



Debats

Catalunya Social

Propostes des
del Tercer Sector

núm. 36
junio de 2014



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya



**Derechos Humanos
y Políticas de Drogas:**
nuevas propuestas de regulación



Derechos Humanos y Políticas de Drogas: *Nuevas propuestas de regulación*

JOSEP ROVIRA

Junio de 2014

Índice de contenidos

■ 1. Introducción	3
■ 2. El consumo de drogas y la dependencia de las drogas	6
<i>Usos experimentales y recreativos</i>	6
<i>Usos intensivos y problemáticos</i>	8
■ 3. Modelos de abordaje	13
■ 4. Intervención en drogodependencias	19
<i>Tratamiento y reducción de daños</i>	19
<i>Red de Atención a las Drogodependencias de Catalunya</i>	24
<i>Prevención y reducción de los riesgos</i>	27
■ 5. Drogas y crisis hoy	30
■ 6. Conclusiones	33
■ 7. Referencias bibliográficas	43
■ 8. ¿Qué se puede hacer desde el voluntariado?	45

Dossier de capacitación del voluntariado para el análisis y el debate sobre políticas sociales.

1. Introducción

A pesar de que el fenómeno de las drogas se nos presenta a menudo como una problemática contemporánea, parece ser que su uso data desde los inicios de la humanidad. Esta relación ha adoptado diferentes formas y ha estado integrada en la vida cotidiana de las personas de diferentes maneras. Por ejemplo, ciertas formas de relación con las drogas han formado y forman parte de los rituales mágicos y religiosos de numerosas culturas, mientras que otras formas de relación han tenido un carácter mucho más funcional, como es el consumo de café, tabaco o alcohol. Asimismo, la búsqueda de estrategias para aligerar los dolores físicos y/o morales, o conseguir mayores placeres en espacios recreativos, ha resultado ser un comportamiento humano donde las drogas han dado respuesta a estos anhelos.

Aceptar esta realidad de BONAERES, nos evitaría muchos problemas y es que "una sociedad sin drogas es un espejismo y su negación no es sino una manera de alimentarlo". La realidad constata que las legislaciones prohibicionistas del consumo, la lucha contra las drogas de los últimos 40 años, ni reducen significativamente el comercio, ni la accesibilidad, ni tan siquiera el uso de drogas. Pues al contrario, han ido en aumento exponencialmente, y sobretodo han servido para criminalizar de forma de manera desmedida a los últimos protagonistas de la cadena: los consumidores. Por este motivo hace falta que todos los agentes sociales nos planteemos "la convivencia con las drogas" como un reto con el que conseguir la reducción de riesgos y daños en los propios consumidores/as y en su entorno inmediato, pero también desde el ámbito de la salud pública.

Al margen de los imaginarios colectivos que establecen las propias fronteras de lo que se considera o no una "droga" (a menudo en

términos dicotómicos basados en la "legalidad o ilegalidad", lo "natural o sintético" etc.) consideramos que una droga es cualquier sustancia natural o sintética que, al ser consumida, altera el estado de ánimo, percepción y/o conducta.

Insistimos pues, que una droga es una sustancia que por ella misma no puede considerarse ni "buena" ni "mala", sino que es la manera de vincularse con las drogas la que nos llevará a hablar de riesgos y daños a las personas consumidoras. En general la literatura especializada diferencia un consumo problemático del que no lo es según como afecta el consumo en la salud física o mental en la propia persona; sus relaciones sociales tanto primarias (familiares, pareja, amistades) como secundarias (estudios, trabajo) y en las relaciones con el marco legal y normativo de allí donde vive.

No obstante, preferimos hablar de 'consumos problemáticos' en lugar de 'dependencia', ya que no podemos olvidar que un consumo recreativo/experimental también puede acontecer problemático si este se consume de manera excesiva y de manera continuada en el tiempo. En algunos casos podemos decir que se está produciendo una dependencia cuando hay un aumento cuantitativo y cualitativo de consumo, hasta el punto que no existen proyectos de vida independientes al consumo. El consumo de sustancias ya no siempre proporciona placer, aunque se anhele para conseguirlo sigue vigente el objetivo de evitar el displacer.

En cualquier caso, las respuestas a los problemas de las drogas se clasifican según tengan el objetivo en la reducción de la demanda, incluyendo las intervenciones sanitarias y sociales como la prevención, la reducción de daños, el tratamiento o la reinserción social. O tengan el objetivo en las actividades de la reducción de la oferta mediante el cumplimiento de la legislación sobre drogas a través de la policía, el sistema de aduanas y la administración judicial.

Este documento quiere profundizar en aquello que las entidades del tercer sector trabajamos específicamente: la reducción de la demanda. Aun y así no podemos desestimar las graves consecuencias que asumimos en nuestra intervención por parte de las políticas penales y del uso del derecho penal en la lucha contra las drogas, y especialmente contra su consumidor, que, aparte de verse abocado a la pequeña compra-venta, está en situación de inseguridad delante del sistema judicial, ya que necesariamente tiene que acceder al mercado ilegal para su consumo propio. El endurecimiento progresivo sobre las personas más vulnerables, la criminalización de la pobreza y la prisión

como solución a los problemas sociales, son los daños colaterales de una intervención penal que requiere de muchos replanteamientos.

Hay que señalar que en la mayoría de países europeos, la mayor parte de las infracciones de la legislación sobre drogas se cometen por consumo o posesión para el consumo, ascendiendo, según el Informe Europeo sobre Drogas 2013, a más de un millón en toda Europa durante el 2011, y de las cuales, tres cuartas partes están relacionadas con el cannabis. Esta situación se resuelve en algunos países a través de la privación de libertad, y en otros a través de multas, advertencias o trabajos a la comunidad. El endurecimiento de estas legislaciones se sitúan lejos de las propuestas de mediación y penas alternativas que desde las entidades dedicadas a la atención de las drogodependencias defendemos.

España es uno de los países más seguros de Europa, con una tasa de criminalidad de 45 delitos por cada mil habitantes. Solo en Grecia (38) y Portugal (40) registran una menor delincuencia. No obstante, la población reclusa española duplica la media europea y supera con diferencia a la existente en Italia, Francia o Alemania.

En España la prisión se ceba con la exclusión social y las drogas. Actualmente, entre el 70% y el 80%, de los más de 73.000 personas que hay en las cárceles españolas, están privadas de libertad por delitos relacionados con las drogas, ya sea por delitos contra la salud pública y contrabando de estupefacientes (una de las tasas más altas de la comunidad europea), o bien por lo que se conoce como delitos funcionales: acciones cometidas bajo la influencia de las drogas o por conseguirlas (tráfico, agresiones, robos...). Por otro lado, la proporción de personas internadas en prisiones con antecedentes de inyección de drogas es muy elevada (25,2%), así como el porcentaje de personas que consumían alguna de droga antes de entrar en prisión, que es el 79,7%. A pesar de la elevada incidencia de problemática de drogas en las prisiones, que según datos epidemiológicos llegaría a un 50% de los internos, solo entre el 19% i el 21% de las personas reclusas drogodependientes es tratada por sus adicciones.

El reto es importante y hace falta participar desde todos los ámbitos (sanitario, social, educativo, judicial...) para dar una respuesta a la problemática de la alta criminalidad asociada a las drogas y a la adicción en las cárceles. La cárcel es un fiel reflejo de la sociedad donde los problemas se magnifican y multiplican, y aunque parezca contradictorio, un internamiento debería ser una oportunidad para la inclusión y no a la inversa.

Hay que tener en cuenta que las legislaciones de este tipo, y otras medidas más duras, recaen no solo en las personas consumidoras, sino también sobre sus familias, quienes finalmente acaban sufriendo el gran rechazo social tanto por los largos procesos de consumo, y los también largos procesos de curación, como por la losa de las medidas judiciales que arrastran las personas.

Enmarcar la complejidad y la diversidad del consumo, los marcos político-legales, los abordajes preventivos y terapéuticos y las diferentes situaciones que rodean la dimensión social del consumo, son algunos de los temas que desarrollaremos sin perder de vista los máximos afectados.

2. El consumo de drogas y la dependencia de las drogas

Las sociedades modernas han desarrollado sus propias relaciones con las drogas. Estas relaciones se han conformado en diferentes patrones de uso que reflejan no solo la manera en que las personas utilizan las drogas sino también las problemáticas a las que pueden estar expuestos a través de estas prácticas. Estos patrones diversos son el experimental, el recreativo, el circunstancial, el intensivo y el compulsivo (Duncan y Gold, 1982).

Usos experimentales y recreativos

Sin duda, el patrón más frecuente es el **experimental**: probar y/o consumir en contadas ocasiones una o más de una droga, soles o en combinación. En Catalunya, casi el 90% de las personas de entre 15 y 64 años han probado el alcohol, el 72% ha probado el tabaco, y el 28% ha probado el cannabis; con diferencias relevantes en que a mujeres y hombres se refiere. Estos consumos, por su naturaleza puntual, tampoco representan algún o ningún problema. El valor que tenga esta experiencia inicial en el marco de las necesidades, expectativas y motivaciones de la persona determinará si el consumo 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 vez en la vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
Tabaco	72,7	38	35,7
Alcohol	89,2	74,2	60,2
Cannabis	28,5	11,3	8,1
Éxtasis /Drogas de diseño	3	0,3	0,1
Cocaína en polvo	8,3	1,5	0,7
Cocaína base/crack	1,3	0,4	0,1
Alucinógenos	2,5	0,3	0,2
Anfetaminas/Speed	2,2	0,1	0
Inhalantes	0,6	0,1	0
Heroína	0,5	0	0
Tranquilizantes	13,2	7,7	5,8
Somníferos	6,9	3,9	3,1
Tranquilizantes sin receta	1,3	0,8	0,5
Somníferos sin receta	1,1	0,7	0,4

Fuente: EDADES, Catalunya, 2011

Cuando el consumo se mantiene suele adoptar la forma de un uso recreativo que se produce generalmente en el contexto del grupo y que acompaña a las experiencias de ocio nocturno, como veremos más adelante. Es un consumo que se produce por placer tanto en contextos recreativos formales (como son las discotecas) como en informales (en la calle o los hogares) (Fletcher, Calafat, Pirona y Olszewski, 2010). Este consumo busca producir un estado alterado, la potenciación del disfrute de otras actividades y actuar como un "lubricante social". En la actualidad existen diferentes problemáticas asociadas a este consumo recreativo como son la importante introducción de este tipo de consumo entre los menores de edad, los empachos de alcohol, las intoxicaciones etílicas, las reacciones agudas por estimulantes o la aparición de nuevas drogas de riesgos desconocidos.

La Encuesta escolar sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria (ESTUDES, 2011) realizada por el Plan Nacional sobre Drogas revela que el 62% de los encuestados habían participado en el último año en un "botellón", i el 53% en el último mes. Aunque el consumo anual por cápita de alcohol ha ido disminuyendo desde la década de los ochenta, actualmente, en lo que llevamos de nuevo siglo,

los datos del territorio español se mantienen en los 11 litros puros por habitante al año (OMS, 2014). Asimismo, en paralelo, hemos asistido a una importante transformación en la manera en cómo nos relacionamos con el alcohol, sobre todo en lo que a población joven se refiere. Se ha pasado de un modelo de consumo "mediterráneo" (frecuente y moderado) a un modelo "nórdico" (concentrado e intensivo). Un consumo intensivo de alcohol ("binge drinking") que se define como el consumo en una misma ocasión de 5 o más bebidas alcohólicas para hombres, y de 4 para mujeres, y está relacionado con mayores riesgos de sufrir consecuencias negativas, sobre todo en el contexto de jóvenes y ocio, que pueden ir desde el mantener relaciones sexuales desprotegidas y no deseadas, la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol o el aumento de situaciones de violencia.

Así mismo, en los contextos recreativos relacionados con la música electrónica se encuentran formas de policonsumo, que implican el uso de dos o más sustancias de forma simultánea, donde el alcohol tiene un papel relevante. Las drogas consumidas son principalmente estimulantes (cocaína, anfetaminas y éxtasis), aunque también se consumen sustancias como la ketamina, LSD, setas alucinógenas, y sobre todo de manera experimental, las llamadas drogas psicoactivas. Estas drogas imitan los efectos de drogas clásicas como el cannabis, la cocaína, la anfetamina o el éxtasis, pero no están dentro de las listas de fiscalización de estupefacientes y por lo tanto su venta no está perseguida.

Es cierto que en el ámbito del consumo también existen consumos claramente **circunstanciales** o incluso **funcionales**. Consumos que suponen un contacto esporádico u ocasional, generalmente autolimitado y por un propósito específico que engloba desde el café matinal a la marihuana para reducir las náuseas, pasando por el uso de estimulantes para rendir más, o consumos orientados a canalizar de manera inmediata situaciones de malestar.

Usos intensivos y problemáticos

Algunas personas desarrollan patrones de consumo de drogas que son intensivos y persistentes en el tiempo. Se trata de consumos regulares que permiten a la persona funcionar en los diversos ámbitos de su vida cotidiana pero que ya muestra algunos signos de pérdida de control sobre ellos mismos. A más a más, los intentos para reducir estos consumos pueden ir acompañados de sentimientos de malestar que representan, muchas veces, un motivo más para mantenerlos con el objetivo de evitarlos. Si estos consumos se siguen produciendo a pesar de

las consecuencias negativas ya evidentes que están provocando en la persona, hablamos de un consumo dependiente y evidentemente problemático. Estos consumos son los que más relevancia social tienen y por los cuales existe una red pública y privada de servicios de atención. En estos casos la persona ya no busca los efectos gratificantes del consumo sino aliviar o prevenir el malestar asociado al no-consumo.

Cabe destacar que la inmensa mayoría de consumidores/as de drogas no acontecen consumidores/as problemáticos. Así lo demuestran los datos de EDADES 2011 recogidas en la tabla 1, donde podemos ver como el consumo experimental considerado a partir de los datos de consumo "alguna vez en la vida" son muy superiores a los resultados donde se contempla el consumo en los últimos 30 días.

El Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, en su informe del año 2011 pone de relieve que al menos el 6,2% de los residentes en Catalunya hacen un consumo de alcohol de alto riesgo. Un patrón que se manifiesta más prevalente en los hombres (8,7%) que en las mujeres (3,7%), y que se concentra principalmente en el grupo de 15 a 44 años (7,9%). En el mismo informe del año 2012¹ se especifica que más de 5.600 personas iniciaron un tratamiento en centros de atención a las drogodependencias por abuso o dependencia del alcohol.

Detrás del alcohol, observamos que el cannabis es la droga ilegal más consumida en Cataluña. Según el Informe EDADES 2011, un 28,5% de la población de entre 15 y 64 años afirmó haber tomado alguna vez, un 11,3% consumió en el último año, un 8,1% en el último mes, y un 1,5% diariamente durante los últimos treinta días. Una minoría significativa de consumidores de cannabis lo hacen de manera intensiva, es decir, un consumo diario o casi diario y se concentra en hombres del grupo de edad de entre 15 a 34 años. Actualmente se observa una tendencia creciente en la demanda del tratamiento del cannabis, que llega a representar en 2012 el 13% de los inicios de tratamiento ambulatorio del territorio catalán.

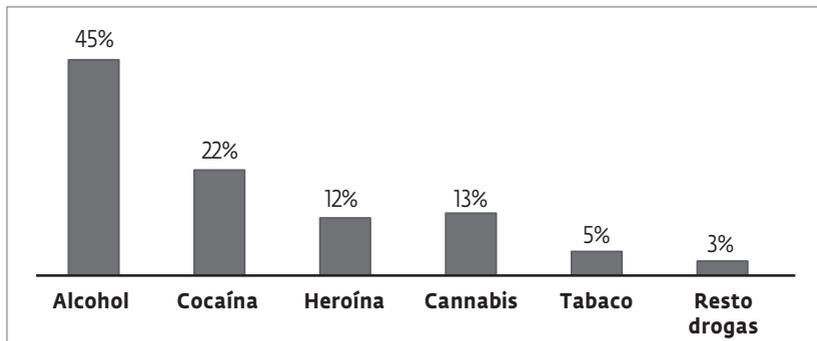
La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa. En Cataluña el 8,4% de la población de 15 a 64 años ha tomado alguna vez, el 1,5% ha consumido durante el último año y un 0,7% en el último mes (EDADES, 2011). A menudo se consume esnifada a pesar de que en ocasiones, cierta población se la administra por vía parenteral o inhalada en el caso del crack. Hay que apuntar que entre los y las consumidoras habituales se encuentran aquellos que hacen un uso más

¹ Pendiente de publicación. SIDC Informe Anual 2012 Agència de Salut Pública de Catalunya.

recreativo, de aquellos que la consumen en el marco de un problema de drogodependencia crónico, en contextos marginales y juntamente a otras sustancias. El año 2012 más de 2.700 personas iniciaron tratamiento ambulatorio por abuso y dependencia de cocaína (Sistema de Información sobre Drogodependencias en Cataluña, 2012). Si bien las muertes por intoxicación aguda por cocaína son infrecuentes, es causante de muchas urgencias hospitalarias en hombres jóvenes y posiblemente tiene un papel importante en algunas muertes relacionadas con problemas cardiovasculares.

Finalmente, en cuanto a la heroína, sigue siendo la responsable de una parte desproporcionadamente elevada de la mortalidad y morbilidad por consumo de drogas en Europa. El perfil de consumidor de heroína es politoxicómano y marcadamente marginal, con altos niveles de desocupación y sinhogarismo. Se estima que 1,4 millones de personas presentan un consumo problemático en Europa, entre 15 y 64 años (2011), un consumo de alto riesgo por la salud atendido la vía de administración y su relación con la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas y sobredosis. Según el Informe de Salud de Cataluña 2012, en aquel año, 7.103 personas siguieron programas de tratamiento sustitutivo con metadona y en torno a 1.500 personas iniciaron tratamiento en los centros de la red de atención a las drogodependencias.

Gráfico 1: Inicios de tratamiento según droga principal que motiva el tratamiento (12.579 casos notificados)



Tanto el uso intensivo como el compulsivo son definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud como un síndrome de dependencia en el que se produce un deseo intenso o la sensación de compulsión de consumir una sustancia, dificultades para controlar este consumo, un estado de

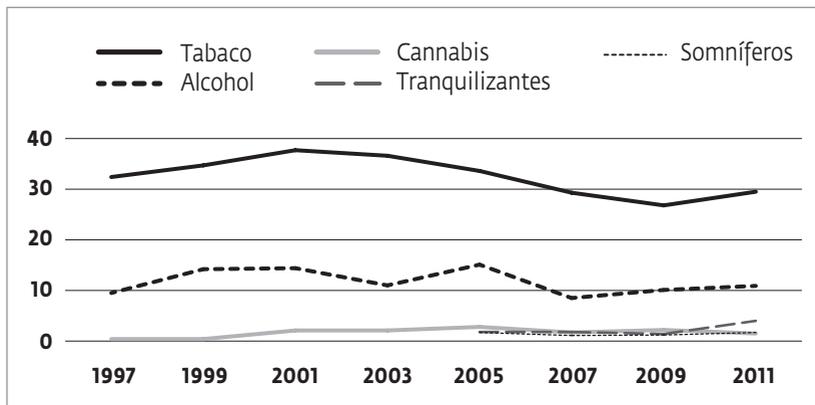
abstinencia fisiológico cuando se reduce o finaliza el consumo, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer o de intereses, y persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias negativas obvias (OMS, 1992).

Esta clasificación de los patrones de consumo resulta útil en cuanto que nos permite llamar la atención sobre dos aspectos capitales. En primer lugar, es evidente que no todos los consumos de drogas son problemáticos; al contrario, existen consumos que comportan pocos riesgos para la persona. Los efectos y riesgos asociados a la uso de drogas dependen de varios factores entre los cuales destacan la propia sustancia, como es consumida, la persona, como consume y el contexto en el que el consumo se realiza (Zinberg, 1984; Newcombe, 1992).

En segundo lugar, y contradiciendo las tesis que durante años fundamentaron y justificaron la base de la política represiva hacia las drogas, hay evidencias empíricas que muestran que no siempre se produce una progresión lineal hacia patrones de consumo más problemáticos. Se acepta que sólo una parte de los que se inician en el consumo de una sustancia acabarán presentando patrones de dependencia, a pesar de que esta proporción dependerá del tipo de sustancia consumida (Anthony, Warner y Kessler, 1994) y de la propia persona.

Este hecho es relevante dado que hasta hace muy pocos años, las aproximaciones y abordajes sobre el consumo aceptaban la denominada "**Hipòtesis de la Escalada**" una teoría formulada en la década de los años 50 por Denise Kandel que afirmaba taxativamente, que el consumo de drogas legales es la puerta de entrada al consumo de drogas ilegales; y que, por lo tanto, existe un encadenamiento bioquímico por el cual el uso de unas sustancias lleva necesariamente al consumo de otras de mayor capacidad adictiva.

Gráfico 2: Evolución de la prevalencia del consumo diario de algunas drogas entre la población de 15 a 64 años (%). Catalunya 1997



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

A lo largo de los años y a raíz de muchas investigaciones y estudios esta formulación fue evolucionando hacia planteamientos que consideraban esta secuencia de estadios de consumo en términos de probabilidad más que no de causalidad. Por lo tanto, y según estos planteamientos, el consumo de una droga previa no implica necesariamente pasar a consumir las siguientes drogas, pero sí que en el grupo de aquellos que consumen cannabis hay pocos que previamente no hayan consumido tabaco y alcohol. Lo mismo sucede en el grupo de los que consumen otros tipos de drogas ilegales: hay pocos que no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y cannabis.

A pesar de las imprecisiones y diferencias de la Hipótesis de la Escalada, sus formulaciones cuajaron de manera muy importante y fundamentaron, en buena parte, algunas de las teorías y modelos de abordaje actuales.

A modo de ejemplo, una vez que se inicia el consumo, la dependencia de la cocaína tiende a aparecer de forma más precoz y explosiva que la de otras sustancias, con un 5-6% de los consumidores/as de cocaína que presentan criterios para un diagnóstico de dependencia en el primer año de consumo. A los 10 años de consumo, el 15-16% de consumidores/as presenta criterios para el diagnóstico de dependencia. En cuanto al alcohol y el cannabis estos porcentajes son del 12-13% y 8% respectivamente (Wagner y Anthony, 2002).

3. Modelos de abordaje

Los modelos teóricos subyacentes en el abordaje al fenómeno de las drogodependencias han evolucionado mucho a lo largo del tiempo. Varios autores e investigadores han propuesto clasificaciones y estructuras que se han construido paralelamente a la evolución social, cultural y política y han constituido la base, y a menudo el origen, del fundamento de planteamientos, propuestas y reformas políticas y estrategias públicas en el ámbito de las drogodependencias.

Si en los años 60 se hablaba de la existencia de tres modelos de intervención: el jurídico, el sanitario y el psicosocial, en el que el jurídico era el modelo dominante y los dos últimos tenían una influencia residual; hoy, esta preponderancia ha basculado hacia posicionamientos más sanitarios y medicalizados.

El modelo ético-jurídico, que caracterizó la década de los años cincuenta, sesenta y setenta, entendía el fenómeno del consumo de drogas como una decisión del individuo desviada y moralmente incorrecta que no dependía, en ningún caso, de determinantes sociales de entorno y de contexto. En este sentido, el rol del Estado se fundamenta en el impulso de medidas legislativas y policiales represivas orientadas a la regulación de la producción, venta y consumo de drogas consideradas culturalmente ilegales (no a las institucionalizadas y que se inscriben en el código cultural). Este sistema de creencias y prácticas entiende que la finalidad del Estado y de las instituciones es lograr un mundo libre de drogas y un ser humano abstinerente.

Desde el modelo jurídico se sostiene la denominada "guerra contra las drogas", promovida por los Estados Unidos y formalizada en sucesivas Convenciones Únicas de las Naciones Unidas. Este modelo se ha mostrado poco o nada eficaz a la hora de erradicar las drogas y su consumo. Por el contrario, ha dado lugar a consecuencias negativas directamente atribuibles cómo son la creación de un comercio ilegal controlado por bandas criminales, una disminución de la calidad de las drogas que supone un riesgo para la salud de las personas que las usan, un aumento de la criminalidad especialmente a las zonas productoras y de tránsito, un aumento en las prácticas corruptas y el deterioro de los entornos urbanos y ambientales, entre otros.

Como respuesta a este contexto se empiezan a generar propuestas alternativas, nuevas prácticas de intervención orientadas a prevenir y a reducir la incidencia y los efectos perjudiciales asociados al consumo de drogas. Se empiezan a articular posicionamientos teóricos y prácticos

que reivindican el efecto de los determinantes sociales y de salud en el origen del uso y abuso de drogas.

Surgen modelos como el sociocultural y el psicosocial que, a pesar de las diferencias y posicionamientos, en algunos casos, antagónicos, entienden las adicciones como algo más que una decisión estrictamente personal del individuo y entienden que el papel del Estado tiene que desarrollar propuestas alternativas a las prácticas prohibicionistas y punitivas.

El modelo sociocultural se basa en la preeminencia e influencia del contexto social en las personas. Entiende que la adicción se produce por la influencia del contexto y por los efectos y consecuencias directos de las políticas de ocupación, de vivienda, de educación, etc. Así pues, los factores clave que determinan el consumo de sustancias, según esta perspectiva, se encuentran en el marco legislativo, institucional, social, cultural y político del país no en una decisión libre e individual de la persona. El consumo de drogas es, para muchos ciudadanos, una respuesta liberadora de las tensiones y conflictos que los provoca el contexto social en el que viven. Así pues, la persona adicta es una víctima de su entorno, un sujeto pasivo fachada a factores externos, incapaz de hacer frente a su problemática puesto que la solución sólo pasa por la transformación del contexto y de las estructuras sociales.

En cuanto a las respuestas de intervención el modelo sociocultural opta por alejar al individuo de su ambiente a partir de su incorporación en programas residenciales en comunidades terapéuticas alejadas del ámbito urbano. Sólo con el distanciamiento del individuo de su entorno, este será capaz de rehacerse y abandonar el consumo.

El modelo psicosocial o biopsicosocial trabaja la globalidad de la persona de forma integral y comunitaria. Es conocido como el modelo de intervención integral que, a diferencia del modelo sociocultural, entiende la persona como una construcción de sistemas indisociables: biológico, psicológico y social; así pues, cualquier intervención con el individuo tiene que contemplar la vinculación de estas tres estructuras para ser rigurosa y exitosa. Este modelo global aborda el consumo de drogas como un fenómeno complejo y multifactorial que se explica para la conjunción de tres factores: la naturaleza del individuo (con atención a sus características sociodemográficas, factores o predisposición genética, motivaciones del consumo, estado de salud general, entre otros); la sustancia consumida en su ancho espectro (tipo de sustancia, cantidad consumida, frecuencia de consumo, vía de consumo, etc.); el contexto en el que se inscribe el individuo tanto en cuanto al entorno más cercano (familia,

amistades, agentes vinculados, etc.) cómo al más estructural (arquitectura legislativa, política, socioeconómica, etc.).

Es por este análisis tan completo que el modelo biopsicosocial señala el mejor camino en el abordaje del fenómeno de las drogas. Es el garante de la atención global del individuo desde la dimensión social a la sanitaria; implementando medidas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas y favoreciendo su implicación en el diseño, conceptualización e impulso de respuestas. El modelo requiere la articulación de propuestas público-privadas estructuradas para garantizar una atención integral. El papel de la administración es central, pero también, la experiencia y las pruebas demuestran que las ONG y los grupos de la sociedad civil son actores importantes por la prestación de servicios de tratamiento, que pueden ir desde la desintoxicación hasta terapias psicosociales o grupos de ayuda mutua. La vinculación territorial y la flexibilidad de su intervención han acontecido capitales en la detección y atención de una realidad fluctuante.

A pesar de que este modelo se reconoce como el más completo, desde hace tiempo el modelo dominante en el abordaje del fenómeno de las drogodependencias es el modelo médico-sanitario, que comprende la adicción como una enfermedad que tiene el origen en las interacciones que se producen entre la bioquímica humana y las características farmacológicas de las drogas. Este arquetipo no contempla los determinantes sociales de la salud y la atención psicológica y la intervención social es secundaria y limitada. Promueve la medicalización como única respuesta al fenómeno y reivindica la responsabilidad del Estado en la atención de estas situaciones en los servicios propios del sistema sanitario y/o en la necesidad de impulsar de nuevos y de más especializados.

El origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que suelen estar afectadas, hacen necesario plantear un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales, de forma que puedan contemplar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada persona afectada. En este abordaje interdisciplinario se unen las aportaciones de diferentes áreas profesionales, de forma que no se plantean intervenciones compartimentadas, sino que se articulan en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodar a las necesidades de cada individuo y a las diferentes situaciones que se plantean en las diferentes fases del proceso de intervención, mediante un sistema de evaluación continua del paciente y de sus circunstancias,

teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas influirá positivamente, de manera directa e inmediata, al resto.

Si observar la drogodependencia como enfermedad fue un adelanto para contrarrestar el estigma y criminalización del consumo de drogas, hay que ser vigilante en un exceso hegemónico descriptivo de la realidad de consumos, y en un exceso de medicalización y abordaje farmacológico que olvidaría la dimensión multicausal de la problemática drogodependiente. El recurso farmacológico es a menudo por algunas personas el recurso estabilizador necesario por el desarrollo del tratamiento, pero no suficiente o substitutorio de la integralidad del abordaje.

La psiquiatría clásica, en un interés creciente y de discurso hegemónico versus la temática de las drogodependencias, perdería la perspectiva de abordaje holístico necesario hacia este ámbito. Hay que comprender que las personas no son sólo procesos científicos en el marco de categorías diagnósticas, sino que son un conjunto de elementos tan sociales, como culturales, físicos, etc.

En una consulta, Franco Basaglia explicaba como "los servicios psiquiátricos de carácter preventivo, así como se proyectan y actúan hoy, quedan insertados en la lógica económica que ha respondido a la enfermedad mental con la segregación". De esta manera explicaría como las respuestas al tratamiento de las enfermedades mentales van directamente relacionadas con la situación política y económica del territorio. En este sentido entiende que pertenecer en las clases más desfavorecidas puede generar una dependencia de las instituciones, que no intentan curar sino convertir la enfermedad en un hecho irreversible.

Así, sería interesante mejorar la relación entre el ciudadano y la sociedad puesto que es la manera de dar valor al ser humano y no a la enfermedad. De esta manera se podría individualizar las necesidades de la población y ofrecer el que la persona necesita en todos los niveles.

Modelos de Abordaje	Posicionamiento hacia las causas del consumo	El papel del Estado	Posicionamiento ético	Consideración de la persona adicta	Respuestas al fenómeno	Críticas
<p>Modelo ético-jurídico</p>	<p>El consumo de drogas es una decisión que toma el individuo al margen de factores de riesgo. Esta decisión se considera moralmente reprochable. No tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>La responsabilidad del Estado se limita a la regulación de la producción, venta y consumo de drogas.</p>	<p>Las drogas y su consumo es inaceptable. Aunque así las drogas que se pretende eliminar son las no institucionalizadas, las que se encuentran fuera del contexto cultural.</p>	<p>La persona adicta es culpable de su situación.</p>	<p>Impulso de medidas legislativas y policiales represivas que dificulten la producción, tráfico y consumo de drogas que se consideran ilegales. Se quiere lograr un mundo sin drogas y un ser humano abstinente.</p>	<p>Modelo simplista y unidimensional. Los esfuerzos represivos orientados a los consumidores dificultan las medidas de salud pública para reducir el VIH/SIDA, las muertes por sobredosis y otras consecuencias.</p>
<p>Modelo médico sanitario</p>	<p>La adicción es una enfermedad que tiene el origen en las interacciones que se producen entre la biológica humana y las características farmacológicas de las drogas. No tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>El Estado no puede limitarse a legislar y penar el consumo de drogas sino que tiene que atender este fenómeno en los servicios sanitarios o crear servicios terapéuticos específicos.</p>	<p>La persona adicta es una persona enferma puesto que la adicción es originada por procesos fisiológicos o metabólicos. Es por eso que la persona es considerada como un sujeto pasivo y la solución procede únicamente de la medicina y tecnología.</p>	<p>Programas de tratamiento basados fundamentalmente en la prescripción de fármacos.</p>	<p>Modelo simplista y unidimensional. El consumo de drogas es un hecho complejo que no puede ser abordado sin contemplar el contexto social y la estructura socioeconómica y los aspectos psicológicos y culturales del individuo.</p>	

Modelos de Abordaje	Posicionamiento hacia las causas del consumo	El papel del Estado	Posicionamiento ético	Consideración de la persona adicta	Respuestas al fenómeno	Críticas
Modelo sociocultural	La adición se produce por la influencia del contexto.	Las problemáticas asociadas a la ocupación, la vivienda, la discriminación, la educación, etc. son los factores claves a los cuales el Estado tiene que orientar su actuación para evitar los consumos problemáticos.	El consumo de drogas es la respuesta liberadora que muchos individuos toman frente a las tensiones provocadas por el contexto social.	La persona adicta es una víctima del contexto social y cultural. La persona es un sujeto pasivo puesto que la única solución es la transformación del contexto.	Aislar al individuo de su contexto a partir de programas residenciales en comunidades terapéuticas situadas en espacios alejados del ámbito urbano.	Inconcreción ("el problema es la Sociedad") y maximalismo ("hay que cambiarlo todo").
Modelo psicosocial	Visión global e integradora del fenómeno. Entiende el consumo de drogas como la interacción constante entre 3 dimensiones: sustancia (y todo lo que le rodea), individuo (en todo su conjunto) y el contexto (en sentido micro y macro).	Responsabilidad integral del Estado. La respuesta del Estado tiene que ser global y, por lo tanto, tiene que desarrollar estrategias de atención sociosanitarias y de sistemas de gobernanza que faciliten la coordinación entre varios sistemas responsables.	Reconoce que el consumo de drogas ha formado y formará parte de la vida del ser humano. Dado que este consumo puede provocar problemas, se plantea el objetivo de minimizar los usos problemáticos sin posicionarse directamente contra el consumo en sí mismo.	La persona adicta no es culpable ni víctima. Es un individuo con derechos, que ha tomado sus decisiones en un contexto y en un momento en el que interaccionan múltiples determinantes sociales, farmacológicos e individuales. El individuo es considerado un sujeto activo, responsable de su proceso de mejora.	Impulso de acciones de atención sociosanitaria y de gobernanza participativa involucrando a las familias y a todos los agentes implicados.	Hay que seguir avanzando en la complejidad de este modelo de comprensión. Y tener más presente la dimensión cultural.

4. Intervención en drogodependencias

Tratamiento y reducción de daños

Dado la complejidad del consumo de drogas, durante los últimos 60 años un gran número de abordajes se han puesto en práctica y se han evaluado extensamente en diferentes contextos sociales y culturales. No todos ellos se han fundamentado en el respeto a los derechos humanos y en el principio fundamental de la elección personal a la hora de ingresar o no en un programa de tratamiento, de cumplirlo o de continuar. De hecho, uno de los principios básicos para la eficacia de los tratamientos es la libre determinación y la motivación, sin embargo hoy en día, algunos países se siguen aplicando sistemas de castigo y reclusión basados en una concepción delictiva del consumo y por tanto en el control policial como método de abordaje.

En cualquier caso, en Cataluña nadie duda que ofrecer tratamiento a las personas dependientes de las drogas representa una estrategia eficaz. Sólo una minoría de todas las personas que consumen drogas desarrollan patrones de consumo dependientes y requieren un tratamiento. Una minoría que, además, se suele concentrar en los colectivos y territorios más marginales, donde son más altas las tasas de trauma emocional, pobreza y exclusión social. Según el último Informe Europeo sobre Drogas los datos sobre los consumidores que iniciaron tratamiento por drogodependencias en el 2011 de toda Europa demuestran que la mayoría de ellos estaban en situación de paro y casi uno de cada diez no disponía de vivienda estable. Si observamos los datos de las personas que han iniciado tratamiento el año 2012 (SIDC, 2012) sólo el 30% disponen de trabajo. Este dato es muy inferior en el caso de las personas que inician tratamiento por heroína y cannabis, que se sitúan respectivamente en un 14.3% y un 19.3%. Si bien, la baja tasa de ocupación de los y las consumidoras de heroína se explica por la situación de marginalidad del consumo, en el caso del cannabis, la joven edad de las personas que inician tratamiento determina también la tasa, debido a las altas tasas de paro juvenil en Cataluña.

En cualquier caso, un primer paso del abordaje es asegurar la identificación de las personas dependientes a través de una amplia red de servicios derivados preparados para evaluar de forma rápida las circunstancias de la persona y orientarla al tipo de tratamiento más adecuado, a la vez que desarrollar una red de atención diversificada basada en la evidencia de los tratamientos y no en los prejuicios ideológicos, intereses

políticos o exigencias profesionales que tantas veces han determinado y siguen determinando el abordaje del fenómeno.

En la reciente historia, el consumo de drogas llegó a ser la primera causa de muerte en España entre los jóvenes de las grandes ciudades a principios de los años noventa. El abordaje a través de los tratamientos orientados a la desintoxicación, como proceso de retirada de la sustancia, resultaron insuficientes e ineficaces ante la epidemia del consumo de heroína, que en aquella época llegó a ser uno de los tres principales problemas que detecta la población, junto con el paro y el terrorismo. Aun así, los tratamientos de mantenimiento con metadona no se introducen hasta unos años después debido a las restricciones legales, a pesar de ser una de las intervenciones, que combinadas con la atención psicosocial, demostraban más efectividad para reducir la mortalidad, las infecciones y los problemas sociales asociados al consumo de la heroína (Brugal, M.T, et. al. 2000). Es pues ilustrativo que en algunos casos las políticas para reducir el consumo pueden aumentar el riesgo asociado (mortalidad, delincuencia,...), como cuando sólo se ofrecen servicios dirigidos a la abstinencia.

El concepto de "reducción de daños" surge en los años 80 como estrategia para responder a estos problemas asociados al consumo, y especialmente a la epidemia de la VIH/Sida entre los usuarios/arias de drogas por vía inyectada. El objetivo deja de estar enfocado a la abstinencia (planteándola como opción), y se parte de la idea que muchas personas continuarán en el consumo, bien porque no están en condiciones de realizar un tratamiento de desintoxicación, porque no se acercan o no contactan con servicios sanitarios, o bien porque simplemente no quieren abandonarlo.

La implantación de programas dirigidos a la reducción de daños amplía las intervenciones a todos los momentos del proceso de consumo y de las características y factores del consumo y del propio consumidor. Se define pues, como principal alternativa a los abordajes más reduccionistas dirigidos a disminuir la frecuencia o incidencia del consumo de sustancias tóxicas, y se entiende como todas aquellas "políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas" (Reducción de Daños Internacional-HRI). Es un concepto que engloba tanto a la salud pública como a los derechos humanos, una estrategia fuertemente arraigada al humanitarismo que rechaza todo tipo de discriminación, estereotipo y

estigmatización del consumidor, y que contrasta con las raíces basadas en la prohibición de los enfoques centrados en la abstinencia.

La evaluación de los servicios de reducción de daños ha sido exhaustiva, y su implantación se fundamenta en pruebas empíricas que responden a una muy buena relación coste-eficacia en aspectos tanto capitales como la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sanguínea o el acceso a la atención de la salud de la población en consumo activo. Es pues un abordaje que garantiza no sólo un impacto probado en la persona consumidora, sino también en su familia/entorno próximo y en la comunidad en general.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de diversas intervenciones simultáneamente, ya que se magnifican los resultados sanitarios y sociales buscados.

Principales programas de REDUCCIÓN DE DAÑOS	Descripción	Objetivos
Programa de intercambio de jeringuillas	Suministro de equipos esterilizados para a la inyección	Reducir la morbilidad
Espacios para el consumo de drogas	Centros supervisados donde las personas pueden consumir sus propias drogas (vía inyectada o fumada)	Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios/as de drogas
Programas de mantenimiento con metadona	Opiáceo de sustitución que se administra por vía oral, con una vida media larga y que bloquea la euforia que se busca con la heroína.	Incrementar la toma de conciencia de los usuarios/as sobre los riesgos y daños asociados a sus consumos (sobredosis, accidentes, comorbilidad psiquiátrica, etc.)
Prevención de sobredosis	Talleres educativos a personas usuarias, familiares o amigos sobre la prevención de las sobredosis y la distribución de naloxona, un fármaco que anula la crisis respiratoria que puede conducir a la muerte.	Disminuir los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas. Aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas.
Prevención, detección y tratamiento de VIH y ETS	Talleres de salud sexual, distribución de preservativos, sistematización de pruebas de detección y tratamiento del VIH.	Favorecer la accesibilidad de los usuarios de la red asistencial y la comunidad de servicios. Incrementar la retención a los tratamientos.

Los programas de reducción de daños no se implantan en Cataluña hasta los años 90. Intervenciones básicas e implantadas son los programas de intercambio de jeringuillas, espacios de consumo de drogas, los tratamientos de sustitución de opioides con metadona o buprenorfina, los programas de prevención de sobredosis, entre otras. Ninguno de estos programas actúa como compartimento cerrado y excluyente, sino que las personas hacen uso complementario y simultáneamente: usuarios de programas de metadona participan en talleres de sexo seguro o prevención de sobredosis, etc.

Aun así, uno de los programas con más evidencias de eficacia que en Cataluña todavía no se ha implantado es la dispensación de heroína. Se dirige a población consumidora de opiáceos resistente a la vinculación de los programas con metadona y consiste en la administración ambulatoria de heroína oral o inyectada. Este programa consigue altos índices de vinculación sanitaria de la población usuaria y garantiza el control sanitario de la sustancia, además de ser el estadio previo a los programas con metadona.

Las mejoras aportadas por los abordajes de reducción de daños (RDD) tanto en términos de salud como de calidad de vida para la población drogodependiente, reduciendo la mortalidad y la comorbilidad en esta población, disminuyendo la problemática delincuencia y conflicto en el espacio público y aportando mejoras en las condiciones de vida de las personas, han contribuido de forma determinante y con amplia evidencia acumulada en la mejora de aspectos de la salud pública y la seguridad.

El tratamiento de mantenimiento con metadona es el abordaje farmacológico más eficaz de la dependencia de heroína, pero como cualquier intervención terapéutica tiene limitaciones. Un grupo significativo de pacientes continúa con el consumo activo de heroína a pesar de recibir el tratamiento con metadona. En otros casos es el consumo de sustancias no opioides, como la cocaína, el problema que complica seriamente el manejo de estos usuarios.

Ampliar los programas sustitutivos, especialmente por el que hace los que se realizan con prescripción de la misma heroína, presentes en países como Holanda o Suiza desde hace muchos años con amplia evidencia, ha sido una limitación y desventaja importante en la atención a población en situación de marginalidad y cronicidad de consumo problemático. La respuesta se ha canalizado por la importante aportación de los servicios de atención de baja exigencia con los espacios para consumo supervisados. Ahora bien, particularidades de mejora de atención

y pronóstico de los usuarios habrían sido posibles con el recurso de sustitución por heroína, que permiten afirmar que:

- Puede efectuar un programa de dispensación de heroína intravenosa sin que aparezca ningún problema logístico insalvable, siempre que se disponga de los medios necesarios;
- La administración sanitariamente controlada de heroína inyectable es segura;
- Los pacientes consiguen mantenerse en una dosis estable de heroína inyectable;
- La dispensación médicamente controlada de heroína inyectable presenta una elevada tasa de retención en el programa, disminuye significativamente el consumo de sustancias psicoactivas no prescritas, reduce la actividad delictiva y mejora el estado de salud y la integración social.

Diferentes ensayos clínicos aleatorios realizados en Suiza y Holanda, corroboran estos datos. De hecho, ya hace años que en Suiza estos programas ya no tienen un carácter experimental y son considerados como una alternativa terapéutica más. Los pacientes tratados con heroína inyectable (la mayoría recibieron también, al menos en alguna ocasión, metadona o sulfato de morfina oral), en un ensayo suizo, presentaron, en comparación con el grupo control tratado con metadona, unos niveles significativamente inferiores de consumo de heroína y benzodiazepinas no prescritas. Los pacientes tratados con heroína también cometieron menos delitos contra la propiedad y presentaron más mejoras respecto a la salud mental y el funcionamiento social. Un doble ensayo holandés evaluó el efecto de la coprescripción de heroína. Es decir, la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona combinado con heroína inhalada o inyectable, en comparación con el tratamiento de mantenimiento estándar únicamente con metadona. El análisis por intención de tratamiento mostró que la coprescripción de heroína era significativamente más efectiva que el tratamiento estándar tanto en el ensayo con heroína inhalada como en el de heroína inyectable.

Salvar trabas y dificultades para poder contar con un repertorio de recursos farmacológicos y de tratamiento como serían los de dispensación de heroína continúa siendo relevando por una parte de población, que justamente es la que se encuentra en mayor vulnerabilidad y marginalidad, y respecto a la que los aspectos de seguridad impactan en mayor proporción.

Red de Atención a las Drogodependencias de Catalunya

El que hoy conocemos como la Red de Atención a las Drogodependencias tiene sus orígenes en las iniciativas de las entidades municipales, provinciales y de entidades sin ánimo de lucro que crean las primeras respuestas de asistencia, inserción y prevención. No es hasta el año 1985 que se aprueba la Ley de prevención y asistencia en materia de sustancias que se trabaja en el conjunto de medidas del Plan catalán de drogodependencias y se planifica la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD), a estas alturas integrada funcionalmente en la Red de Salud Mental, que tiene por objetivo asegurar la continuidad de atención en el ámbito social y sanitario, los mecanismos de inserción social y laboral y evitar la exclusión social de los drogodependientes.

Actualmente, Cataluña cuenta con un mapa de recursos amplio en los que los Centros de Atención y Seguimiento con programas de tratamiento y de reducción de daños son el centro desde el cual se articulan el resto de dispositivos como las Comunidades terapéuticas, las Unidades Hospitalarias de desintoxicación, los Hospitales de Día, las Unidades de Patología Dual, los Centros de integración social (centros de día y pisos terapéuticos) o las Unidades de crisis. El desarrollo de la red se ha realizado en un marco de consenso político estable que ha sufrido puntuales desequilibrios, especialmente con la planificación e implantación de las salas de consumo supervisado y por la fuerte oposición vecinal en territorios concretos de la ciudad de Barcelona.

Principales dispositivos de la XAD

Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD)	Unidades de ingreso hospitalario de corta estancia dirigidas a iniciar tratamientos de desintoxicación o mantenimiento con agonistas/antagonistas opiáceas de drogodependientes que ha fracasado en un mediano ambulatorio.
Unidades de Patología Dual	Unidad de hospitalización específica por la atención a personas con patología dual dirigida a personas que por sus características clínicas o por la presencia de trastornos graves del comportamiento no puedan ser adecuadamente atendidos en las redes asistenciales de salud mental o de drogodependencias.
Comunidades Terapéuticas	Servicios de acogida residencial de carácter transitorio que proporcionan a las personas la acogida, la cura, la vida comunitaria y el seguimiento necesarios para facilitarles la integración social.

Centros de Día Servicios de acogida diurna que desarrollan actividades de inserción social complementarias a los procesos de tratamiento terapéutico. Incluyen programas de carácter ocupacional, de enseñanza prelaboral y laboral y de adquisición de hábitos y de responsabilidades.

Centros de Atención y Seguimiento (CAS) Centro de tratamiento ambulatorio para las personas que sufren problemas por el uso, abuso o dependencia a todo tipo de drogas, excepto tabaco. Ofrecen información, orientación y un tratamiento teniendo en cuenta el tipo de adicción y sus consecuencias a nivel orgánico, psiquiátrico, psicológico, comportamental y la desestructuración del entorno social, familiar, laboral, que esto computa. Los programas de intervención se realizan desde un abordaje médico y/o psiquiátrico especializado, psicológico y socioeducativo.

Más allá de malestares psicológicos y carencias personales de origen o por el curso de un largo consumo de drogas, más allá de pesadas mochilas de problemática judicial o de salud o de la debilidad de las relaciones familiares, muchas personas viven en una realidad de pobreza que los sitúa en una todavía mayor desventaja para la inclusión. Una parte importante sufren exclusión social y precariedad extrema.

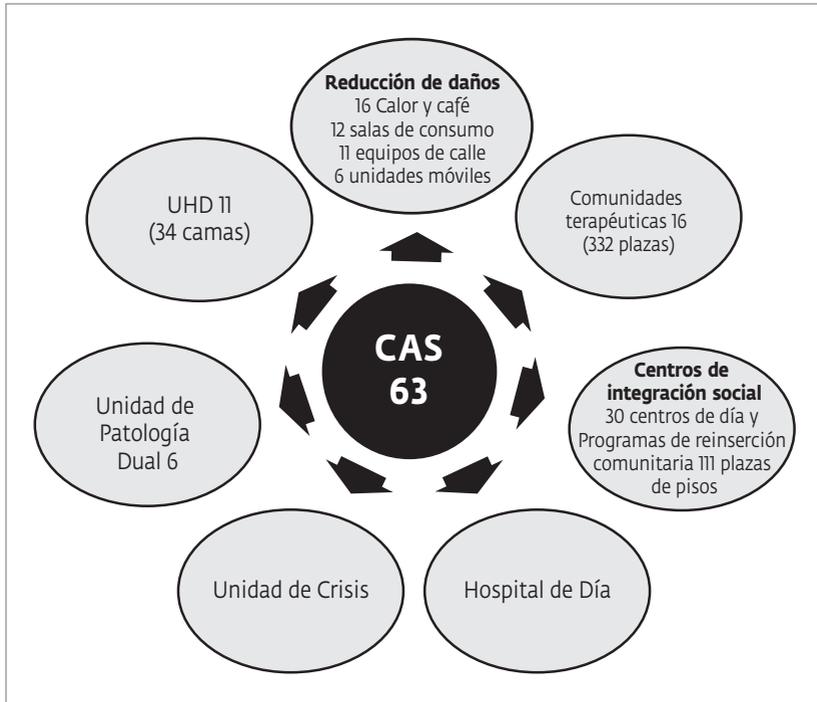
La continuidad de atención social y la adecuación de recursos para la atención y acompañamiento a la inclusión social de la población drogodependiente comprenden desde la atención a necesidades básicas, apoyo socio-familiar o servicios de inserción laboral. Aun así, a menudo la visión médica de las drogodependencias ha dejado el desarrollo de los abordajes sociolaborales en una segunda línea, en muchos casos supeditados a la finalización de la superación de la drogodependencia o a la tenencia de vivienda estable. Esta lógica puede excluir justamente a la población que más lo necesita, y que por largos procesos de marginalidad difícilmente se vinculan a los recursos normalizados para la búsqueda de trabajo o el acceso a la vivienda. Es por lo tanto importando la puesta en marcha de proyectos coetáneos a los procesos de recuperación de la dependencia que se adapten en espacio y recursos al perfil de la población más desfavorecida socialmente.

Ahora, cuando las dificultades y pobreza en la población general de Cataluña es más presente, es cuando las carencias de recursos de apoyo social y acompañamiento a la inclusión en estos colectivos se echa más de menos, puesto que:

- Los procesos de atención y la favorable evolución versus el cambio y autonomía se dificultan y alargan.

- El acceso a recursos de segundo nivel de la red por atención especializada se menor por carencia de recursos por el copago. El acceso a la RMI, que era recurso a la inclusión a través de acceso a recursos, se ha reducido drásticamente.
- El acceso a la vivienda y el trabajo es para muchos un espejismo desmotivador.
- Las oportunidades de apoyo en un contexto de competitividad de recursos sociales limitados y cada vez más escasos los sitúa en desventaja.

Recursos de ámbito asistencial de la XAD de Catalunya



Prevención y reducción de los riesgos

La prevención, literalmente, se define como la acción de evitar que algo se produzca y, en el ámbito que nos ocupa, se refiere a todo aquel conjunto de acciones que se desarrollan antes de que los daños aparezcan. En el ámbito de las políticas sobre drogas encaja en la llamada "reducción de la demanda" que tiene como finalidad "entrenar a los individuos para que, si les ofrecen drogas, las rechacen de tal manera que este hecho contribuya a reducir la demanda de drogas que circulan en el mercado en una comunidad, región o país determinado (Becoña, 2002, p. 68).

En general la prevención se enmarca en un conjunto más amplio de acciones de salud pública a través de las cuales se pretende propiciar estilos de vida positivos, saludables y autónomos a través del logro de ciertos objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016: (1) Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa de la solución; (2) Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia al ofrecimiento de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados; y (3) Aplazar la edad de inicio del contacto con las drogas. Además, para aquellas personas que consumen drogas se busca reducir o limitar los daños producidos en su salud. En definitiva, la prevención busca "ayudar a los y las jóvenes a ajustar su conducta, capacidades y bienestar en áreas sometidas a múltiples influencias como las normas sociales, la interacción con los iguales, las condiciones de vida y sus propios disparos de personalidad" (EMCDDA, 2013).

Las estrategias preventivas son diferentes en función del grado de vulnerabilidad que tiene la persona o grupo de desarrollar problemas derivados del uso de sustancias. Así, existen cuatro grandes tipos de estrategias: la prevención universal, la selectiva, la indicada y el ambiental. La prevención del tipo universal se dirige a todas las personas que residen en un área geográfica determinada (un país pero también una comunidad individual o un centro educativo), independientemente de su nivel de vulnerabilidad. De hecho, asume que todas las personas comparten el mismo grado de riesgo. Este tipo de prevención busca reducir los comportamientos de riesgo relacionados con el uso de drogas proporcionándolos las competencias necesarias para evitar o postergar el inicio como si fuera una "vacuna conductual". Los programas de prevención universal que se realizan más a menudo son los desarrollados en los centros educativos dirigidos a padres, los de ocio alternativo y las campañas publicitarias.

La prevención selectiva se orienta a grupos, familias o comunidades concretas que tienen un mayor riesgo que el resto de la población de desarrollar problemas relacionados con el uso de drogas. Este incremento del riesgo puede ser debido de tanto a características personales como factores sociales, demográficos y/o ambientales. Ejemplos de este tipo de intervenciones son las dirigidas a los hijos e hijas de personas consumidoras problemáticas de drogas, menores internados en centros de protección, jóvenes que asisten de manera habitual a espacios de ocio nocturno relacionados con la música electrónica y el baile.

En tercer lugar, la prevención indicada pretende identificar a aquellas personas consumidoras con problemas psicológicos o de conducta que pueden conducir a una situación de abuso de drogas e intervenir con ellas con programas específicos. En estos casos el objetivo no es necesariamente el hecho de prevenir el consumo, sino disminuir la frecuencia de consumo y/o prevenir ciertos consumos de riesgo, evitar problemáticas asociadas e impedir el paso a una dependencia de la sustancia.

Finalmente, las estrategias ambientales buscan alterar los entornos culturales, sociales, físicos y/o económicos inmediatos en los que viven las personas. Parten de la premisa que el consumo de drogas no tiene que ver sólo con factores individuales sino que también está influido por la confluencia compleja de factores contextuales entre los que están, por ejemplo, las actitudes sociales de aprobación o desaprobación del uso de drogas, las leyes sobre la materia, la publicidad (por ejemplo de bebidas alcohólicas), o la disponibilidad de drogas.

Se ha trabajado mucho en los últimos años con el objetivo de evaluar las diferentes políticas y programas preventivos y determinar cuáles son las que producen los mejores resultados esperados. Por eso el enfoque utilizado ha sido el de recoger las evidencias científicas aportadas por estudios muy diseñados y elaborar recomendaciones y guías de buenas prácticas para su desarrollo. Así, por ejemplo, sabemos que las intervenciones motivacionales breves son eficaces en ciertos grupos de población (prevención selectiva e indicada) mientras que las campañas publicitarias a través de los medios de comunicación son ineficaces a la hora de prevenir el consumo. Por algunas intervenciones (por ejemplo, las intervenciones parentales) los resultados todavía no son definitivos y en otras intervenciones todavía no se dispone de suficiente información. Existen intervenciones que, a pesar de lograr resultados modestos, resultan coste-efectivas dado que incluye una leve disminución en el uso de drogas por parte de ciertos grupos (por ejemplo, los menores de edad) produce beneficios sustanciales (Strang et. al., 2012).

Por criterios de eficiencia consideramos que es necesario orientar las acciones preventivas hacia población de mayor riesgo (prevención selectiva e indicada). Estas acciones tienen que tener en cuenta, no sólo la sustancia que se consume, sino a la propia persona y el contexto específico en el que se encuentra. Uno de estos colectivos son los jóvenes. El consumo de drogas es una realidad para muchos de ellos. Forma parte de sus hábitos de ocio nocturno, con un rol facilitador y/o potenciador de la experiencia recreativa. El grupo de iguales se convierte en fuente de información sobre las sustancias, sobre sus riesgos y sobre cómo consumirlas. Por lo tanto, las estrategias preventivas basadas en la promoción de la abstinencia no funcionan en ellos y, en muchas ocasiones, estas estrategias basadas en el recurso del miedo o en una exageración de los riesgos no encuentra reflejo en sus experiencias con las drogas.

La reducción de riesgos y daños en población joven consumidora de drogas busca entrar en contacto con ella a través de diferentes estrategias. Desde finales de los años noventa, en Europa han aparecido diferentes iniciativas que se desplazan a lugares de encuentro de los jóvenes y les acercan información adaptada, objetiva y de utilidad sobre los riesgos de las sustancias que consumen y sobre estrategias para abordar un consumo de menor riesgo. Estas iniciativas están emprendidas por iguales procedentes de los mismos espacios y conocedores de las realidades sobre las que intervienen y dotados de una credibilidad que no tienen otros agentes preventivos. Además, estos programas han incorporado acciones a través de las tecnologías de la información y comunicación adaptando los contenidos y formatos a los nuevos medios utilizados por los jóvenes.

Una mención especial merecen los servicios de análisis de sustancias operados por estos proyectos. A través del análisis, entran en contacto con la población joven con un recurso muy adaptado a sus necesidades e intereses (conocer la composición de las drogas que consumen), permiten la monitorización de los mercados de drogas (en cuanto a la pureza y adulteraciones, pero también en cuanto a nuevas sustancias y formatos) y forman parte de sistemas de alerta precoz. En España las organizaciones con servicios de análisis están incorporadas en el "Sistema de Alerta Temprana Español" del Ministerio de Sanidad que, a su vez, informa al Sistema de Alerta Europeo, y contribuye a la gran base de datos europea para el intercambio rápido de información entre organizaciones que trabajan en contextos recreativos de ocio nocturno.

5. Drogas y crisis hoy

El Plan Nacional sobre Drogas realiza bianualmente dos encuestas orientadas a conocer la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas entre la población del conjunto del Estado Español. Estas son la Encuesta Estatal sobre Usos de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años en todo el Estado Español (ESTUDES), y la Encuesta en población General sobre Alcohol y Drogas en España residente en hogares (15-65 años). Los últimos resultados de ambas encuestas muestran una estabilización del consumo, donde no parece evidenciarse que la crisis esté modificando significativamente los niveles de consumo de drogas.

No obstante, ambas encuestas están orientadas a recoger datos en torno a los periodos de consumo (alguna vez en la vida, el último año y el último mes) pero en cambio no entran a analizar las relaciones entre los factores de riesgo y el consumo, y parecen ser poco sensibles en la detección de posibles nuevos escenarios derivados del contexto social y económico del momento. A pesar de no disponer de instrumentos bastante sensibles para detectar los posibles efectos de la crisis en el consumo de drogas, existen razones para pensar que el contexto actual de crisis está teniendo un impacto negativo y el pronóstico no es precisamente esperanzador; empeoramiento de los factores estructurales de vulnerabilidad y el deterioro de la capacidad de respuesta.

En relación a los efectos de la crisis encontramos perspectivas de análisis muy diversas. Existe una lectura orientada en la disminución de los gastos dedicados al consumo, como consecuencia de la reducción del poder adquisitivo de la población con dificultades para salir del paro ([Costa, de Grawe y Reuter (2011)]). Un posicionamiento que situaría los contextos económicos recesivos como efectos preventivos del consumo. Ante este posicionamiento sólo querríamos añadir que si se diera el caso, no tendríamos que bajar el alerta puesto que bajo la misma lógica una vez superada la situación de precariedad económica se podrían recuperar las pautas de consumo anteriores.

Pero más allá de esta lectura, la experiencia de intervención en el ámbito de drogas nos hace pensar, tal y cómo apuntan Bretteville-Jensen (2011) que los contextos de crisis se adaptan a la disminución del poder adquisitivo de los consumidores/se abaratando las sustancias y haciéndolas más asequibles a colectivos afectados por situaciones de precariedad económica. Hay numerosos estudios que apuntan un aumento del consumo en estos periodos.

Arkes (2011) y Chalmers y Ritter (2011) analizan el impacto que las tasas de paro tienen en el consumo de cannabis en Holanda y Australia, respectivamente. Los resultados de la búsqueda de Arkes concluyen que tanto en adolescentes cómo en jóvenes adultos, el consumo de cannabis se ve incrementado a medida que también lo hace el paro. Los motivos que señala de este aumento se explican por la atracción que puede generar la venta ilegal de cannabis en contextos económicos recesivos.

En esta línea el gobierno español reveló que en 2013 se había duplicado el tráfico de drogas en el territorio, debido a la duración de la crisis. En cuanto a la cocaína, en 2013 se confiscaron 14,9 toneladas frente las 6,9 del 2012 y las confiscaciones de hachís aumentaron un 30%, y a pesar de que la mitad entraron por mar, el resto fue introducida por tierra por personas que practican lo la pequeña compra - venta. A partir de esta lectura podríamos apuntar a que la venta ilegal de sustancias puede acontecer un polo de atracción para personas en situación de vulnerabilidad económica, que ven en el pequeño tráfico una salida económica en contextos de crisis.

En cuanto al consumo también observamos cambios en relación a las sustancias. En la tarea diaria en el territorio se ha detectado un aumento del consumo de heroína por parte de consumidores habituales de cocaína inyectada debido a que los efectos de la heroína son más estables y la intensidad en el gasto se reduce. Así mismo, también en el consumo inyectado se detecta el uso de nuevas sustancias derivadas de las cationas, que tienen un menor coste, a pesar de que aumentan el riesgo en el consumo. Hecho que también se observa en un uso más recreativo, donde se ha aumentado el consumo de anfetaminas y speed como sustitutos de la cocaína. Finalmente, en el análisis de sustancias, la irrupción de las legalhighs (drogas no fiscalizadas en los registros de Naciones Unidas) puede responder no sólo al interés del consumidor al sortear la fiscalización sino también a su bajo precio.

En cualquier caso lo que cuesta más de medir es la dimensión subjetiva de la crisis sobre las personas. Paul Lasarfeld, Marie Johada y Hans Zeisel nos obsequiaron con una gran obra maestra titulada Los parados de Marienthal, donde se exponían las nefastas consecuencias del paro sobre la identidad de las personas paradas. El retrato más duro de la depresión de los años 30 que desgraciadamente hoy es vigente en muchísimos hogares de nuestro país. La pérdida de confianza en uno mismo, la aceptación resignada de la pérdida de las condiciones

de vida anteriores a la crisis; sentirse abandonado/a, inútil socialmente, humillado. Este terrible drama humano descrito los años posteriores del crack del 29 está también haciendo estragos los últimos años en nuestros pueblos y ciudades. Experiencias psicológicas negativas que hoy sabemos que incluyen mayores sintomatologías depresivas entre las personas que sufren el paro y la precariedad laboral, y también, mayores probabilidades de alcoholismo y dependencia a psicofármacos [(Dooley, Catalano y Hough, 1992); (Ezzy, 1993.); (Jin, Sha, Svoboda,1995).

En relación al consumo de alcohol si comparamos datos del Estudio Screen 2006 y el Estudio IMPACT 2010 en el que miden el impacto de la actual crisis económica en la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en la atención primaria observamos un incremento relativo de dependencia de alcohol del 11,6% y un 4,5% del abuso de la misma sustancia.

En el ámbito de la salud mental parece que hay más unanimidad al afirmar que las recensiones económicas ejercen un impacto negativo por factores vinculados principalmente al paro [(Stuckler, Basu, Suhrcke, 2009); (Chen, 2012)]. Aun así acostumbran ser estudios centrados en la depresión, y no tan en el abuso de sustancias. No obstante sí que observamos un aumento de la prescripción de tratamientos psicofarmacológicos como respuesta a sintomatologías de malestar. El consumo de fármacos hipnosedantes ha pasado del 5,1% al 2005 a un 11,4% al 2011 (*EDADES 2011), convirtiendo esta droga en la más utilizada, por delante el cannabis.

Otros datos de referencia podrían ser las que recoge IMS Health que incluyen el número de medicamentos vendidos a través de mayoristas a las oficinas de farmacia. Según estos datos vemos como en 2009 se vendieron en España 123,708 millones de envases de psicofármacos, y al 2012 un total de 128,796 millones, produciéndose un aumento del 4%.

Finalmente, todo el mundo sabe que la culpa de la crisis económica a pesar de no estar situada en la población es quién lo está pagando, y no sólo en términos de costear la deuda producida por bancos y gobiernos sino también a través de una pérdida en recursos de educación, de salud y de bienestar social originado por una reducción de presupuestos por estas prestaciones.

Hasta ahora, el gasto total de salud se ha reducido un 15% en Cataluña. En cuanto a aspectos referidos a drogas esto se refleja en:

- Una reducción muy importante en toda la actividad preventiva, sobre todo aquella que dependía de presupuestos de ámbito municipal.
- Actividades que proporcionan atención directa a los individuos han sido prioridad sobre otras actividades que se han reducido de forma muy significativa como la formación de profesionales, la investigación o la producción de materiales educativos, entre otros.
- A pesar de que hasta ahora en Cataluña no se han cerrado centros de atención, algunos servicios han reducido horas de apertura y/o han reducido en personal y actividad. Por otra parte, se ha aplazado la apertura de nuevos servicios que habían sido proyectados. La mejora de la eficiencia de los centros y un alto compromiso de los trabajadores de los servicios y gerentes ha compensado el impacto de la reducción de inversión presupuestaría.

El sistema de información sobre drogas (admisión y atención en drogas, centros de tratamiento y centros de reducción de daños, encuestas sobre el consumo, indicadores de morbilidad y la mortalidad, admisión de emergencia a los hospitales, etc.), no ha sido capaz de detectar cambios importantes desde el comienzo de la crisis, pero esto podría ser debido a que el sistema no es capaz de supervisar los cambios en desarrollo, y que la transformación va a un ritmo lento.

6. Conclusiones

En un momento en que cada vez más se pide la evaluación de los resultados en la intervención en materia de drogas, más constancia tenemos de la amplia evidencia del fracaso de la prohibición de ciertas drogas en el marco de las convenciones internacionales. No tan sólo los objetivos dirigidos a la reducción del consumo y a la disminución del mercado de drogas ilícitas no se han cumplido, más bien el contrario, se han ampliado los costes adicionales por el bienestar y la seguridad de la sociedad en general y de los y las afectadas en particular.

Igual que todo consumo de drogas comporta riesgos, las políticas también presentan riesgos de mostrarse inefectivas en sus propósitos, o comportar consecuencias negativas que por lo pronto en su diseño e implementación no se habían previsto.

La propia UNOD reconoce algunos de los efectos negativos que se han desprendido de las convenciones internacionales de la política

prohibicionista, aquella que se denominó de "guerra contra las drogas", centrada especialmente en aspectos de control de la oferta. Así señala que:

- Se ha creado un mercado negro criminal de proporciones considerables.
- El desplazamiento de las políticas a una inversión prioritaria en control de oferta y represión que ha comportado una asignación de escasos recursos hacia la salud.
- Un efecto del desplazamiento de la producción, del tránsito y del suministro constante como resultado de los sistemas de persecución y fiscalización del mercado ilegal de drogas, y no de eliminación.
- El desplazamiento del consumo a sustancias diferentes.
- El estigma y discriminación de las personas que usan drogas, impidiendo o dificultando al tratamiento.

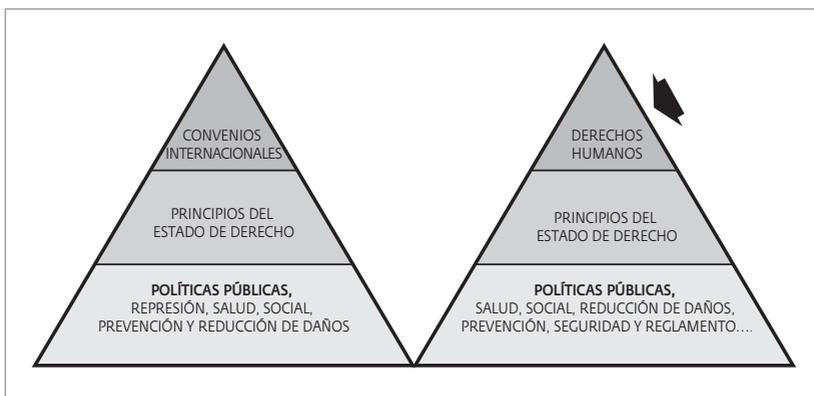
Estas consecuencias negativas mencionadas se pueden presentar de manera diversa en cuanto a intensidad y crudeza según territorios o países, ya sea por su emplazamiento en el marco geopolítico de mercados y guerra a las drogas, la severidad de las propias leyes y/o la disponibilidad de recursos públicos de atención a la población con problemática de drogas. Aun así, en todas partes se puede constatar el fracaso y los efectos negativos de estas políticas, con consecuencias negativas cómo:

- La amenaza a la salud pública y la propagación de enfermedades y mortalidad.
- La generación de delincuencia, corrupción y enriquecimiento criminal.
- La pérdida en el reconocimiento y respecto de derechos humanos.
- La promoción del estigma y la discriminación de consumidores.
- El desperdicio de importantes sumas de inversión, cuando en ciertos países las economías han sido socavadas.
- El obstaculización del desarrollo, el debilitamiento de la seguridad y un incremento del conflicto en ciertos territorios.
- La deforestación y contaminación en zonas productoras..

Así pues, la constatación del fracaso y de los efectos negativos ha traído que cada vez haya más personas de ámbitos varios (expertos en búsqueda, prevención o atención; personas de renombre político; profesionales de la judicatura o del mundo policial, etc.) que se inclinen de

manera más insistente a abrir debate y proponer políticas alternativas que tengan en cuenta el contexto local, cultural y de necesidades de los territorios donde se aplican, sin obviar por eso la dimensión del fenómeno en un mundo globalizado.

Diferencias sustanciales



Unas propuestas alternativas de políticas que sean fiscalmente responsables y reduzcan de forma drástica el nivel de encarcelamiento y criminalización existente en población consumidora o relacionada con el pequeño tráfico o delito funcional. Unas políticas que se fundamenten en evidencia, y estén basadas en la salud pública y los derechos humanos.

Es en cuanto que las políticas se re-consideren a la luz de los resultados obtenidos a lo largo de los últimos 40 años de implementación (Convención Única de estupefacientes de 1961) que existirán más posibilidades de jugar a favor de las personas y de las comunidades en situación de riesgo, vulnerables y/o afectadas, y a aportar seguridad, bienestar y mejora en la salud pública.

La mejora en abordajes preventivos y la calidad de atención y salud pública, como también de seguridad, pasa por dejar de situar las políticas represivas, centradas en la persecución de mercados incontrolados y de una criminalidad cada vez más poderosa, como opción única y principio orientador. Se requiere imaginar y ensayar alternativas que tomen como principio director de las políticas de drogas los derechos humanos.

Sólo así es posible reconocer y ensayar políticas alternativas que reduzcan la carga represiva de control de la oferta y consumo, y permitan re-asignar de manera diferente las prioridades de inversión favoreciendo

ámbitos más propios de la atención social, la salud y la prevención. Hoy, el gasto en políticas represivas de control de la oferta representa más del 70% (datos EMCDDA), que se aplica a través de actuaciones de sanción a los consumidores y penalización a proveedores y traficantes. El resto del gasto, se distribuye de manera descendente según orden de inversión en asistencia, organización, prevención, investigación y cooperación internacional, y reducción de daños.

Una re-asignación de recursos que tendría que pasar para establecer nuevas prioridades políticas y avanzar en propuestas alternativas, como por ejemplo:

- Dar impulso prioritario en programas de Reducción de Daños, puesto que no sólo contamos con la evidencia que mejoran aspectos de salud pública en población destinataria, sino que también contribuyen de manera muy significativa en la mejora de seguridad del espacio público y la comunidad.
- Avanzar en propuestas alternativas de regularización que se despliegan mediante reglamento y normativa, pero a un menor coste que los mecanismos de represión y control penal clásicos.

Así, situar los Derechos Humanos en el vértice orientador de las políticas en lugar de las actuales convenciones internacionales de prohibición y represión, no sólo nos da la posibilidad de aplicar políticas de mayor atención social y de salud en la población afectada y políticas de prevención hacia el conjunto de la población, sino que también nos puede aportar mayores índices de seguridad en el espacio público reduciendo un mercado ilegal en manos de las organizaciones criminales.

Las políticas de regulación de drogas, especialmente para lo que se plantea en la actualidad sobre el cannabis, tiene como voluntad permitir los Estados tomar control de los mercados desregularizados y actualmente en manos de los traficantes y mafias. El control en aspectos como la producción, la distribución y el acceso a ciertas sustancias.

Muestra de este proceso o tránsito hacia la regulación, y en concreto por el que hace aspectos referidos al cannabis, es:

- 2008: UNODC Reconoce por primera vez que la Guerra contra las drogas a generado consecuencias negativas no previstas.
- 2009: Publicación del informe de las Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia
- 2011: Aumento sostenido de muertos asociadas a la Guerra contra el narcotráfico en México.

- 2011: Informe Comisión Global sobre Políticas de Drogas. Debate de presidentes.
- 2012: Colorado y Washington en los EE.UU. votan por la regulación del cannabis. Más de 20 Estados a USA cuentan con dispensarios de uso medicinal.
- 2013: La OEA (Organización de Estado Americanos) publica "Informe sobre el problema de las drogas en las Américas". Documento donde se exploran escenarios posibles de políticas alternativas.
- 2013 Uruguay aprueba una ley de regulación global del cannabis.

Los antecedentes en políticas de regularización de cannabis los tenemos en la apertura de los coffee-shops en Holanda hace más de 30 años para un acceso al consumo recreativo. O también antecedentes de regularización es el acceso a heroína como fármaco de tratamiento, a través de la dispensación controlada a adictos, que se da por ejemplo en Suiza desde hace más de veinticinco años, y hoy en otros países europeos.

En cuanto a la experiencia holandesa de regulación al acceso al cannabis a través de los coffee-shops, a pesar de la importante limitación de no haber regulado la producción, ha mostrado ventajas en aspectos importantes cómo:

- La prevalencia del consumo de cannabis se ha mantenido en la media de consumo europeo.
- El consumo no es observado como desviación o parte de subculturas.
- Los costes de criminalización y penaltis sobre la población consumidora son muy menores.
- Una separación de mercados: el mercado del cannabis respecto a otras sustancias ilegales de mayor riesgo, como la heroína, la cocaína, etc.

Hoy los referentes de procesos reguladores son especialmente algunos estados de Norteamérica (Colorado, Washington) y Uruguay. En los dos Estados de los EE.UU, a partir de una mayoría de voto a una enmienda presentada se ha implementado un proceso regulador que actualmente autoriza un número finito de licencias productivas y de dispensación. En el caso de Uruguay se ha aprobado una Ley (2013) y un reglamento (2014) que regula toda la cadena de mercado desde la

producción a la adquisición de cannabis a través de diferentes canales (farmacias, clubes de fumadores o auto cultivo).

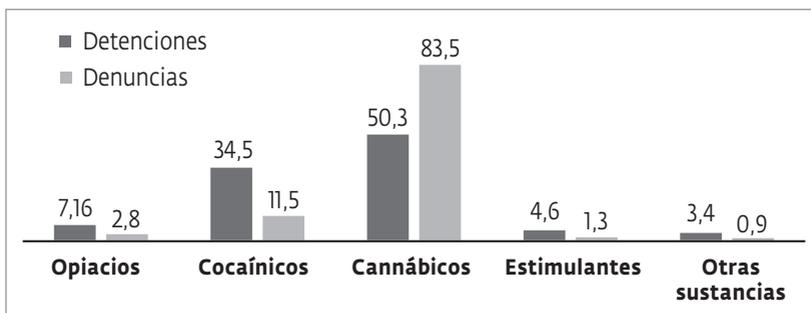
En la proximidad de nuestra realidad, tenemos los procesos reguladores iniciados en Cataluña y en País Vasco estos dos últimos años respecto los Clubes de fumadores de cannabis. Un proceso regulador que pretende:

- portar seguridad jurídica al consumidor de cannabis cuando, a pesar de que el consumo de drogas está despenalizado desde el 1974 en España, no existen vías legales de aprovisionamiento que no pasen por el mercado ilegal y, por lo tanto, de sufrir el riesgo de ser sancionado o procesado por infracciones.
- Poner orden a un aumento descontrolado de clubes de consumo que aprovechando el camino de autogestión iniciado por consumidores hace cerca de diez años, han proliferado de manera exagerada en ciudades como Barcelona con un interés oculto propio de la comercialización de la sustancia.
- Mejorar posibilidades de abordaje de salud pública, y de reducción de riesgos y daños en consumidores que acuden a estos clubes.

Es evidente que en buena parte las propuestas de regulación de drogas se está centrando en los mercados del cannabis. Este hecho responde a motivaciones diversas 1) Es una sustancia con un grado de riesgo menor o débil en comparación a otras sustancias, 2) corresponde al grupo de población más amplio de consumidores de drogas ilegales, 3) se trata del mayor mercado que se asocia al tráfico y a la criminalidad; 4) y, por último, es donde se concentra la mayor parte del gasto del sistema represivo, puesto que es donde más se acumulan las sanciones y penas en relación al consumo y tráfico de drogas ilegales.

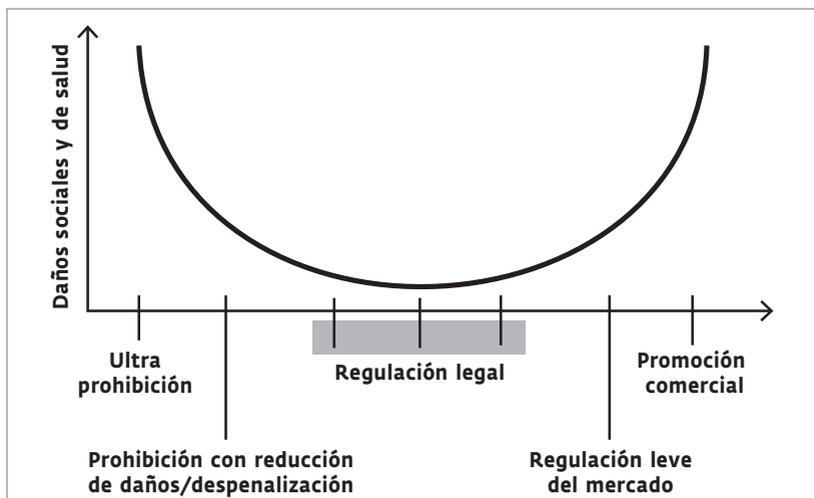
La siguiente tabla nos muestra la distribución de denuncias y detenciones asociadas al consumo y/o tenencia de drogas en espacios públicos o de detenciones referidas a delitos contra la salud pública en el Estado español. Como vemos, la distribución mayoritaria corresponde a población consumidora o que se relaciona con el mercado de cannabis.

Gráfico 3. Distribución de las detenciones y las denuncias por tipos de sustancias (%) España 2010



Por otra parte, según indican las estadísticas del Ministerio del Interior, el número de detenidos relacionados con drogas ilegales a lo largo de los años no se ha reducido, este se mantiene estable o aumenta independientemente a la capacidad de la acción policial de control de la oferta, o del aumento de penas que hayan podido ser introducidas en el código penal.

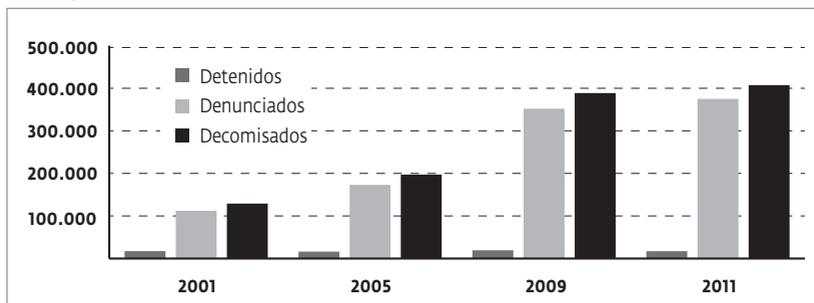
Así también, observamos que el número de consumidores sancionados y decomisos de drogas no deja de aumentar de manera sostenida a lo largo de los años. Los mercados de drogas no se redujeron sino el contrario (mayoritariamente de cannabis), y el efecto disuasorio del consumo o prácticas asociadas a este por la vía de la sanción no se muestra útil a pesar de ampliar daños morales o económicos. Afirmaríamos que las sanciones referidas a cannabis a lo largo de los años no han dejado de aumentar de forma sostenida desde la aprobación de la Ley de Seguridad Ciudadana 1/92, y que el perfil de sancionados según datos del mismo Ministerio (Anuario Estadístico 2012) es un hombre (94%) español (87,6%) y de edades comprendidas entre los 19 y 25 años (46,6%). Estamos pues ante una política que básicamente opera castigando a población muy joven y sin recursos.



Tal y cómo muestra el gráfico, la opción de la regularización de sustancias, con el objetivo de contrarrestar los efectos colaterales negativos de las políticas actuales de represión, propone una opción más centrada respecto las posiciones de radicalidad que basculan entre la prohibición total o la promoción comercial.

Los extremos, que vienen a asociarse a mercados no regulados y en los que existe un interés de lucro, ya sea a través de mercados ilícitos (ganancia de dinero, su blanqueo y posible reinversión financiera o en ámbitos de economía especulativa), o ya sea a través de una promoción comercial de venta, como fue el caso del alcohol o el tabaco, comporta siempre un incremento en términos de daños sociales y de salud.

Gráfico 4. Datos estadísticos de la lucha contra la droga en España (2001-2011)



Fuente: Anuari Estadístic 2012 Ministeri de l'Interior

En el punto medio, encontraríamos el punto óptimo de regulación donde el factor impulsor es la "ética de la eficacia" donde las políticas son tanto éticas como efectivas. La regularización, como modelo de mercados regulados, aporta posiciones pragmáticas de respuesta y a la vez, despliega un control estricto donde no existe.

Apuntaríamos por otra parte, que así como la despenalización de drogas que han incorporado bastantes países en los últimos años ha sido una apuesta clara para reducir daños penales y niveles de encarcelamiento difícilmente sostenibles desde una dimensión de mínimos éticos. La reducción de daños desplegada a través de recursos diversos de atención al consumidor en diferentes países, sobre todo europeos, supuso un paso importante en la ética del respeto de derechos humanos y la protección de la salud y condiciones básicas de vida de la población drogodependiente. No tan sólo fue integrar una perspectiva amplia de políticas de salud pública para la reducción en daños sociales y de salud asociados al consumo, sino que también representa respeto la prohibición un adelanto en un continuo acercamiento a condiciones de mayor control y seguridad en el acceso a las sustancias y contextos de consumo propios de una regulación. Así observaríamos la Reducción de Daños como el tránsito lógico y secuencial que precedería un reconocimiento más amplio en derechos, y la posibilidad a partir de un mercado reglamentado, de poder en más amplitud reducir daños sociales y de salud.

Las entidades dedicadas a aspectos de prevención y/o de atención de poblaciones afectadas, o las que trabajan en aspectos de justicia y derechos humanos, o sea en cooperación y desarrollo de comunidades o territorios, entre otros, les corresponde ser partícipes en el debate sobre las políticas de drogas. Contribuir en políticas más justas, en el marco del respeto de derechos humanos, que garanticen la protección y mejora de la salud pública, la protección de la población joven y más vulnerable, y la reducción de los niveles de delincuencia, corrupción y violencia, es hoy un trayecto de tránsito cada vez menos posible de obviar o silenciar.

Por último, hacer mención que, las posiciones de inmovilismo o de retroceso hacia posiciones más punitivas, sancionadoras y el no reconocimiento o vulneración de derechos de las poblaciones consumidoras, y que hoy se nos presenta en forma de propuestas legislativas por parte del gobierno de España, es un viaje sin sentido. El grado de evidencia acumulado de fracaso de los postulados de prohibición y represión de hace 40 años difícilmente puede ser enmudecido o negado en

un contexto mundial como el actual en que se están produciendo cambios, y ciertos países se sienten legitimados ampliamente por los altos costes de sufrimiento que presentan.

El avance en políticas de salud pública y reducción de daños en países europeos que permitieran reducir la incidencia en problemáticas de salud, es, en realidad, el estadio previo de tránsito necesario y complementario por una regulación responsable en términos de protección de la salud pública. Se han reducido los umbrales de sufrimiento del pasado, pero esto no nos excusa de una parálisis complaciente en trayecto que hoy se abre. Ciertos paradigmas descriptivos y de abordaje del fenómeno de drogas surgidos de lógicas propias del discurso y de la política hegemónica de la prohibición están hoy fuertemente cuestionados por parte de un cada vez más amplio número de expertos y representantes, también desde lugares y territorios distantes y varios, y en una propuesta de opinión en mayorías sociales que hace escasamente tres años en algunos países era impensable.

7. Referencias bibliográficas

- 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.

8. ¿Qué se puede hacer desde el voluntariado?

- Federación Catalana de Drogodependencias - www.fcd.org
- Fundación Salud y Comunidad - www.fsyc.org
- Asociación Promoción y Desarrollo - www.pdsweb.org

Barcelona, junio 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 colaboración con:

ara.cat

AteneuBarcelonès
ABCDEFGHIJK
LMNOPQRSTU
VWXYZ

Dossier de capacitación del voluntariado para el análisis y el debate sobre políticas sociales

Con el apoyo de:

