos

La prevenció, literalment, es defineix com l'acció d'evitar que quelcom es produeixi i, en l'àmbit que ens ocupa, es refereix a tot aquell conjunt d'accions que es desenvolupen abans que els danys apareguin. En l'àmbit de les polítiques sobre drogues encaixa en l'anomenada "reducció de la demanda" que té com a finalitat "entrenar als individus per tal que, si els hi ofereixen drogues, les rebutgin de tal manera que aquest fet contribueixi a reduir la demanda de drogues que circulen en el mercat en una comunitat, regió o país determinat (Becoña, 2002, p. 68).

En general la prevenció s'emmarca en un conjunt més ampli d'accions de salut pública mitjançant les quals es pretén propiciar estils de vida positius, saludables i autònoms a través de l'assoliment de certs objectius de l'Estratègia Nacional sobre Drogues 2009-2016: (1) Promoure una consciència social sobre la importància dels problemes relacionats amb les drogues, sobre la possibilitat real d'evitar-los i la importància de què la societat en el seu conjunt sigui part activa de

la solució; (2) Augmentar les capacitats i habilitats personals de resistència a l'oferta de drogues i als determinants dels comportaments problemàtics relacionats; i (3) Ajustar l'edat d'inici del contacte amb les drogues. A més, per aquelles persones que consumeixen drogues es busca reduir o limitar els danys produïts a la seva salut. En definitiva, la prevenció busca "ajudar als i les joves a ajustar la seva conducta, capacitats i benestar en àrees sotmeses a múltiples influències com les normes socials, la interacció amb els iguals, les condicions de vida i els seus propis trets de personalitat" (EMCDDA, 2013).

Les estratègies preventives són diferents en funció del grau de vulnerabilitat que té la persona o grup de desenvolupar problemes derivats de l'ús de substàncies. Així, existeixen quatre grans tipus d'estratègies: la prevenció universal, la selectiva, la indicada i l'ambiental. La prevenció del tipus universal s'adreça a totes les persones que resideixen en una àrea geogràfica determinada (un país però també una comunitat individual o un centre educatiu), independentment del seu nivell de vulnerabilitat. De fet, assumeix que totes les persones comparteixen el mateix grau de risc. Aquest tipus de prevenció busca reduir els comportaments de risc relacionats amb l'ús de drogues proporcionant-los-hi les competències necessàries per a evitar o postergar l'inici com si fos una "vacuna conductual". Els programes de prevenció universal que es realitzen més sovint són els desenvolupats en els centres educatius adreçats a pares, els d'oci alternatiu i les campanyes publicitàries.

La prevenció selectiva s'orienta a grups, famílies o comunitats concretes que tenen un major risc que la resta de la població de desenvolupar problemes relacionats amb l'ús de drogues. Aquest increment del risc pot ser degut tant a característiques personals com a factors socials, demogràfics i/o ambientals. Exemples d'aquest tipus d'intervencions són les adreçades als fills i filles de persones consumidores problemàtics de drogues, menors internats en centres de protecció, joves que assisteixen de manera habitual a espais d'oci nocturn relacionats amb la música electrònica i el ball.

En tercer lloc, la prevenció indicada pretén identificar a aquelles persones consumidores amb problemes psicològics o de conducta que poden conduir a una situació d'abús de drogues i intervenir amb elles amb programes específics. En aquests casos l'objectiu no és necessàriament el fet de prevenir el consum, sinó disminuir la freqüència de consum i/o prevenir certs consums de risc, evitar problemàtiques associades i impedir el pas a una dependència de la substància.

Finalment, les estratègies ambientals busquen alterar els entorns culturals, socials, físics i/o econòmics immediats en els que viuen les persones. Parteixen de la premissa que el consum de drogues no té a veure només amb factors individuals sinó que també està influït per la confluència complexa de factors contextuais entre els que estan, per exemple, les actituds socials d'aprovació o desaprovació de l'ús de drogues, les lleis sobre la matèria, la publicitat (per exemple de begudes alcohòliques), o la disponibilitat de drogues.

S'ha treballat molt en els últims anys amb l'objectiu d'avaluar les diferents polítiques i programes preventius i determinar quines són les que produeixen els millors resultats esperats. Per això l'enfocament utilitzat ha estat el de recollir les evidències científiques aportades per estudis ben dissenyats i elaborar recomanacions i guies de bones pràctiques pel seu desenvolupament. Així, per exemple, sabem que les intervencions motivacionals breus són eficaçes en certs grups de població (prevenció selectiva i indicada) mentre que les campanyes publicitàries a través dels mitjans de comunicació són ineficaçes a l'hora de prevenir el consum. Per algunes intervencions (per exemple, les intervencions parentals) els resultats encara no són definitius i en d'altres intervencions encara no es disposa de prou informació. Existeixen intervencions que, tot i assolir resultats modestos, resulten cost-efectives atès que inclòs una lleu disminució en l'ús de drogues per part de certs grups (per exemple, els menors d'edat) produeix beneficis substancials (Strang et al., 2012).

Per criteris d'eficiència considerem que és necessari orientar les accions preventives cap a població de major risc (prevenció selectiva i indicada). Aquestes accions han de tenir en compte, no només la substància que es consumeix, sinó a la pròpia persona i el context específic en el que es troba. Un d'aquests col·lectius són els joves. El consum de drogues és una realitat per a molts d'ells. Forma part dels seus hàbits d'oci nocturn, amb un rol facilitador i/o potenciador de la experiència recreativa. El grup d'iguals es converteix en font d'informació sobre les substàncies, sobre els seus riscos i sobre com consumir-les. Per tant, les estratègies preventives basades en la promoció de l'abstinència no funcionen en ells i, en moltes ocasions, aquestes estratègies basades en el recurs de la por o en una exageració dels riscos no troba reflex en les seves experiències amb les drogues.

La reducció de riscos i danys en població jove consumidora de drogues busca entrar en contacte amb ella a través de diferents estratègies. Des de finals dels anys noranta, a Europa han aparegut diferents

iniciatives que es desplacen a llocs de trobada dels joves i els apropen informació adaptada, objectiva i d'utilitat sobre els riscos de les substàncies que consumeixen i sobre estratègies per abordar un consum de menor risc. Aquestes iniciatives estan endegades per iguals procedents dels mateixos espais i coneixedors de les realitats sobre les que intervenen i dotats d'una credibilitat que no tenen altres agents preventius. A més, aquests programes han incorporat accions a través de les tecnologies de la informació i comunicació adaptant els continguts i formats als nous mitjans utilitzats pels joves.

Una menció especial mereixen els serveis d'anàlisis de substàncies operats per aquests projectes. A través de d'anàlisis, entren en contacte amb la població jove amb un recurs molt adaptat a les seves necessitats i interessos (conèixer la composició de les drogues que consumeixen), permeten la monitorització dels mercats de drogues (pel que fa a la puresa i adulteracions, però també pel que fa a noves substàncies i formats) i formen part de sistemes d'alerta precoç. A Espanya les organitzacions amb serveis d'anàlisi estan incorporades en el "Sistema de Alerta Temprana Español" del Ministeri de Sanitat que, a la seva vegada, informa al Sistema d'Alerta Europeu, i contribueix a la gran base de dades europea per a l'intercanvi ràpid d'informació entre organitzacions que treballen en contextos recreatius d'oci nocturn.

5. Drogues i crisi avui

El *Plan Nacional sobre Drogas* realitza bianualment dues enquestes orientades a conèixer la prevalença del consum d'alcohol i altres drogues entre la població del conjunt de l'Estat Espanyol. Aquestes són l'Enquesta Estatal sobre Usos de Drogues en Estudiants d'Ensenyament Secundari de 14 a 18 anys a tot l'Estat Espanyol (ESTUDES), i l'Enquesta en població General sobre Alcohol i Drogues a Espanya resident en llars (15-65 anys). Els últims resultats d'ambdues enquestes mostren una estabilització del consum, on no sembla evidenciar-se que la crisi estigui modificant significativament els nivells de consum de drogues.

No obstant, ambdues enquestes estan orientades a recollir dades entorn als períodes de consum (alguna vegada a la vida, l'últim any i l'últim mes) però en canvi no entren a analitzar les relacions entre els factors de risc i el consum, i semblen ser poc sensibles en la detecció de possibles nous escenaris derivats del context social i econòmic del moment. Malgrat no disposar d'instruments prou sensibles per

detectar els possibles efectes de la crisi en el consum de drogues, existeixen raons per pensar que el context actual de crisi està tenint un impacte negatiu i el pronòstic no és precisament esperançador; empitjorament dels factors estructurals de vulnerabilitat i el deteriorament de la capacitat de resposta.

En relació als efectes de la crisi trobem perspectives d'anàlisi ben diverses. Existeix una lectura orientada a la disminució de les despeses dedicades al consum, com a conseqüència de la reducció del poder adquisitiu de la població amb dificultats per a sortir de l'atur ([Costa, de Grawe i Reuter (2011)]. Un posicionament que situaria els contextos econòmics recessius com a efectes preventius del consum. Davant d'aquest posicionament només voldríem afegir que si es donés el cas, no hauríem d'abaixar l'alerta ja que sota la mateixa lògica un cop superada la situació de precarietat econòmica es podrien recuperar les pautes de consum anteriors.

Però més enllà d'aquesta lectura, l'experiència d'intervenció en l'àmbit de drogues ens fa pensar, tal i com apunten Bretteville-Jensen (2011) que els contextos de crisi s'adapten a la disminució del poder adquisitiu dels consumidors/es abaratint les substàncies i fent-les més assequibles a col·lectius afectats per situacions de precarietat econòmica. Hi ha nombrosos estudis que apunten un augment del consum en aquests períodes.

Arkes (2011) i Chalmers i Ritter (2011) analitzen l'impacte que les taxes d'atur tenen en el consum de cànnabis a Holanda i Austràlia, respectivament. Els resultats de la recerca d'Arkes conclouen que tant en adolescents com en joves adults, el consum de cànnabis es veu incrementat a mesura que també ho fa l'atur. Els motius que assenyalen d'aquest augment s'expliquen per l'atracció que pot generar la venda il·legal de cànnabis en contextos econòmics recessius.

En aquesta línia el govern espanyol va revelar que l'any 2013 s'havia duplicat el tràfic de drogues al territori, degut a la duració de la crisi. Pel que fa a la cocaïna el 2013 es van confiscar 14,9 tones front les 6,9 del 2012 i les confiscacions de haixix van augmentar un 30%, i tot i que la meitat van entrar per mar, la resta va ser introduïda per terra per persones que practiquen el la petita compra - venda. A partir d'aquesta lectura podríem apuntar a que la venda il·legal de substàncies pot esdevenir un pol d'atracció per a persones en situació de vulnerabilitat econòmica, que veuen en el petit tràfic una sortida econòmica en contextos de crisi.

Pel que fa al consum també observem canvis en relació a les substàncies. En la tasca diària en el territori s'ha detectat un augment del consum d'heroïna per part de consumidors habituals de cocaïna injectada degut a què els efectes de l'heroïna són més estables i la intensitat en la despesa se redueix. Així mateix, també en el consum injectat es detecta l'ús de noves substàncies derivades de les cationes, que tenen un menor cost, tot i que augmenten el risc en el consum. Fet que també s'observa en un ús més recreatiu, on s'ha augmentat el consum d'amfetamines i speed com a substituïts de la cocaïna. Finalment, en l'anàlisi de substàncies, la irrupció de les legal highs (drogues no fiscalitzades en els registres de Nacions Unides) pot respondre no només a l'interès del consumidor en sortejar la fiscalització sinó també al seu baix preu.

En qualsevol cas el que costa més de mesurar és la dimensió subjectiva de la crisi sobre les persones. Paul Lasarfeld, Marie Johada i Hans Zeisel van obsequiar-nos amb una gran obra mestra titulada *Los parados de Marienthal*, on s'exposaven les nefastes conseqüències de l'atur sobre la identitat de les persones aturades. El retrat més dur de la depressió dels anys 30 que malauradament avui és vigent a moltíssimes llars del nostre país. La pèrdua de confiança en un mateix, l'acceptació resignada de la pèrdua de les condicions de vida anteriors a la crisi; sentir-se abandonat/da, inútil socialment, humiliat. Aquest terrible drama humà descrit els anys posteriors del crack del 29 està també fent estralls els darrers anys en els nostres pobles i ciutats. Experiències psicològiques negatives que avui sabem que inclouen majors simptomatologies depressives entre les persones que pateixen l'atur i la precarietat laboral, i també, majors probabilitats d'alcoholisme i dependència a psicofàrmacs [(Dooley, Catalano i Hough, 1992); (Ezzy, 1993,); (Jin, Sha, Svoboda,1995)].

En relació al consum d'alcohol si comparem dades de l'Estudi Screen 2006 i l'Estudi IMPACT 2010 en el que mesuren l'impacte de l'actual crisi econòmica en la prevalença dels trastorns mentals més freqüents en l'atenció primària observem un increment relatiu de dependència d'alcohol del 11,6% i un 4,5% de l'abús de la mateixa substància.

En l'àmbit de la salut mental sembla que hi ha més unanimitat en afirmar que les recensions econòmiques exerceixen un impacte negatiu per factors vinculats principalment a l'atur [(Stuckler, Basu, Suhrcke, 2009); (Chen, 2012)]. Tot i així acostumen ser estudis centrats en la depressió, i no tan en l'abús de substàncies. No obstant si que observem un augment de la prescripció de tractaments

psicofarmacològics com a resposta a simptomatologies de malestar. El consum de fàrmacs hipnosedants ha passat del 5,1% al 2005 a un 11,4% al 2011 (EDADES 2011), convertint aquesta droga en la més utilitzada, per davant del cànnabis.

Altres dades de referència podrien ser les que recull IMS Health que inclouen el nombre de medicaments venuts a través de majoristes a les oficines de farmàcia. Segons aquestes dades veiem com al 2009 es van vendre a Espanya 123,708 milions d'envasos de psicofàrmacs, i al 2012 un total de 128,796 milions, produint-se un augment del 4%.

Finalment, tothom sap que la culpa de la crisi econòmica malgrat no estar situada en la població es qui l'està pagant, i no només en termes de costejar el deute produït per bancs i governs si no també a través d'una pèrdua en recursos d'educació, de salut i de benestar social originat per una reducció de pressupostos per aquestes prestacions.

Fins ara, la despesa total de salut s'ha reduït un 15% en Catalunya. Pel que fa a aspectes referits a drogues això es reflexa en:

- Una reducció molt important en tota l'activitat preventiva, sobretot aquella que depenia de pressupostos d'àmbit municipal.
- Activitats que proporcionen atenció directa als individus han estat prioritat sobre altres activitats que s'han reduït de forma molt significativa com la formació de professionals, la investigació o la producció de materials educatius, entre altres.
- Malgrat que fins ara a Catalunya no s'han tancat centres d'atenció, alguns serveis han reduït hores d'obertura i/o han reduït en personal i activitat. Per altra part, s'ha aplaçat l'obertura de nous serveis que havien estat projectats. La millora de l'eficiència dels centres i un alt compromís dels treballadors dels serveis i gerents ha compensat l'impacte de la reducció d'inversió pressupostaria.

El sistema d'informació sobre drogues (admissió i atenció en drogues, centres de tractament i centres de reducció de danys, enquestes sobre el consum, indicadors de morbiditat i la mortalitat, admissió d'emergència als hospitals, etc.), no ha estat capaç de detectar canvis importants des del començament de la crisi, però això podria ser degut a que el sistema no és capaç de supervisar els canvis en desenvolupament, i que la transformació va a un ritme lent.

6. Conclusions

En un moment en què cada cop més es demana l'avaluació dels resultats en la intervenció en matèria de drogues, més constància tenim de l'àmplia evidència del fracàs de la prohibició de certes drogues en el marc de les convencions internacionals. No tan sols els objectius dirigits a la reducció del consum i a la disminució del mercat de drogues il·lícites no s'han acomplert, ans el contrari, s'han ampliat els costos addicionals pel benestar i la seguretat de la societat en general i dels i les afectades en particular.

Igual que tot consum de drogues comporta riscos, les polítiques també presenten riscos de mostrar-se inefectives en el seus propòsits, o comportar conseqüències negatives que d'antuvi en el seu disseny i implementació no s'havien previst.

La pròpia UNOD reconeix alguns del efectes negatius que s'han després de les convencions internacionals de la política prohibicionista, aquella que es va anomenar de "guerra contra les drogues", centrada especialment en aspectes de control de l'oferta. Així assenyalava que:

- S'ha creat un mercat negre criminal -de proporcions considerables.
- El desplaçament de la polítiques a una inversió prioritària en control d'oferta i repressió que ha comportat una assignació d'escassos recursos cap a la salut.
- Un efecte del desplaçament de la producció, del trànsit i del subministrament constant com a resultat dels sistemes de persecució i fiscalització del mercat il·legal de drogues, i no d'eliminació.
- El desplaçament del consum a substàncies diferents.
- L'estigma i discriminació de les persones que usen drogues, impedit o dificultant a el tractament.

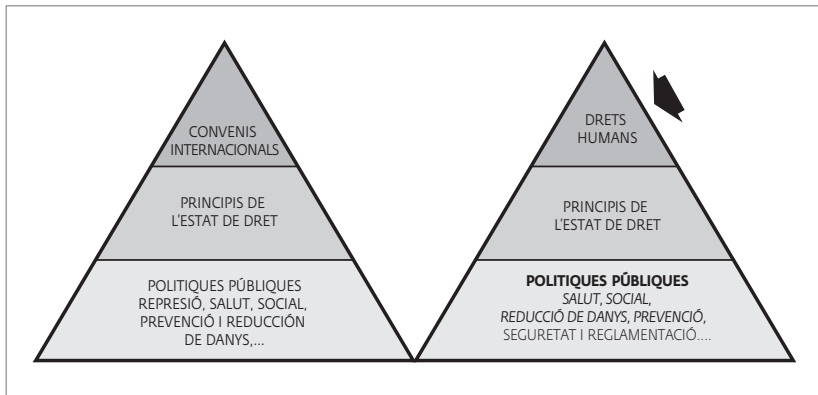
Aquestes conseqüències negatives esmentades es poden presentar de manera diversa pel que fa a intensitat i cruessa segons territoris o països, ja sigui pel seu emplaçament en el marc geopolític de mercats i guerra a les drogues, la severitat de les pròpies lleis i/o la disponibilitat de recursos públics d'atenció a la població amb problemàtica de drogues. Tanmateix, a tot arreu es pot constatar el fracàs i els efectes negatius d'aquestes polítiques, amb conseqüències negatives com:

- L'amenaça a la salut pública i la propagació de malalties i mortalitat.
- La generació de delinqüència, corrupció i enriquiment criminal.
- La pèrdua en el reconeixement i respecte de drets humans.

- La promoció de l'estigma i la discriminació de consumidors.
- El desaprofitament d'importants sumes d'inversió, quan en certs països les economies han estat soscavades.
- L'obstaculització del desenvolupament, l'afebliment de la seguretat i un increment del conflicte en certs territoris.
- La desforestació i contaminació en zones productores.

Així doncs, la constatació del fracàs i dels efectes negatius ha portat que cada vegada hi hagi més persones d'àmbits diversos (experts en recerca, prevenció o atenció; persones de renom polític; professionals de la judicatura o del món policial, etc.) que s'inclinin de manera més insistent a obrir debat i proposar polítiques alternatives que tinguin en compte el context local, cultural i de necessitats dels territoris on s'apliquen, sense obviar per això la dimensió del fenomen en un món globalitzat.

Diferències substancials



Unes propostes alternatives de polítiques que siguin fiscalment responsables i redueixin de forma dràstica el nivell d'encarcerament i criminalització existent en població consumidora o relacionada amb el petit tràfic o delictes funcionals. Unes polítiques que es fonamentin en evidència, i estiguin basades en la salut pública i els drets humans.

És en tant que les polítiques es re-considerin a la llum dels resultats obtinguts al llarg dels darrers 40 anys d'implementació (Convenció Única d'estupefaents de 1961) que existiran més possibilitats de jugar a favor de les persones i de les comunitats en situació de risc, vulnerables i/o afectades, i a aportar seguretat, benestar i millora en la salut pública.

La millora en abordatges preventius i la qualitat d'atenció i salut pública, com també de seguretat, passa per deixar de situar les polítiques repressives, centrades en la persecució de mercats incontrolats i d'una criminalitat cada vegada més poderosa, com a opció única i principi orientador. Es requereix imaginar i assajar alternatives que prenguin com a principi director de les polítiques de drogues els drets humans.

Només així és possible reconèixer i assajar polítiques alternatives que redueixin la càrrega repressiva de control de l'oferta i consum, i permetin re-assignar de manera diferent les prioritats d'inversió afavorint àmbits més propis de l'atenció social, la salut i la prevenció. Avui, la despesa en polítiques repressives de control de l'oferta representa més del 70% (dades EMCDDA), que s'aplica a través d'actuacions de sanció als consumidors i penalització a proveïdors i traficants. La resta de la despesa, es distribueix de manera descendent segons ordre d'inversió en assistència, organització, prevenció, investigació i cooperació internacional, i reducció de danys.

Una re-assignació de recursos que hauria de passar per establir noves prioritats polítiques i avançar en propostes alternatives, com per exemple:

Donar impuls prioritari en programes de Reducció de Danys, ja que no sols comptem amb l'evidència que milloren aspectes de salut pública en població destinatària, sinó que també contribueixen de manera molt significativa en la millora de seguretat de l'espai públic i la comunitat.

Avançar en propostes alternatives de regularització que es despleguen mitjançant reglamentació i normativa, però a un menor cost que els mecanismes de repressió i control penal clàssics.

Així, situar els Drets Humans en el vèrtex orientador de les polítiques en lloc de les actuals convencions internacionals de prohibició i repressió, no només ens dóna la possibilitat d'aplicar polítiques de major atenció social i de salut en la població afectada i polítiques de prevenció vers el conjunt de la població, sinó que també ens pot aportar majors índex de seguretat en l'espai públic reduint un mercat il·legal en mans de les organitzacions criminals.

Les polítiques de regulació de drogues, especialment pel que es planteja en l'actualitat sobre el cànnabis, té com a voluntat permetre els Estats prendre control dels mercats desregularitzats i actualment en mans dels traficants i màfies. El control en aspectes com la producció, la distribució i l'accés a certes substàncies.

Mostra d'aquest procés o trànsit vers la regulació, i en concret pel que fa aspectes referits al cànnabis, és:

- 2008: UNODC Reconeix per primera vegada que la Guerra contra les drogues ha generat conseqüències negatives no previstes.
- 2009: Publicació de l'informe de les Comissió Llatinoamericana sobre Drogues i Democràcia.
- 2011: Augment sostingut de morts associades a la Guerra contra el narcotràfic a Mèxic.
- 2011: Informe Comissió Global sobre Polítiques de Drogues. Debat de presidents.
- 2012: Colorado i Washington als EUA voten per la regulació del cànnabis. Més de 20 Estats a USA compten amb dispensaris d'ús medicinal.
- 2013: L'OEA (Organització d'Estat Americans) publica "Informe sobre el problema de las drogas en las Américas". Document on s'exploren escenaris possibles de polítiques alternatives.
- 2013 Uruguai aprova una llei de regulació global del cànnabis.

Els antecedents en polítiques de regularització de cànnabis els tenim en l'obertura dels coffee-shops a Holanda fa més de 30 anys per a un accés al consum recreatiu. O també antecedents de regularització és l'accés a heroïna com a fàrmac de tractament, a través de la dispensació controlada a addictes, que es dona per exemple a Suïssa des de fa més de vint-i-cinc anys, i avui en altres països europeus.

Pel que fa a l'experiència holandesa de regulació a l'accés al cànnabis a través dels coffee-shops, malgrat la important limitació de no haver regulat la producció, ha mostrat avantatges en aspectes importants com:

- La prevalença del consum de cànnabis s'ha mantingut en la mitjana de consum europeu.
- El consum no és observat com a desviació o part de subcultures.
- Els costos de criminalització i penals sobre la població consumidora són molt menors.
- Una separació de mercats: el mercat del cànnabis respecte a altres substàncies il·legals de major risc, com l'heroïna, la cocaïna, etc.

Avui els referents de processos reguladors són especialment alguns estats d'Amèrica del Nord (Colorado, Washington) i Uruguai. Als dos Estats dels EEUU, a partir d'una majoria de vot a una esmena presentada s'ha implementat un procés regulador que actualment autoritza un número finit de llicències productives i de dispensació. En el cas d'Uruguai s'ha aprovat una Llei (2013) i un reglament (2014) que regula tota la cadena de mercat des de la producció a l'adquisició de cànnabis a través de diferents canals (farmàcies, clubs de fumadors o auto cultiu).

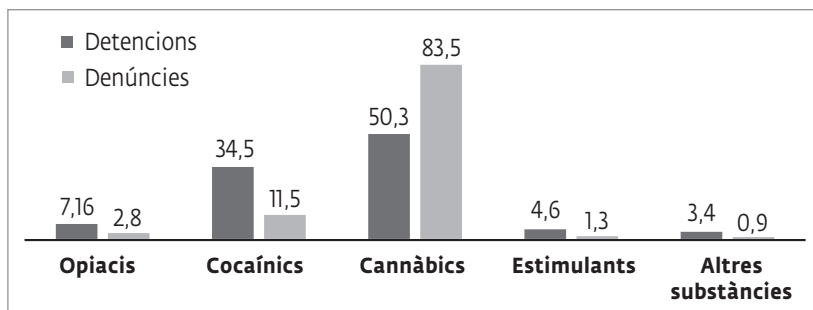
En la proximitat de la nostre realitat, tenim els processos reguladors iniciats a Catalunya i a País Basc aquests dos darrers anys respecte els Clubs de fumadors de cànnabis. Un procés regulador que pretén:

- Aportar seguretat jurídica al consumidor de cànnabis quan, malgrat el consum de drogues està despenalitzat des del 1974 a Espanya, no existeixen vies legals d'aprovisionament que no passin pel mercat il·legal i, per tant, de patir el risc de ser sancionat o processat per infraccions.
- Posar ordre a un augment descontrolat de clubs de consum que aprofitant el camí d'autogestió iniciat per consumidors fa prop de deu anys, han proliferat de manera exagerada en ciutats com Barcelona amb un interès ocult propi de la comercialització de la substància.
- Millorar possibilitats d'abordatge de salut pública, i de reducció de riscos i danys en consumidors que acudeixen a aquests clubs.

És evident que en bona part les propostes de regulació de drogues s'està centrant en els mercats del cànnabis. Aquest fet respon a motivacions diverses 1) És una substància amb un grau de risc menor o dèbil en comparació a d'altres substàncies, 2) correspon al grup de població més ampli de consumidors de drogues il·legals, 3) es tracta del major mercat que s'associa al tràfic i a la criminalitat; 4) i, per últim, és on es concentra la major part de la despesa del sistema repressiu, ja que és on més s'acumulen les sancions i penes en relació al consum i tràfic de drogues il·legals.

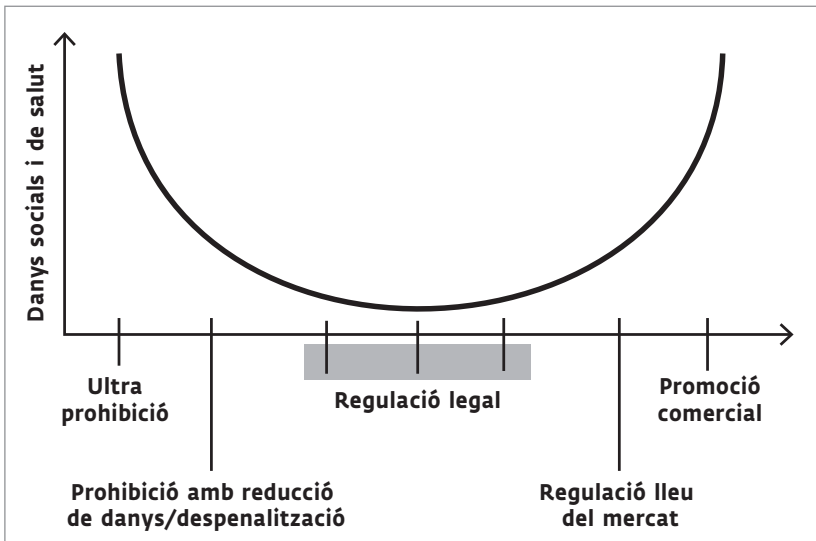
La següent taula ens mostra la distribució de denúncies i detencions associades al consum i/o tinença de drogues en espais públics o de detencions referides a delictes contra la salut pública a l'Estat espanyol. Com veiem, la distribució majoritària correspon a població consumidora o que es relaciona amb el mercat de cànnabis.

Gràfic 3. Distribució de les detencions i les denúncies per tipus de substàncies (%) Espanya



Per altra part, segons indiquen les estadístiques del Ministeri de l'Interior, el nombre de detinguts relacionats amb drogues il·legals al llarg dels anys no s'ha reduït, aquest es manté estable o augmenta independentment a la capacitat de l'acció policial de control de l'oferta, o de l'augment de penes que hagin pogut ser introduïdes en el codi penal.

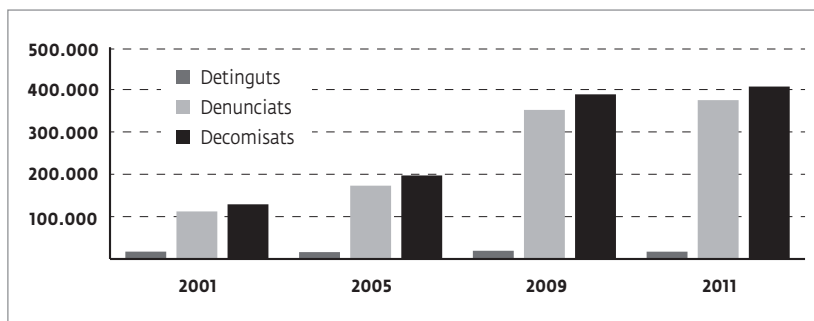
Així també, observem que el nombre de consumidors sancionats i decomisos de drogues no deixa d'augmentar de manera sostinguda al llarg dels anys. Els mercat de drogues no es redueix sinó el contrari (majoritàriament de cànnabis), i l'efecte dissuasori del consum o pràctiques associades a aquest per la via de la sanció no es mostra útil malgrat ampliar danys morals o econòmics. Afirmaríem que les sancions referides a cànnabis al llarg dels anys no han deixat d'augmentar de forma sostinguda des de l'aprovació de la Llei de Seguretat Ciutadana 1/92, i que el perfil de sancionats segons dades del mateix Ministeri (Anuario Estadístico 2012) és un home (94%) espanyol (87,6%) i d'edats compreses entre els 19 y 25 anys (46,6%). Estem doncs davant d'una política que bàsicament opera castigant a població molt jove i sense recursos.



Tal com mostra el gràfic, l'opció de la regulació de substàncies, amb l'objectiu de contrarestar els efectes col·laterals negatius de les polítiques actuals de repressió, proposa una opció més centrada respecte les posicions de radicalitat que basculen entre la prohibició total o la promoció comercial.

Els extrems, que vénen a associar-se a mercats no regulats i en que existeix un interès de lucre, ja sigui a través de mercats il·lícits (guany de diners, el seu blanqueig i possible reinversió financera o en àmbits d'economia especulativa), o ja sigui a través d'una promoció comercial de venda, com va ser el cas de l'alcohol o el tabac, comporta sempre un increment en termes de danys socials i de salut.

Gràfic 4. Dades estadístiques de la lluita contra la droga a Espanya (2001-2011)



Font: Anuari Estadístic 2012 Ministeri de l'Interior

En el punt mig, trobaríem el punt òptim de regulació on el factor impulsor es l' "ètica de l'eficàcia" on les polítiques són tant ètiques com efectives. La regularització, com a model de mercats regulats, aporta posicions pragmàtiques de resposta i a la vegada, desplega un control estricte on no existeix.

Apuntaríem per altra part, que així com la despenalització de drogues que han incorporat força països en els darrers anys ha estat una aposta clara per reduir danys penals i nivells d'encarcerament difícilment sostenibles des d'una dimensió de mínims ètics. La reducció de danys desplegada a través de recursos diversos d'atenció al consumidor en diferents països, sobretot europeus, va suposar un pas important en l'ètica del respecte de drets humans i la protecció de la salut i condicions bàsiques de vida de la població drogodependent. No tan sols fou integrar una perspectiva àmplia de polítiques de salut pública per a la reducció en danys socials i de salut associats al consum, sinó que també representa respecte la prohibició un avenç en un continu apropament a condicions de major control i seguretat en l'accés a les substàncies i contextos de consum propis d'una regulació. Així observaríem la Reducció de Danys com el trànsit lògic i seqüencial que precediria un

reconeixement més ampli en drets, i la possibilitat a partir d'un mercat reglamentat, de poder en més amplitud reduir danys socials i de salut.

Les entitats dedicades a aspectes de prevenció i/o d'atenció de poblacions afectades, o les que treballen en aspectes de justícia i drets humans, o sigui en cooperació i desenvolupament de comunitats o territoris, entre altres, els correspon ser partíceps en el debat sobre les polítiques de drogues. Contribuir en polítiques més justes, en el marc del respecte de drets humans, que garanteixin la protecció i millora de la salut pública, la protecció de la població jove i més vulnerable, i la reducció dels nivells de delinqüència, corrupció i violència, és avui un trajecte de trànsit cada vegada menys possible d'obviar o silenciar.

Per últim, fer esment que, les posicions d'immobilisme o de retrocés vers posicions més punitives, sancionadores i el no reconeixement o vulneració de drets de les poblacions consumidores, i que avui se'ns presenta en forma de propostes legislatives per part del govern d'Espanya, és un viatge sense sentit. El grau d'evidència acumulat de fracàs dels postulats de prohibició i repressió de fa 40 anys difícilment pot ser emmudit o negat en un context mundial com l'actual en que s'estan produint canvis, i certs països se senten legitimats àmpliament pels alts costos de patiment que presenten.

L'avanç en polítiques de salut pública i reducció de danys en països europeus que permeteren reduir la incidència en problemàtiques de salut, és, en realitat, l'estadi previ de trànsit necessari i complementari per una regulació responsable en termes de protecció de la salut pública. S'han reduït els llinars de patiment del passat, però això no ens excusa d'una paràlisi complaent en trajecte que avui s'obre. Certs paradigmes descriptius i d'abordatge del fenomen de drogues sorgits de lògiques pròpies del discurs i de la política hegemònica de la prohibició estan avui fortament qüestionats per part d'un cada vegada més ampli nombre d'experts i representants, també des de llocs i territoris distants i diversos, i en una proposta d'opinió en majories socials que fa escassament tres anys en alguns països era impensable.

7. Referències bibliogràfiques

- Anthony, J. C.; Warner, L. A., y Kessler, R. C. (1994). "Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey". *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, 3, 244-268.
- Arkes, J. (2011). "Recessions and the participation of youth in the selling and use of illicit drugs". *International Journal of Drug Policy*, 22, 5, 335-340.
- Arza, J. i Carrón, J. (2014). "La influencia de los sistemas y modelos de creencias en la evolución de las políticas sobre drogodependencias". *Dianova*, 25, 63-70.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bolton, W. i Oatley, K. (1987). "A longitudinal study of social support and depression in unemployed men". *Psychological Medicine*, 17, 453-460.
- Bretteville-Jensen, A. L. (2011). "Illegal drug use and the economic recession: what can we learn from the existing research?" *International Journal of Drug Policy*, 22, 5, 353-359.
- Brugal, M.T., Manzanera, R., Torralba, L., Armengol, R., Solanes, P., Villalbí, J.R. (2000). "Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona" *Gaceta Sanitaria Volume 14*, Issue 1, 2000, 58-66.
- Campbell, A. i Knowles, S. (2007). "A confirmatory factor analysis of the GHQ-12 using a large Australian Sample". *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 2-8.
- Comas, D. (2010). "Modelos de intervención en adicciones: La lógica de las políticas sobre drogas". *Revista Asociación Proyecto Hombre*, 72, 15-21.
- Chalmers, J., i Ritter, A. (2011). "The business cycle and drug use in Australia: evidence from repeated cross-sections of individual level data". *International Journal of Drug Policy*, 22, 5, 341-352.
- Costa, C., de Grauwe, P., i Reuter, P. (2011). "Economic recession, drug use and public health". *International Journal of Drug Policy*, 22, 5, 321-325.
- Dooley, D., Catalano, R. i Hough, R. (1992). "Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: Drift versus social causation". *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 277-290.

- Duncan, D. F., y Gold, R. S. (1982). *Drugs and the whole person*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Fletcher, A.; Calafat, A.; Pirona, A., y Olszewski, D. (2010). "Young people, recreational drug use and harm reduction". A T. Rodhes y D. Hedrich (Eds.), *EMCDDA Monographs. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 357-376). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- EMCDDA (2013). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponible a <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>
- García, A., i Sánchez M. (2005) *Drogas, sociedad y educación*. EDITUM.
- Global Commission on Drugs (2011). *Guerra a las drogas: Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas*. Open Society Institute.
- Lazarsfeld, P., Jahoda, M. i Zeisel, H. (1996). *Los Parados de Marienthal*. Madrid, La Piqueta (Edició original: 1933)
- Newcombe, R. (1992). "The reduction of drug-related harm: a conceptual framework for theory, practice and research". A P. A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. C. Buning, y E. Drucker (Eds), *The reduction of drug-related harm* (pp. 1-14). Nueva York: Routledge.
- Paul, K.I. i Moser, K. (2009). "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses". *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- OMS (2008) "Hacia una visión global del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína: Hallazgos de las encuestas de la OMS sobre salud mental a nivel mundial"
- Reinerman, C. (2007) "Cannabis policies and user practices: Market separation, price, potency, and accessibility in Amsterdam and San Francisco"
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Slater, J. (2012) *The alternative World Drug Report - Counting the cost of the war of drugs*. UK
- Soriano, R. (2010). "Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas". *Tsnova*, 1, 23-32.
- Strang, J.; Babor, T.; Caulkins, J.; Fischer, B.; Foxcroft, D., y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83. Disponible a http://www.correlationnet.org/images/stories/pdfs/p_correlation_III/newsletter3/agencia_catalonia_spain.pdf
- Ministerio del Interior (2012) Anuario Estadístico.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008) Annual Report.

- TRANSFORM Drug policy Fundation (2012) *Terminando la guerra contra las drogas* UK
- Wagner, F. A., y Anthony, J. C. (2002). "From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*", 26, 479-488.

Barcelona, juny 2014.

Dipòsit legal: B 13.937-2014

Edita: Taula d'entitats del Tercer
Sector Social de Catalunya



Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya

Rocafort 242 bis 2n
08029 Barcelona
T 93 310 57 07
www.tercersector.cat



En col·laboració amb:

ara.cat

Ateneu Barcelonès
ABCDEFGHIJK
LMNOPQRSTU
VWXYZ

En conveni amb:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Benestar Social
i Família**



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis



Ajuntament de
Barcelona