

Hacer de la necesidad, virtud

Políticas de drogas en Cataluña,
de la acción local hacia el cambio global



A Xavier Sánchez Pretel

in memoriam 2013

Hacer de la necesidad, virtud

Políticas de drogas en Cataluña,
de la acción local hacia el cambio global

Òscar Parés Franquero

José Carlos Bouso Saiz

Enero 2015

Programa de Políticas Globales sobre Drogas



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Derechos de autor © propiedad de Fundaciones *Open Society*. Todos los derechos están reservados.

Ningún fragmento de esta publicación puede ser reproducido, almacenado en sistemas para localización de archivos, o transmitido en forma o medio alguno, sin autorización previa del editor.

ISBN: 978-1-940983-30-1

Publicado por:
Fundaciones *Open Society*
224 West 57th Street
New York, NY 10019 USA
www.soros.org

Para recibir mayor información, contactar a:
Programa de Políticas Globales sobre Drogas
Fundaciones *Open Society*
224 West 57th Street
New York, NY 10019 USA
www.opensocietyfoundations.org
www.opensocietyfoundations.org/about/programs/global-drug-policy-program

Foto de portada: Miembros de los Castellers de Barcelona hacen una torre humana en el 25º Concurso de Castillos de Tarragona. 5 de octubre de 2014. © Pau Barrera | eyevine | Redux

Portada y diagramación a cargo de Judit Kovács | Createch Ltd.

Impreso por Createch Ltd. | Hungría

Prólogo

Partamos de lo obvio: hoy día sabemos mucho más que en el pasado sobre la regulación del uso, la posesión, el transporte, la venta y la fabricación de drogas. A medida que las distintas políticas han fracasado o tenido éxito, a medida que se han realizado más estudios y publicado más datos, un número creciente de políticos comienzan a darse cuenta que las leyes punitivas no han reducido el uso o la disponibilidad de drogas. De hecho, la prohibición ha contribuido al aumento en las tasas de consumo de drogas, violencia y encarcelamiento, y al aumento de la transmisión del VIH, por nombrar sólo algunos de los efectos del enfoque basado en la represión legal. Si bien tenemos nociones sobre lo que suele funcionar y lo que no, es importante reconocer que no hay un único enfoque para la reforma en política de drogas que valga en todos los contextos. Pero, como Open Society Foundations y otras organizaciones han documentado ampliamente, las pruebas del éxito de ciertas reformas son cada vez más concluyentes y provienen de diversas fuentes.

Hacer de la Necesidad, Virtud es el primer estudio de la serie *Lecciones en Política sobre Drogas* que explora y documenta la formulación de políticas de drogas a nivel sub-estatal en Cataluña, España. Hasta la fecha, la serie de publicaciones *Lecciones en Políticas sobre Drogas* ha documentado las mejores prácticas en la implementación de política sobre drogas a nivel *nacional* en Suiza, Portugal, la República Checa y Holanda. Sin embargo, la reforma de política también sucede a nivel sub-estatal –regional y local– como hemos visto en Estados Unidos con la reciente regulación de la marihuana para el uso recreativo en los estados de Washington y Colorado. Mientras los gobiernos se preparan para la Sesión Especial en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016 sobre política de drogas, es necesario que entiendan y consideren todas las opciones, y hay muchas.

En España, la posesión de drogas para el consumo personal nunca ha sido penalizada. De hecho, el Tribunal Supremo de España ha designado que el consumo compartido entre dependientes de drogas es legal. Sin embargo, en 1992 la Ley de Seguridad Pública hizo que la posesión y el consumo en lugares públicos fuera una ofensa castigada con una multa o

tratamiento obligatorio. La disonancia entre la evolución de las leyes que protegen la posesión para uso personal y el consumo compartido, por un lado, y la Ley de Seguridad Pública, por el otro, dio lugar al crecimiento de un movimiento activista pro-cannabis.

El Plan Nacional de Drogas creado por el Ministerio de Salud para toda España inicialmente consideró el estatus de la droga en términos biomédicos y enfocó sus esfuerzos en la prevención y el tratamiento del consumo de heroína a través de la abstinencia. En cambio, la estrategia catalana se fijó más en la dimensión comunitaria. Desde el principio, la acción del gobierno de Cataluña respondió a la movilización de las familias de los jóvenes afectados por el consumo de drogas y el movimiento vecinal, que denunciaron la falta de recursos. Días después de la creación del Plan Nacional sobre Drogas del Parlamento de Cataluña, y con un consenso amplio, se aprobó una ley para hacer frente a las necesidades sociales y de salud de las personas afectadas por el consumo de drogas. La ley trató de aprovechar, consolidar y coordinar los recursos existentes, y llevó a la creación de la Red de Atención a Drogodependientes en Cataluña, la cual actualmente está compuesta por comunidades terapéuticas, centros de integración social, unidades de patología dual, unidades de desintoxicación en los hospitales, unidades de crisis y centros de reducción de daños.

En Cataluña, la sociedad civil también nos ofrece una respuesta muy interesante a la tensión entre legalización para el uso personal y criminalización de la venta de cannabis: los Clubs Sociales de Cannabis. Los Clubs de Cannabis son asociaciones sin ánimo de lucro, cuyo propósito es el cultivo colectivo de las plantas para el consumo exclusivo de sus miembros. Desde su creación en Barcelona en 1991, el concepto se ha propagado en toda España, y Europa en general. Para la comunidad, los Clubs de Cannabis ofrecen un espacio para el consumo privado y disminuyen las ventas y el uso público, lo cual, a su vez, da lugar a una reducción de actividades policiales y los gastos que conllevan. Y para la sociedad, los Clubs de Cannabis generan una valiosa contribución a la economía formal mediante la creación de empleos, pago de impuestos, y la compra de bienes y servicios para su funcionamiento. Además, mientras que los Clubs de Cannabis han proliferado, se constata una tendencia interesante: el consumo de cannabis ha disminuido progresivamente entre consumidores experimentales, usuarios ocasionales e incluso usuarios habituales.

Esta serie es parte de un esfuerzo más amplio para mejorar el intercambio transparente de información, datos y análisis que nos ayuden a entender mejor las oportunidades y desafíos en la formulación de políticas de drogas. Esperamos que los estudios de caso informen e inspiren a los políticos, los defensores y los usuarios de drogas a reflexionar y rediseñar las políticas de drogas a nivel local, nacional y mundial para que sean humanas y basadas en datos objetivos.

Kasia Malinowska-Sempruch
Directora del Programa Global
de Políticas sobre Drogas
Open Society Foundations

Jordi Vaquer
Director de la Iniciativa Sociedad
Abierta para Europa
Open Society Foundations

Índice

Agradecimientos	9
I. Las drogas en España	11
II. La problemática de las drogas en España y sus políticas asociadas	13
1. El inicio de la problemática de las drogas en España	13
2. Políticas de drogas	15
III. Cataluña y el consenso	17
1. El recorrido legislativo en Cataluña	17
2. El consenso como motor de cambio	19
2.1 Los profesionales	21
2.2 De abajo a arriba	21
2.3 Fenómeno NIMBY y consenso político	23
IV. Salud pública y reducción de daños	25
1. Las primeras intervenciones en Cataluña	25
2. El modelo bio-psico-social	26
3. La incorporación de la reducción de daños	27
4. Los programas de reducción de riesgos (RdR) en espacios de ocio nocturno	29
5. Salas de consumo higiénico	29

V.	Clubes de Cannabis	31
	1. La brecha catalana	31
	2. La brecha vasca	32
	3. El formato de Club Social de Cannabis (CSC)	33
	4. Rasquera	34
	5. La respuesta de las instituciones españolas	35
	6. La respuesta del País Vasco, Cataluña y Navarra	36
	7. Hacer de la necesidad, virtud	39
VI.	Conclusiones	47
	Referencias	49
	Entrevistas	53
	Otras referencias consultadas	57
	Sobre los autores	61

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer a todas las personas que han contribuido con su tiempo y dedicación a ser entrevistadas para la realización de este informe. También a todas aquellas personas que se han ofrecido para hacer una revisión del mismo y a la Fundación ICEERS por darnos el espacio para desarrollar este proyecto.

I. Las drogas en España

Son motivo de atención internacional los países con políticas de drogas no criminalizadoras para el usuario. Por ejemplo, Portugal, desde que en 2001 despenalizara la tenencia de drogas dejando de constituir un delito para ser considerada una falta, está considerado como uno de los modelos internacionales a seguir. Algo similar ha ocurrido con la República Checa. Por ello sorprende la poca atención que ha recibido España en este sentido. En España la tenencia de drogas para el consumo propio nunca ha estado perseguido penalmente, y solo en la historia reciente la tenencia y el consumo en lugares públicos se considera una falta administrativa sancionada con una multa que puede ser sustituida por tratamiento. España además es único en el mundo por otra construcción jurisprudencial, del Tribunal Supremo, que tiene incorporada su legislación: el consumo compartido entre “adictos” no está sancionado. Esto es, si un adicto compra droga para ser consumida entre grupos de adictos no se está cometiendo delito alguno. Estos dos hechos han sido claves para la aparición de los llamados Clubes Sociales de Cannabis, como se verá en el último capítulo de este informe.

España, como tantos otros países, firmó los convenios de La Haya de 1912, el primer tratado internacional de control de drogas. Aún así, hasta 1928 ni el consumo ni la tenencia para el consumo propio constituían un delito y la venta ilícita (la lícita era la farmacéutica) se multaba administrativamente. En 1928, se estableció una norma administrativa que sancionaba a los farmacéuticos que vendieran ilegalmente sustancias estupefacientes, es decir, al margen de criterios médicos. En 1933 el Gobierno de la República promulgó la “Ley de Vagos y Maleantes”, que en lo referente a drogas, solo sancionaba aquellas conductas públicas socialmente inaceptables pudiendo encarcelar a cualquier sospechoso, no de cometer un

delito, sino de poder cometerlo. Esto aconteció en paralelo con el inicio del estigma cuando el usuario de drogas ya no solo era terapéutico, sino recreacional.

Tras la Guerra Civil (1936-39) y durante 40 años se instauró la dictadura militar de Franco. A lo largo de dicho período era fácil conseguir drogas como anfetaminas o barbitúricos en farmacias y, a la vez, para los morfinómanos y pacientes con dolor crónico existía una reglamentación que aseguraba, a través de la denominada “extradosis”, la compra de psicofármacos. El “carnet de sobredosis extraterapéutica” era expedido por el Servicio de Control de Estupefacientes para los adictos que no eran ingresados en hospitales o sanatorios para eliminar las posibles consecuencias criminógenas que hubiera provocado la adopción de medidas excesivamente restrictivas (Usó, 1995). El Código Penal entonces vigente sufrió una Reforma en 1971 según la cual se castigaba la tenencia, elaboración y tráfico de estupefacientes, así como todo acto de promoción o favorecimiento del consumo. Pero la jurisprudencia del Tribunal Supremo distinguió entre la tenencia para el consumo propio y la tenencia para el consumo destinado a terceros de manera que la tenencia para el consumo propio quedó impune penalmente. Y así se ha mantenido hasta día de hoy.

Los diferentes Códigos Penales, y sus correspondientes reformas, a lo largo de la historia de la democracia han ido definiendo las penas de prisión para traficantes, que han ido fluctuando entre la mayor y menor represión en función de los momentos en los que las relaciones “droga-delinuencia” se consideraban un estigma o una realidad. Pero en ningún momento de la historia de la democracia en España la tenencia para uso personal ha estado castigada penalmente. Como se ha explicado antes, además, una jurisprudencia pacífica del Tribunal Supremo deja fuera de la persecución penal la tenencia de drogas con fines de consumo compartido.

En 1992 entra en vigor a Ley de Seguridad Ciudadana que, por primera vez, fija sanciones administrativas por tenencia y/o consumo de drogas en lugares públicos, dándole la opción al sancionado de substituir la multa a cambio de someterse a tratamiento.

A día de hoy, por tanto, en España, ni el consumo de drogas ni su tenencia para el propio consumo están perseguidos penalmente. Aún así, en un país de larga tradición de consumo de cannabis, posiblemente debido a su cercanía con Marruecos (geográficamente sólo hay 14,4km de separación entre España y Marruecos – uno de los países productores de cannabis más grandes del mundo), la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Ciudadana fue vista como un recorte inaceptable de las libertades individuales (y no solo en materia de drogas). Es entonces cuando empieza el movimiento cannábico activista que ha derivado, como veremos en el capítulo V, en la situación actual de Clubes Sociales de Cannabis.

En el presente informe describiremos el recorrido histórico de las políticas de drogas en España que permitirán entender la singularidad de Cataluña donde, como veremos, la desastrosa política de drogas a nivel estatal ha convivido con una política autonómica basada en el consenso parlamentario, y no en el ejercicio de la fuerza política de las fluctuaciones de gobierno.

II. La problemática de las drogas en España y sus políticas asociadas

1. El inicio de la problemática de las drogas en España

Con la transición de la dictadura militar a la democracia, durante la primera mitad de los años 70, sumado a la crisis económica que vive el país, es cuando empiezan a emerger los primeros consumos problemáticos de drogas.

“En los años 1974–75, cuando empecé a trabajar, lo que me encuentro, en los barrios obreros, es una adolescencia que prácticamente no existía, porque los chavales al dejar el colegio con 14 años, a las pocas semanas muchos tenían que trabajar en la cadena de montaje o tenían que responsabilizarse de la casa. Pero poco a poco les llega, por efecto de la bonanza, del hipismo y compañía, una posibilidad de la cultura de la juventud, pero en el momento de empezar a probarla aparecen las grandes crisis económicas (...) entonces aparecen una serie de realidades que son cantidad de chavales en barrios con mucha población, como San Ildefonso “la ciudad sin ley”: es una ciudad que nace en 5 años y colocan 50.000 habitantes. Estos chavales, en la calle, viven un cierto sin sentido o sin razón en su vida, no saben qué hacer con su

tiempo. Aparecen fenómenos delincuenciales y unas actividades nuevas, entre ellas, un uso diferente del alcohol y del cannabis, utilización del botiquín de casa mezclado con alcohol (hipnóticos, analgésicos, tranquilizantes). De hecho, las primeras madres contra la droga que recuerdo eran de hijos hechos caldo por el uso de fármacos y alcohol (...) para mi era un reto complejo”

(entrevista Jaume Funes, psicólogo, educador social, periodista)

Los efectos de la crisis económica de 1973 fueron muy padecidos por los jóvenes que vivían un clima de contestación y rebeldía política en la decadencia del franquismo. Paulatinamente, fue emergiendo el consumo de heroína. Se incorporan también individuos provenientes de las clases marginales, en parte, por su atracción por un mercado ya constituido fuera de la ley y en el que ellos, como empleados, podían moverse con facilidad. Los atracos a farmacias y sucursales bancarias se disparan hasta el punto de que, en 1984, España alcanzó el récord mundial absoluto en atracos a bancos.

Un problema hasta entonces insólito en España se enfrenta con un torpe abordaje por parte de la administración pública. Se estima que en 1980 podía haber entre 60.000 y 125.000 usuarios regulares de heroína. En 1982 se diagnosticó el primer caso de SIDA y su extensión fue fulminante.

“Yo ya era médico, pero hacía de educador y los domingos por la tarde bajábamos en coche a Barcelona a hacer una excursión o a visitar algún museo con los que estaban más avanzados, me acuerdo que éramos cinco en el coche, y empezaron a hablar que esos artistas norteamericanos que se habían contagiado de eso de la SIDA y empezaban a decir que si la homosexualidad, pero que también algún toxicómano. Y me acuerdo que uno dijo: “a ver si esto nos acabará tocando también a nosotros!”, y así fue, creo que los cuatro o tres de los cuatro estaban todos infectados, yo era médico y no tenía ni idea, esto era 1985. Siempre me he acordado mucho de esa conversación, es el momento en el que un médico y unos pacientes dedicados todos al tema drogas no teníamos ni idea de lo que nos iba a cambiar la vida a todos, porque de ser un trabajo que yo lo entendía como de ilusión, de personas jóvenes que están encalladas en su ciclo vital y les puedes ayudar a desencallarse y tener toda la vida por delante, se convirtió en un trabajo de acompañamiento a la muerte”

(entrevista Josep Checa, psiquiatra)

Durante muchos años existió un rechazo generalizado a dar jeringuillas, una negación de una realidad demoledora que sin duda tuvo una relación directa con el salvaje número de muertes por SIDA. Los principales territorios de propagación de las infecciones fueron

las cárceles. Lo que ilustra estos argumentos son los números. En 1983 se confirmaron los primeros casos de SIDA y, a inicios de la segunda década de la epidemia (años 90) entre 20.000–25.000 personas murieron por sobredosis, 100.000 adquirieron el VIH mediante inyección de drogas y bastantes más se infectaron con el virus de la hepatitis. Los nuevos diagnósticos de SIDA ligados a la inyección de drogas alcanzaron su máximo en 1993–1995 con más de 3.500 casos anuales, y la mortalidad por VIH en 1995–1996 con casi 4.300 muertes anuales (el VIH se había adquirido 6–11 años atrás). La máxima incidencia de VIH ligado a inyección de drogas se produjo entre 1985 y 1987, con aproximadamente 14.500 infecciones anuales (de la Fuente et al., 2006). Hasta finales de los años 90 no surgieron los primeros tratamientos antiretrovirales efectivos. Diversos motivos propiciaron la disminución de las infecciones, por un lado, el cambio de vía de administración de heroína de muchos consumidores (de inyectada a fumada), y por el otro, la puesta en marcha de los programas de jeringuillas en particular (fue muy tarde, Barcelona fue pionera en 1990) y de reducción de daños en general.

2. Políticas de drogas

Paralelamente a las normativas legales mencionadas en la Introducción, se fueron creando estrategias político-técnicas para combatir el problema de las drogas en España. En 1985 se creó el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), dependiente del Ministerio de Sanidad, que tiene como objetivo operar sobre la oferta y la demanda de drogas desde la creación de las estructuras autonómicas encargadas de la gestión de los recursos estatales destinados al ámbito de las drogas. El rumbo de partida que orientó al PNSD era muy *“heroinocentrista y orientado al tratamiento y la prevención pro-abstinencia. Pese a que tenía un discurso en el que se hacía mención de los aspectos sociales, lo bio-psico-social, esto resultaba siempre una muletilla porque lo que prevalecía era la perspectiva bio-médica, que por otro lado, es lo que se legitima delante de la sociedad”* (entrevista Oriol Romaní, antropólogo).

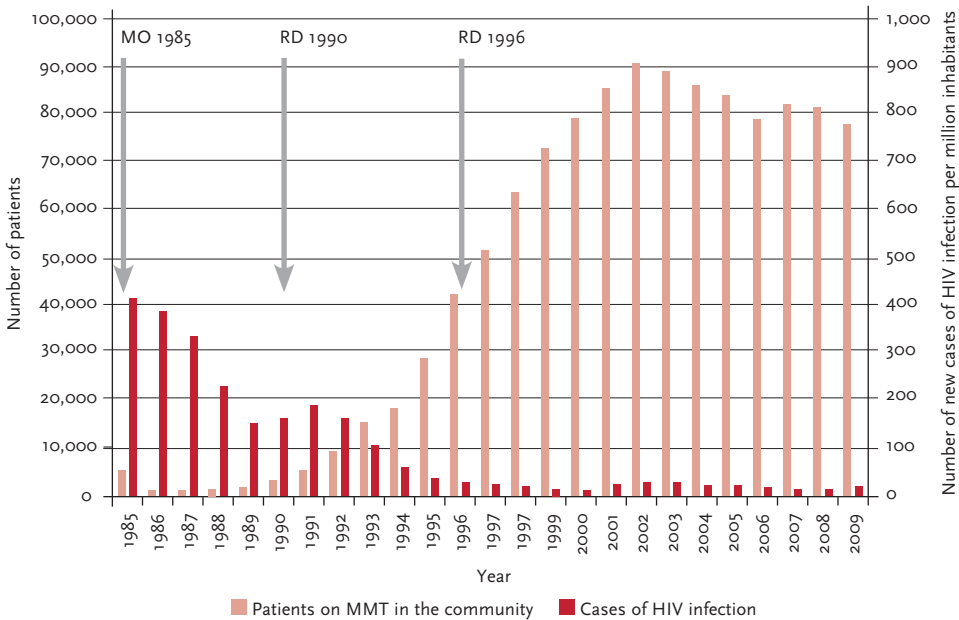
Ya en 1983 se había promulgado la primera Orden Ministerial autorizando el tratamiento con metadona, que se servía de los “carnets de extradosis” (de la época franquista). Una de las primeras acciones del recién creado PNSD fue la de impulsar servicios públicos específicos para el tratamiento de la dependencia, cuyo objetivo único era la abstinencia y, persiguiendo esta política de la abstinencia, se aprobó, también en 1985, una nueva Orden Ministerial que restringía los criterios de acceso y permanencia a los programas de mantenimiento con metadona de tal forma que el número de personas en tratamiento pasó de más de 5.000 en 1985 a menos de 1.000 en 1987 (Ver Figura 1). Desde 1983 hasta 1996

se realizaron varios cambios legales sobre la metadona, a partir del segundo, cada vez más liberalizadores para flexibilizar los criterios de admisión a este tipo de tratamientos.

Otro elemento a resaltar en España ha sido la poca implementación de la prevención o control de la demanda. En el informe “Evaluación final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000–2008” se muestra cómo sólo se han conseguido el 53% de los objetivos planteados en su estrategia, alcanzando tan sólo el 43% de los objetivos planteados en el ámbito de prevención. Y esto a pesar de los 14 millones de euros invertidos para controlar la demanda (PNSD, 2009).

En resumen, el PNSD, como organismo director en el campo de las drogas, en su momento contribuyó a estructurar una red de atención a los problemas derivados del consumo de heroína sin haber hecho, solo hasta muy recientemente, una apuesta fuerte para impulsar los programas de reducción de daños. Por otro lado, sí se puede argumentar que desde el PNSD se ha hecho un buen trabajo en el campo de la recogida de datos epidemiológicos.

FIGURA 1.
Número estimado de infecciones por VIH en inyectores de drogas y número de consumidores en tratamiento con metadona en España



VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; OM, Orden Ministerial; RD, Real Decreto.

Esta gráfica se preparó basándose en los datos obtenidos en un Boletín de la Organización Mundial de la Salud titulado “Tratamiento de mantenimiento con metadona en España: el éxito de un enfoque en reducción de daños” (citando datos obtenidos de la Delegación del Gobierno Para El Plan Nacional sobre Drogas y el Barrio G et al.), disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/12-111054/en/>.

III. Cataluña y el consenso

1. El recorrido legislativo en Cataluña

España es en la actualidad lo que se denomina un «Estado de las autonomías», un país formalmente unitario que funciona como una federación descentralizada de comunidades autónomas, cada una de ellas con diferentes niveles de autogobierno. De los 47 millones de habitantes que tiene España, 7,5 habitan en Cataluña, cuya capital es Barcelona. Las 17 comunidades autónomas han ido obteniendo competencias traspasadas por el gobierno estatal. Andalucía, Galicia, Navarra, País Vasco y Catalunya son las que tienen un mayor autogobierno.

En 1981 fueron transferidas a Cataluña las competencias en materia sanitaria. Tras la dictadura, el gobierno autonómico de la Generalitat de Cataluña era todavía un organismo con muy poca dotación económica por lo que la respuesta al problema de las drogas la dieron los primeros ayuntamientos democráticos motivados por las familias de los jóvenes afectados por el consumo de drogas y los movimientos vecinales que denunciaban la falta de recursos asistenciales. No fue hasta pocos días después de la creación del PNSD, en España, que el Parlamento de Cataluña aprobó la “Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia”. La ley fue aprobada con amplio consenso entre todas las fuerzas políticas y tenía por objetivo establecer y regular las medidas preventivas, asistenciales y reinsertivas que permitiesen una actuación efectiva (basada en criterios

científicos junto al respeto por las libertades personales) de las administraciones públicas catalanas en “el esfuerzo solidario de toda la sociedad para mejorar la atención y respuesta social y sanitaria a las personas afectadas por la problemática generada por el uso o abuso de las drogas”. La ley buscaba aprovechar, consolidar y coordinar los recursos que ya habían sido creados, por ello, esta ley es conocida por haber conformado la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña. Para ello, se constituyeron dos órganos de coordinación: una Comisión compuesta por representantes del gobierno, de las diferentes provincias catalanas y de los ayuntamientos y el Órgano Técnico, encargado de la planificación y programación de las actuaciones relacionadas con el despliegue de la ley y de la coordinación con el PNSD.

La ley de 1985 conllevaba el despliegue del primer Plan de Drogas de Cataluña (publicado en 1987) que buscaba incidir en cuatro niveles. El primero, la atención primaria sanitaria y social, como entes informadores y derivadores. El segundo nivel correspondía a los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) y los Centros de Tratamiento, que son centros especializados integrados por equipos multidisciplinares, son los centros de referencia para la atención a las personas consumidoras de drogas (también alcohol y tabaco). El tercer nivel correspondía a las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, las Comunidades Terapéuticas y los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). Y el cuarto nivel se refería a las actividades de reinserción. Por último, en 1987 se puso en marcha el Sistema de Información en Drogodependencias para la recogida de información generada en la red asistencial.

En 1988 se creó en el ayuntamiento de Barcelona la primera mesa de políticas de drogas con representación de todos los grupos políticos municipales que consensuaba el Plan Municipal de Drogas. El objetivo de esta mesa era que los temas de drogas no se utilizaran como “arma arrojadiza política”. Este espacio facilitó que sucesivamente se aprobara el Plan de Drogas en el plenario del ayuntamiento por consenso y que hubiera así una continuidad en las estrategias sanitarias sobre drogas. El consenso solo fue roto por los partidos conservadores debido a la cuestión de la ubicación de las salas de consumo higiénico de drogas inyectadas.

A nivel autonómico, en el Parlamento de Cataluña, en 1997, sí cristalizó la “Mesa de Acuerdos por una Política Consensuada en Drogodependencias”, en forma de una proposición no de ley. Dicha mesa, impulsada ya en 1994 por consenso por todos los partidos políticos del arco parlamentario catalán, acordó los objetivos que guiarían la discusión futura en el plano de las drogas y entre los cuales, por fin, se reconocieron como válidas e implementaron las estrategias de reducción del daño y se apostó por un enfoque comunitario (frente al enfoque más biomédico propio del PNSD estatal).

Como veremos en el siguiente epígrafe, muchos profesionales han valorado positivamente la capacidad de innovación y continuidad en las intervenciones sanitarias y comunitarias que han propiciado a lo largo de los últimos veinticinco años estas dos experiencias de acuerdos en la arena política, en el ayuntamiento de Barcelona y en la Generalitat de Cataluña.

El parlamento catalán aprobó tres leyes más en el ámbito de las drogodependencias, la “Ley 10/1991”, la “Ley 8/1998” y la “Ley 1/2002”. Las tres estaban muy centradas en limitar publicidad, la disponibilidad y el consumo de alcohol y tabaco, haciendo hincapié en la protección de la salud de las poblaciones más vulnerables, especialmente los menores de edad. Las leyes conferían a las autoridades sanitarias capacidad sancionadora para conseguir dichos objetivos.

Pese a que Cataluña es la única comunidad autónoma de España que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria, no se implementaron los programas de jeringuillas en las cárceles hasta 2003 (la primera experiencia había sido promovida por el gobierno central en una cárcel del País Vasco en 1997). Lo hizo mediante una proposición no de ley aprobada por unanimidad en 2003.

En 2006, bajo el gobierno “tripartito” (constituido por las fuerzas más abiertas a las políticas sociales), se volvió a reeditar una resolución del Parlamento de Cataluña con el espíritu de las “Mesas de Acuerdos” de 1994. Todos los partidos acordaron por adoptar una política consensuada en drogodependencias basada en la prevención, incentivar los programas educativos y formativos, descentralizar equitativamente la atención sociosanitaria, potenciar los programas de reducción del daño, promover estrategias de intervención basadas en la evidencia, velar porque los medios ofrezcan información desestigmatizante sobre el problema de las drogas y fomentar el debate político y social sin prejuicios sobre las drogas, entre otros.

Finalmente, en 2009, mediante el Decreto 105/2009, el gobierno catalán creó la “Comisión Interdepartamental sobre Drogas”. Este es, desde entonces, el órgano colegiado de coordinación de las actividades que tienen por objeto el abordaje, desde diversos ámbitos materiales, de la prevención, la asistencia, la reducción de daños, la reinserción, la formación y la investigación en los problemas relacionados con los consumos de drogas, y de participación de la ciudadanía, instituciones y organizaciones no gubernamentales implicadas en las drogodependencias.

2. El consenso como motor de cambio

Para entender las causas que motivaron la innovación y el liderazgo, a partir del consenso, en materia de políticas de drogas en Cataluña es necesario contextualizar la realidad histórica, social y política de este territorio dentro del marco del Estado español.

Los catalanes son, históricamente, un pueblo que lleva siglos reivindicando un estado propio. En este sentido, podríamos considerar que se trata de un pueblo derrotado en múltiples ocasiones pero que no se da nunca por vencido. No pocas veces a esas derrotas, han con-

tribuido los líderes y las élites económicas de la sociedad catalana. Esta constante fricción ha comportado que la sociedad civil catalana haya construido una organización social, política, económica y cultural de forma no estatal. Desde las sociedades obreras de resistencia de 1855 con gran influencia del anarquismo, a la economía popular, cooperativa y mutualista entre 1870 y 1939; desde los ateneos, sindicatos, escuelas libres, casales, entidades culturales y teatrales, corales y orfeones, a las instituciones científicas, literarias, educativas, a lo largo de la historia contemporánea y hasta la derrota de 1939, la Cataluña moderna y emancipadora articuló su solidaridad social desde la auto-organización colectiva. En algún período histórico dicho anhelo de los catalanes rozó la extinción, por ejemplo cuando la dictadura franquista, en 1939, prohibió hablar, escribir o enseñar el catalán: en las inscripciones en los registros civiles y en los nombres de pila; en la radio, en el cine, y en el teatro; en la edición de libros y en todo tipo de impresiones; en carteles y anuncios; en las lápidas de los cementerios; en nombres de bares o hoteles...; en nombres de calles; en todas las escuelas públicas y privadas.. A pesar de ello, se mantuvo vivo el espíritu colectivo mediante cooperativas de vivienda, escuelas laicas y mixtas, editoriales, universidades populares, colegios profesionales, periódicos y revistas, escultismo y excursionismo, sindicatos y asambleas obreras, organizaciones feministas, asociaciones de vecinos, etc. No es baladí que, a día de hoy, en Cataluña, exista una asociación por cada 124 habitantes¹.

La mayoría de las personas entrevistadas para este informe coincidieron en apuntar que, es justamente el empoderamiento de la sociedad civil organizada, la capacidad de generar consenso y la importancia de la perspectiva comunitaria lo que forjaron las políticas de drogas en Cataluña.

“Es cuestión de idiosincrasia, de concepto, de sentimiento, de pueblo, en los sitios donde hay más sentimiento de pueblo el tema de las drogas ha tenido mejor respuesta. Es decir, la percepción de solidaridad o apoyo creo que es lo que ha hecho que aquí se diera más respuesta que en otras comunidades autónomas de España. Estamos cansados de decir que es un problema comunitario, por lo tanto, la solución pasa por la comunidad, no solo por los profesionales o los políticos. Donde hay comunidad, hay respuesta”

(entrevista Andreu Obrador, psicólogo)

Cataluña ha sido, más allá del ámbito de las drogas, pionera en innovación social y sanitaria (ámbito de la mujer, sexualidad, prostitución, salud mental, etc.). Con relación a las drogas, veamos seguidamente algún ejemplo concreto:

1. Datos: regístro entidades jurídicas Cataluña

2.1 Los profesionales

En 1984 un grupo de profesionales de diferentes disciplinas constituyeron en Barcelona el “Grup IGIA” con el objetivo de generar un espacio de reflexión que intentaba explicar la realidad de las drogas de una manera amplia y flexible. Se concibió como un núcleo de pensamiento, formación, investigación, incidencia social y, posteriormente, de oferta de servicios en el ámbito de las drogas que se erigió como referente y sin el cual sería difícil explicar todo lo acaecido, en cuanto a evolución y cambio de paradigma, a lo largo de los últimos 30 años en este campo. En sus inicios, mientras la sociedad estaba “en shock” por la visibilidad del consumo e heroína, los integrantes de IGIA buscaron modelos de referencia tanto en diferentes lugares de Europa con programas de tratamiento y reducción de daños, como en la evidencia científica disponible en ese momento. En el año 1989 publicó, con financiación del PNSD, el libro *Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación* que proponía un giro radical en el debate público y mediocre sobre las drogas. IGIA abrió el camino para entender que las drogas no se pueden considerar simplemente como un tema de salud o un fenómeno socio-cultural ligado a una determinada realidad histórica. IGIA focalizó que lo más decisivo en este ámbito es observar, reflexionar y proponer alternativas a cómo el estado reacciona ante el fenómeno de las drogas.

IGIA funcionó como incubadora de ideas y proyectos que con el paso de los años se replicaron por todo el territorio: programas de intercambio de jeringuillas, trabajo entre iguales, formaciones, evaluación de programas, publicaciones, asociaciones de consumidores de drogas (APDO), salas de consumo higiénico, conferencias (entre otras, cinco ediciones de la Conferencia Latinoamericana de Reducción de Daños- CLAT), etc. En la medida en que el modelo de la reducción de daños fue institucionalizado, la mayoría de profesionales que dieron el primer impulso a IGIA acabaron ocupando, en Cataluña, cargos de responsabilidad en el ámbito público de las drogas.

Lo cierto es que IGIA fue la punta de lanza de un colectivo de profesionales dedicados al ámbito de las drogodependencias que compartía una característica que la mayoría de personas entrevistadas para este informe han resaltado. En la década de los 80 muchos profesionales tenían una conciencia social, estaban conectados a la realidad/conflicto en el que actuaban, no solo se proponían cambiar ciertos hábitos en las personas, querían ir más allá y transformar el barrio, la comunidad.

2.2 De abajo a arriba

Las primeras instituciones en dar una respuesta ante los problemas derivados del consumo de heroína a inicios de los años 80 fueron las asociaciones de padres y madres, también las de vecinos de barrios muy afectados por la problemática. La presión de la comunidad

empujó a los ayuntamientos, que no tenían competencias sobre la materia, a establecer programas de atención a las personas afectadas. El ayuntamiento de Barcelona optó, desde inicios de los 80, por delegar en la iniciativa social a las ONG's la atención a las personas con problemas de drogas.

“Esto marcó una gran diferencia en cuanto al modelo porque Cataluña se desmarcó de las primeras líneas de referencia en otros países o de otras comunidades autónomas que eran los modelos de comunidad cerrada de El Patriarca o de los evangelistas, en los que los elementos comunitarios se dejan de lado y se trata de reeducar a las personas a partir de modelos de aislamiento del entorno. En cambio en Cataluña, pese a que la orientación inicial era muy basada en la abstinencia, hubo desde el inicio una atención profesionalizada, en la que participan equipos interdisciplinarios (médicos, psicólogos y trabajadores sociales). Esto indica que se quería abordar la realidad del sujeto desde la complejidad”

(entrevista Josep Rovira, trabajador social)

Apostar por una perspectiva de salud pública mediante una oferta de amplio espectro de tratamiento y el trabajo en red, fue la dinámica que catalizó el actual modelo de Cataluña.

“El usuario tiene que estar integrado a la familia, al barrio y a la ciudad. Hemos fomentado el voluntariado, que permite perder el miedo al drogodependiente y resultan agentes muy activos dentro de la comunidad, llegan a conocer a la persona más allá del enfermo”

(entrevista Felisa Pérez, psicóloga)

La mayoría de personas entrevistadas para el informe han señalado un factor que, a su entender, fue clave para implementar los programas de reducción de daños. Varias de las personas que ocuparon los máximos cargos políticos del momento habían vivido cómo algún hermano suyo había tenido problemas con el consumo de heroína o incluso murieron prematuramente. La “sensibilidad” que esta vivencia les aportó fue, por suerte o por desgracia, determinante.

Hay dos singularidades más a destacar. En 1986 se creó el primer Máster Universitario específicamente sobre Drogodependencias de toda Europa en la Universidad de Barcelona, formación que se ha mantenido activa desde entonces y que ha contribuido, en cierta medida, a mantener una homogeneidad de conocimientos entre muchos de los profesionales que trabajan en el campo. Otro elemento que, a lo largo de estos 30 años, ha facilitado una consistencia en el modelo de atención a las drogodependencias en Cataluña, es la figura

del Dr. Joan Colom Farrán, la persona que, dentro del gobierno catalán, ha ocupado desde su creación el cargo de máxima responsabilidad en el ámbito de las drogodependencias.

2.3 Fenómeno NIMBY y consenso político

La primera sala de consumo higiénico fue abierta en 2003, en el centro de Barcelona con la colaboración de la Cruz Roja y, no despertó ningún rechazo por parte de los vecinos, el conocido efecto NIMBY (Not In My Back Yard). Sin duda, contribuyó a ello que, pese a estar en el corazón de la ciudad, estaba rodeada de servicios: bomberos, sanitarios y una escuela –con esta se pactó que no se abriría la sala antes de las 17 hs. La capacidad de esta sala era insuficiente para absorber la demanda de las personas consumidoras, por ello, en 2004 se abrió otra sala en el mismo barrio con muchas más facilidades y capacidad de atención. Esta es la Sala Baluard, un modelo referente en el ámbito internacional que ha ido ampliando sus servicios e instalaciones para mejorar el contacto con la población consumidora, llegando a ofrecer, por ejemplo, una sala acondicionada para el consumo fumado de heroína. Pero incluso con dos salas en una misma zona no se daba cobertura a toda la demanda de la ciudad y, los vecinos, empezaron a presionar a los políticos para que se abrieran más salas en otros barrios.

En 2005 se abrió la tercera sala de la ciudad, en el barrio de la Vall d'Hebrón. Unos meses antes de la apertura, cuando el proyecto se hizo público, se desató un caso paradigmático del llamado efecto NIMBY. Durante varios meses los vecinos cortaban la circulación de tráfico de una de las principales vías de comunicación de toda la ciudad, provocando así un caos circulatorio en toda la zona alta de Barcelona. Su argumentación era que la apertura de la sala aumentaría la presencia de consumidores de drogas en el barrio, que se inyectarían en la calle y que los colegios se contaminarían de heroína. Las movilizaciones llegaron, en su apogeo, a convocar a unas 3.000 personas. En ellas, participaban familias completas (abuelos, niños, madres embarazadas, etc).

“se creó un auténtico asedio ciudadano ...las personas usuarias y los profesionales eran amenazados ... se hacían turnos de guardia, controlaban el número de personas que entraban y salían del centro”

(entrevista Joan Colom, médico)

Desde el movimiento vecinal se entregaron al ayuntamiento hasta 5.000 firmas de rechazo al proyecto. El caso se mediatizó mucho. En general, los medios de comunicación jugaron a favor del proyecto, pues proyectaban una imagen incívica e insolidaria de los vecinos.

A los nueve meses de estallar el conflicto, el Parlamento de Cataluña aprobó una proposición no de ley por la que todos los partidos políticos se comprometían a no dar apoyo a

fuerzas reactivas ante la instalación de un centro de consumo higiénico. Al mismo tiempo, se reubicó el dispositivo, que pasó de ocupar un espacio pre-fabricado anexo a un gran centro hospitalario a ser integrado dentro del mismo. Las concentraciones de vecinos fueron cada vez menos numerosas, pese a que se demoraron un año más. Pero la actividad de la sala no se vio paralizada en ningún momento.

Durante los 5 años posteriores no se volvió a hablar sobre la apertura de más salas de consumo higiénico, hasta 2010, cuando se acordó que los 10 distritos de la ciudad de Barcelona contarían con una sala propia, y así sucedió, sin que se repitiera el fenómeno NIMBY en ningún caso.

IV. Salud pública y reducción de daños

“En el 1976 trabajaba en el Hospital Clínic de Barcelona y tuve mi primera experiencia con consumidores de heroína. Vinieron unas 16 ó 20 personas y no por decisión propia, sino acompañados por la policía. La policía había hecho una redada a traficantes y, decían, tenían el síndrome de abstinencia. Nosotros nunca habíamos tratado a consumidores de heroína, sino a alcohólicos y morfinómanos y nos los trajeron porque pensaron que nosotros entendíamos de dependencia. Me acuerdo que días después venían algunos psiquiatras a ver cómo era un drogadicto, había curiosidad por ver algo que solo habían leído en los libros”.

(entrevista Ernesto Sierra, psicólogo)

1. Las primeras intervenciones en Cataluña

A finales de los años 70 fueron las instituciones psiquiátricas clásicas y algunas comunidades terapéuticas dirigidas por ex-drogodependientes quienes absorbieron la demanda de atención de las personas que presentaban problemas relacionados con el consumo de heroína. Después de las primeras elecciones democráticas municipales de 1979, algunos municipios locales, fruto de la presión de las familias de los afectados, pusieron en marcha, pese a que la salud no era su competencia, pequeños centros

de atención, muchas veces dependientes de los servicios sociales o de la beneficencia. En 1978 la Diputación de Barcelona abrió el primer dispositivo destinado únicamente a consumidores de heroína y a grupos de padres y madres de los afectados. En 1981, Cruz Roja fue la segunda institución en dedicar un esfuerzo a cubrir la numerosa demanda de atención de las personas afectadas. Las iniciativas locales, muchas veces de la mano de la iniciativa social, se fueron replicando hasta que, en 1985, una ley autonómica cohesionó las intervenciones generadas hasta el momento. Durante este período, el consumo de heroína era reprobado socialmente y se concebía como una práctica inmoral e ilegal. Esa imagen tenía una implicación directa en el ámbito terapéutico “asistencialista”: la moral prevalecía por encima de la doctrina médica. El individuo debía demostrar su motivación hacia la abstinencia en el consumo, si no era fácilmente expulsado. El tratamiento era totalmente directivo y prescriptivo. La retención en tratamientos libres de drogas era de un 5 a un 10% al cabo de un año (Colom, 2000).

2. El modelo bio-psico-social

A finales de los 80 la atención a las drogas se encauzó dentro del paradigma de la salud pública. Se hizo una apuesta fuerte por implementar los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) que son centros ambulatorios de tratamiento públicos y de acceso directo (sin pasar por la consulta de atención primaria). En ellos, desde un inicio, trabajaban profesionales de diferentes disciplinas con modelos transversales de cooperación con otros centros. Desde su concepción, en los CAS se trató a personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y las drogas declaradas ilícitas. El primer centro que ofreció un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) se creó en 1986, en el centro de Barcelona, pese a la oposición de los vecinos y un gran número de profesionales sanitarios que en ese entonces era férreos partidarios del paradigma de la abstinencia. Los PMM de baja exigencia, dentro del marco de una política de reducción de daños, se demostraron altamente efectivos, ya que el 86% de las sobredosis y el 38% de las muertes por VIH/Sida se hubieran podido evitar si los usuarios de heroína hubieran estado en un PMM (Brugal, 2005).

La gestión de muchos centros se dejó en manos de entidades del Tercer Sector, lo cual imprimió una mirada comunitaria a la respuesta asistencial, y un perfil de profesional muy comprometido con su acción como agente social del cambio. De manera incipiente, se asimilaron actuaciones de Reducción de Daños (RDD). Por ese entonces, España ya era el país de Europa con la tasa más alta de prevalencia de VIH. *“Barcelona era la segunda ciudad*

de Europa con la tasa de mortalidad más alta” (entrevista Teresa Brugal). Solo en Barcelona, en 1989 murieron 173 personas por sobredosis de heroína y 100 de SIDA (Brugal, 2005). Esta problemática catalizó a inicios de los 90, el impulso a los PMM y el trabajo de contacto a través de centros de atención a aspectos sociosanitarios básicos con ubicación y horarios adaptados a las dinámicas de la población consumidora. Costó unos años más extender los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), pues se seguían considerando una forma de fomentar el consumo. Fueron las ONG’s las primeras que implementaron *de facto* dichos programas en “zonas calientes” de consumo inyectado y otros recursos, denominados de baja exigencia, para atender a las personas que quedaban fuera del sistema (Pretel, 2008). En pocos años se diversificó el acceso a jeringuillas a través de los servicios de atención primaria, educadores de calle, centros de tratamiento, hospitales, máquinas expendedoras, centros penitenciarios y salas de consumo higiénico. Un hito importante en el despliegue de los programas de RDD fue el acuerdo en el Colegio de Farmacéuticos que permitió que se ofrecieran los PMM y, con más dificultad, jeringuillas en las oficinas de farmacia.

Por otro lado, de ese período cabe destacar la puesta en marcha de los sistemas de investigación epidemiológica, que aportaron información clave para identificar los múltiples factores y procesos que se asocian tanto al inicio como al mantenimiento del consumo de las diversas sustancias psicoactivas, así como la aparición de problemas relacionados con el consumo.

3. La incorporación de la reducción de daños

En 1991 se celebró en Barcelona la 2ª Conferencia Internacional de Reducción de Daños. La participación de público local fue muy escasa y las presentaciones españolas sólo representaron un 6% del total (ninguna fue plenaria), precedida por Gran Bretaña (35%), los EEUU (17%), Holanda (14%), Alemania (10%) y Australia (8%) (del Río, 1998).

“En 1992 hablábamos de cambio de paradigma, y nos miraban como si estuviéramos locos”

(entrevista Tre Borràs, médico)

No fue hasta finales de la década de 1990 cuando realmente se normalizaron los programas de RDD. Para que esto fuera efectivo los profesionales se tuvieron que despojar de actitudes moralistas. El usuario pasó a ser considerado como sujeto del proceso terapéutico y no objeto del mismo.

“Fue el momento de asumir que los profesionales de las drogas, en general, no teníamos ni idea de las drogas, sólo sabíamos de tratamiento de personas que tenían las herramientas personales o el soporte familiar para buscar la abstinencia”

(entrevista Carles Sedó, pedagogo)

Se asumió la capacidad del cambio, aún persistiendo el consumo, estableciéndose objetivos diversos para las personas consumidoras: evitar el paso a la vía endovenosa, prevenir los contagios de hepatitis y VIH, potenciar el trabajo entre iguales, prevenir las sobredosis de heroína (el actual programa ha formado a 4.000 usuarios y se han repartido más de 4.000 kits de naloxona²). Se actuó de manera particular en zonas de exclusión social (con tráfico y consumo de drogas) con la implementación de centros de calor y café, salas de consumo, trabajo de calle, formación de usuarios con consumo activo, etc. También se trabajó de manera coordinada entre los Departamentos de Salud, Justicia e Interior de la administración pública, por ejemplo, elaborando recomendaciones de actuación para la policía o cediendo la dirección y gestión de los CAS ubicados dentro de los servicios penitenciarios al Departamento Salud y no a Justicia, quien está al cargo de las prisiones. Esta decisión facilitó la implementación del programa de metadona y el PIJ, que sigue siendo uno de los que más dificultades de actuación sufre.

“En su momento tuvimos mucha oposición por parte de los profesionales de cárceles y ahora, los mismos, no nos dejarían abrir una cárcel sin el programa de metadona”

(entrevista Xavier Major, médico)

La implementación de los programas de RDD incidió en el descenso de la mortalidad en Barcelona, que entre 1996 y 1999 bajó un 76%, en primer lugar por el SIDA (85%) y en segundo por las sobredosis, que habían empezado a descender antes, un 83% entre 1992 y 1999 (Brugal, 2005).

En 2004 se llegó a hacer un ensayo clínico de dispensación de heroína oral, que obtuvo buenos resultados, con la intención de implementar esa alternativa posteriormente. Pero el proceso de diseño y ejecución del ensayo se politizó mucho a nivel español y pese a la demanda explícita de gran parte de los profesionales de Cataluña todavía no se ha replicado dicha estrategia.

A lo largo del último lustro se ha hecho una apuesta para que los servicios de drogodependencias y los de salud mental se integren funcionalmente mediante intervenciones coordinadas ante las patologías comunes de las dos redes, elaboración de protocolos conjuntos, etc.

2. Entrevista Xavier Major.

4. Los programas de reducción de riesgos (RdR) en espacios de ocio nocturno

Mientras descendía el consumo de heroína y se daba un trato más digno a sus consumidores, el consumo de cocaína iba en aumento. A su vez era el momento en que el consumo recreativo de drogas, ligado a espacios de ocio nocturno, se conformó como un problema social, donde el alcohol es el protagonista y el policonsumo una práctica extendida. En 1997 se fundó Energy Control el primer programa de RdR que se focalizaba en los espacios de ocio y al que fueron siguiendo otros programas. Esta reacción tenía que ver con el vacío de estrategias de vinculación y participación de personas con consumos que diferían del patrón conocido del consumidor de drogas por vía endovenosa o del de los alcohólicos. Los principios que fundamentan la RdR son los mismos de la RDD pero dirigidos a una población que de manera mayoritaria, no mantiene un consumo problemático de drogas, que desea mantener este consumo y que puede o no estar preocupada por los potenciales riesgos asociados. En ellos, grupos de personas jóvenes voluntarias con formación (*peer-to-peer*) se desplazan a los espacios de ocio por unas horas para establecer contacto con los consumidores. Una de sus principales estrategias de contacto con su público diana es el análisis de sustancias. A nivel internacional hay un debate sobre si la distinción entre RDD y RdR es o no puramente ideológica. Lo cierto es que en Cataluña hay una tradición de organizaciones que trabajan bajo el paradigma que diferencia las dos estrategias y los documentos rectores del propio Departamento de Salud³ reflejan e impulsan la distinción entre estas categorías.

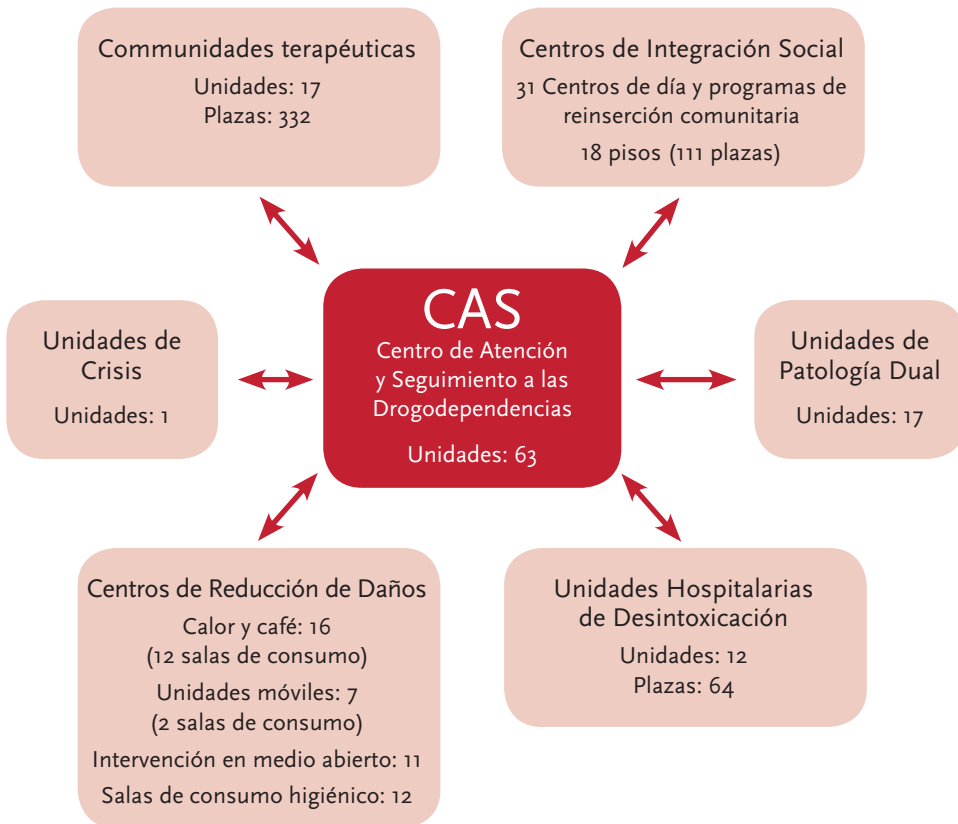
5. Salas de consumo higiénico

La presión policial en el centro de Barcelona se vio muy incrementada durante 1992. Fue el año de los Juegos Olímpicos. La zona centro de la ciudad era un sitio donde era muy visible el consumo inyectado de drogas y los gestores de la ciudad optaron por la represión. Esto generó que el tráfico se desplazara a macroespacios periféricos y altamente marginales de la ciudad, siendo Can Tunis el más conocido. Ya en el año 2000 había ONG's trabajando en el terreno, quienes, pese a no contar con financiación pública y en condiciones muy precarias, abrieron, en 2001, la primera sala de consumo higiénico. Poco después Can Tunis se desmantela y el tráfico vuelve al centro de Barcelona. En 2003 se abrió la primera sala de consumo higiénico en el centro de

3. Subdirecció General de Drogodependències (2008) Cap. 03 pág 333.

la ciudad. Una única sala no podía absorber la demanda de la población inyectora y, a partir de 2004, se abrieron más salas, una de ellas (la de Vall d'Hebron) con gran oposición vecinal. En 10 años, la posición de la administración respecto a las salas de consumo ha evolucionado desde la posición inicial de no dar soporte a las mismas, a un segundo estadio de proactividad en su implementación en zonas de consumo de alto riesgo, hasta la posición actual, que es una apuesta porque cada uno de los 10 distritos de la ciudad pueda ofrecer el servicio de consumo higiénico. Sin duda, la eficacia de estos dispositivos ha propiciado dicho cambio radical de posicionamiento. La mejora en la salud de las personas consumidoras y en la seguridad de la comunidad han sido elementos fundamentales. Por un lado, en 2012, en las salas de consumo higiénico de Barcelona se atendió a 3.557 personas que, sin la oferta de las salas, serían reacias a entrar en contacto con la red asistencial. Por otro lado, en Barcelona, en el año 2004, se recuperaron 13.100 jeringuillas usadas en la vía pública, en 2012 fueron un 77% menos, cerca de 3.000 (ASPB, 2012).

Hoy día, la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña sigue un esquema organizativo de trabajo en red:



V. Clubes de Cannabis

Los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) son asociaciones legalmente constituidas de consumidores de cannabis que tienen entre sus finalidades el cultivo compartido de plantas para autoabastecer el consumo de sus miembros sin recurrir al mercado negro. Estas entidades no han tenido nunca una regulación específica en el marco legislativo español, estando simplemente acogidas dentro del marco regulatorio de las asociaciones sin ánimo de lucro. El consumo de drogas ha estado siempre descriminalizado en España, aunque su tenencia y consumo en la vía pública está multado con sanción administrativa. La tenencia de plantas destinadas al consumo tampoco está perseguido penalmente, si bien no hay una normativa específica sobre el número de plantas que puede tener una persona para el autoconsumo. Este vacío legal en cuanto a la provisión de plantas, más la jurisprudencia del Tribunal Supremo (TS) sobre el consumo compartido, han dado pie a este modelo especial de acceso al cannabis conocido internacionalmente como “el modelo español” y que, como se expondrá, ha tenido una especial incidencia en Cataluña.

1. La brecha catalana

Hace poco más de veinte años se aprobó la Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana de 1992 que multaba administrativamente la tenencia y el consumo en los lugares, vías y establecimientos públicos, además de la incautación de la sustancia. Como respuesta, se organizaron protestas pacíficas bajo el nombre de “fumadas populares” en diferentes ciudades de España.

Un año antes, en 1991, ya se había creado en Barcelona la Asociación Ramón Santos de Estudios del Cannabis (ARSEC)⁴ 5.

En 1994, 100 miembros de ARSEC firmaron un acuerdo sobre la siembra y el cultivo de 200 plantas. A los pocos meses de empezar el cultivo la Guardia Civil las incautó sin una orden judicial. Cuatro miembros de la asociación fueron acusados de tráfico de drogas. Los acusados ganaron el juicio en la Audiencia Provincial de Tarragona, pero la fiscalía recurrió y, tres años más tarde, el (TS) les condenó a una pena de cuatro meses y un día de prisión (que quedó suspendida) y al pago de una multa de 3.000€ por un delito de “peligro abstracto” (Marín, 2008), es decir, que para proceder a condenar a alguien por ese tipo de delitos, es suficiente con que se encuentren indicios razonables para deducir que se tenían las sustancias para traficar con ellas. Los delitos contra la salud pública son considerados delitos de peligro abstracto, caracterizados por la existencia de un peligro de que acontezca el daño (potencialidad del daño).

En la génesis de los CSC encontramos estas dos fuerzas de signo contrario, por un lado, el incremento de la represión y criminalización del consumidor de cannabis y, por el otro, la fuerza de la sociedad civil para proponer alternativas. El caso de ARSEC inspiró a la siguiente generación de activistas cannábicos, por ello, es recordado como “la brecha catalana”.

En 1999, abrió en Barcelona una tienda de jardinería que vendía legalmente semillas de marihuana, fue el primer *grow-shop*. Los *grow-shops* acercaron a la población interesada la cultura del cultivo y la tecnología para hacerlo posible. En este sentido, las publicaciones dedicadas a difundir la cultura cannábica, como la revista *Cáñamo*, fundada en 1997, también han tenido un papel importante como canal de comunicación para las personas interesadas.

2. La brecha vasca

En 1995 había 10 asociaciones en toda España. En 1996 se formó la Coordinadora Estatal para la Normalización del Cannabis. En ella se plateó la campaña “*Contra la prohibición, me planto*” de apoyo a ARSEC. De las 8 asociaciones firmantes, solo una acabó realizando el acto

4. En 1993 se fundó en Barcelona la Associació Lliure Anti-Prohibicionista (A.L.A) un núcleo de activismo y debate en sinergia con otros, como ARSEC.

5. ARSEC se considera la primera asociación cannábica pero en 1987 se había fundado la Asociación de Consumidores de Derivados del Cannabis en Madrid. A parte de su fundación, no hay ningún registro de su actividad desde entonces. No obstante, antes de la eclosión del movimiento asociativo, activistas como la hoy histórica Fernanda de la Figuera se convirtieron en referentes después de ser absueltos por auto-cultivo.

reivindicativo en sí, el cultivo, en 1997. La asociación Kalamudia de Bilbao, cuyo portavoz era el conocido activista Martín Barriuso, plantó 600 plantas para 200 socios, incorporando los aprendizajes del caso ARSEC. Desde un buen inicio notificaron a fiscalía y policía sus intenciones e invitaron a la prensa a visitar el cultivo. Pese a que Kalamudia fue denunciada por un delito contra la salud pública, el juzgado de instrucción archivó la causa y rechazó la petición del fiscal de destruir la plantación. Desde entonces, hasta mayo de 2013, solo en el País Vasco se han producido 21 resoluciones, entre autos y sentencias contra CSC, todas ellas favorables, no encontrando delito en su funcionamiento⁶. Kalamudia llegó a hacer, sin ninguna oposición, una segunda y tercera cosecha anual.

3. El formato de Club Social de Cannabis (CSC)

Varios elementos precipitaron la definición del actual modelo de CSC. En primer lugar, la Junta de Andalucía (gobierno autonómico) encargó al Instituto Andaluz de Criminología un informe jurídico (conocido por Informe Muñoz y Soto) para saber cómo se podría dispensar cannabis legalmente a enfermos sin infringir la ley (Muñoz y Soto, 2001). Lo más significativo del informe era que el centro de dispensación debería tener el acceso permitido solo a personas adultas fumadoras habituales de cannabis, que se dispensaran pequeñas cantidades para consumir en el local y que no hubiera ánimo de lucro ni derivación del cannabis a terceras personas. Estas medidas se derivaban de incorporar la jurisprudencia del (TS) sobre el consumo compartido⁷ a un modelo de regulación de cannabis, es decir, debe tratarse de un circuito cerrado de personas concretas y previamente consumidoras, ninguno de los participantes puede lucrarse y las cantidades distribuidas deben ser para un consumo más o menos inmediato. En segundo lugar, en 2001 se creó el Club de Catadores de Cannabis de Barcelona (CCCB), era la primera asociación que nacía con la finalidad expresa de ofrecer un espacio privado de consumo para sus miembros. Al año siguiente, en el País Vasco, surgieron varios CSC que integraron efectivamente la distribución del resultado del cultivo compartido entre los socios de la entidad. Puesto que para ser socio la persona debía ser previamente consumidora de cannabis, ya esos primeros CSC hacían la distinción de los socios con consumo terapéutico (Barriuso, 2005), que pudiendo no haber consumido cannabis previamente, acudían a los CSC con un informe médico certificando su enfermedad.

6. Entrevista a José Afuera.

7. La doctrina del TS fue desarrollada en sentencias sobre grupos de personas consumidoras de heroína y cocaína que compraban conjuntamente en el mercado negro para consumir juntos a posteriori.

Por otro lado, a medida que se formaban varias decenas de CSC también se abrían algunos procesos judiciales en su contra, no observándose una acción global por parte de la administración autonómica o estatal para acabar con el fenómeno. Por ese entonces la presión estatal recaía sobre los *grow-shops* (que siguen abiertos). Los casos de los CSC que acabaron en juicio dieron una “publicidad favorable” al modelo, ya que todas las personas inculpadas han quedado libres de las acusaciones e incluso algunas plantaciones han sido devueltas varios meses después de su incautación. Durante la primera década de los años 2000, se produjo un crecimiento lineal del número de CSC. En 2009, sólo en Cataluña, había unos 14. Durante dicha década la Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC) fue la entidad que lideró la representación pública del movimiento cannábico y aglutinó a una mayoría de CSC.

4. Rasquera

Rasquera es una población agrícola de poco más de 900 habitantes del sur de Cataluña. A inicios de 2012 el nombre de Rasquera dio la vuelta al mundo cuando su alcalde presentó un plan anticrisis que, entre otros elementos, proponía crear una empresa pública para la investigación del cannabis que, entre sus múltiples actividades, se encargaría de la gestión de un cultivo para un CSC de Barcelona que tenía entonces 5.000 socios. Puesto que era una medida delicada, el consistorio convocó un referéndum entre sus vecinos para consultar dicha decisión. Resultó favorable en un 56%. Fue un juez, a petición de la fiscalía, quién invalidó el contrato entre el municipio y el CSC.

Para entender lo que pasó en Rasquera hay que retroceder dos o tres años y ver lo que ocurría en Barcelona. El modelo de CSC propugnado por la FAC durante la primera década del año 2000 fue una experiencia surgida de los activistas cannábicos históricos y sus expertos en leyes. En la medida en que el modelo de CSC se afianzó, otros actores entraron y tomaron protagonismo en la escena, entre ellos, otros abogados que, junto a sus clientes, apostaron por modelos con los límites y presupuestos más altos que los propugnados por la FAC. Lo más significativo fue un incremento sustancial en el número de socios y una toma de decisiones más jerárquica (menos cooperativista) dentro de la actividad del CSC. Otro salto cualitativo del nuevo modelo fueron los espacios privados destinados a los socios, imposibles de diferenciar de otros espacios de socialización como un bar, *lounge-bar*, o los mejores *coffeshops* de Amsterdam. El proceso de redefinición del modelo de CSC se vio acelerado en Barcelona y comportó que, desde 2010 hasta nuestros días, el número de CSC haya aumentado exponencialmente. A medianos de 2014 se estima que hay unos 400 CSC operativos en Cataluña, unos 250 de los cuales están en Barcelona. Entre todas las entidades de la ciudad se agrupan unas 165.000 personas (Mumbrú, 2013).

La condición de posibilidad del “caso Rasquera” era una Barcelona con una realidad manifiesta y diversa de CSC, una alternativa en marcha a las políticas de drogas prohibicionistas.

5. La respuesta de las instituciones españolas

Pese a que el fenómeno de los CSC empezó hace más de una década, los poderes ejecutivo y legislativo del gobierno de España no se han pronunciado de manera pública hasta el año 2012. Por ello, ha sido el poder judicial el que ha dado legitimidad al modelo CSC, basada en sus pronunciamientos en las diferentes causas y acusaciones contra las personas vinculadas al fenómeno. En este sentido, los costos para la administración han sido muy elevados en términos de gasto policial y judicial.

En verano de 2013 el Fiscal General del Estado promovió una orden entre todos los fiscales con instrucciones sobre las “asociaciones promotoras del consumo de cannabis”. Más allá del título tendencioso –pues todas las asociaciones dicen expresamente en sus Estatutos que sus fines no son los de promover el consumo– en dicha orden se insta a todos los fiscales a investigar a las asociaciones cannábicas para comprobar si han obtenido un certificado de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios para el cultivo de cannabis. Esta condición es imposible de cumplir ya que el cannabis, en su forma natural, no se considera un medicamento o un producto sanitario según la legislación española⁸. Para la fiscalía, cualquier acto de cultivo es ilícito si no está autorizado administrativamente, incluso para uso privado. Además, la interpretación que hace la fiscalía de la doctrina del “consumo compartido” es absolutamente restrictiva. Por todo ello, pocos días después de la publicación de la orden del Fiscal General, el presidente de Jueces para la Democracia la consideró “desproporcionada” porque “no se puede poner en el mismo plano tráfico ilegal y uso compartido” máxime cuando las citadas organizaciones buscan huir de las redes ilegales de tráfico de drogas. La orden supone “un paso atrás” y además la “criminalización” de esas asociaciones favorecería precisamente el tráfico ilegal. Por otro lado, la Unión Progresista de Fiscales simplemente consideró que la citada instrucción debe ser interpretada “de forma muy amplia” (Magraner, 2013).

8. En 2001 el parlamento de Cataluña, por impulso de las asociación Ágata de ayuda a enfermas de cáncer de mama, pidió de manera unánime al gobierno central legalizar el uso del cannabis terapéutico. Hasta nuestros días, sólo el preparado comercial Sativex está a disposición para tratar unas pocas enfermedades.

Otro actor que se pronunció públicamente fue el delegado del gobierno para el PNSD, quien anunció que pese a que “respetar el derecho de asociación”, está en contra de los CSC “porque si el Estado favorece un mercado legal aumentará la mortalidad asociada en el marco de la seguridad vial”⁹ y considera que “los grupos de presión” pro-cannabis “banalizan” sus efectos.

En julio de 2014 el Consejo de Ministros aprobó el texto de la nueva Ley para la Protección de la Seguridad Ciudadana (bautizada como Ley Mordaza) que supondrá al fin de su tramitación parlamentaria, la derogación de la denominada “Ley Corcuera” de 1992 que, como se ha expuesto al principio de este capítulo, fue uno de los puntos de partida del movimiento cannábico en España. Por desgracia, España repite una vez más el patrón de ahondar en leyes que incrementan la represión y punición hacia las personas consumidoras de drogas en general y de cannabis en particular. La aprobación de esta nueva ley de seguridad ciudadana implica otras medidas que pueden limitar el ejercicio de derechos fundamentales, como la libertad de manifestación o la libertad de expresión y provocó que el mismo comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa la valorase como “altamente problemática” (EFE 2013). Volviendo al campo de las drogas, el anteproyecto prevé eliminar la posibilidad de realizar tratamientos de desintoxicación como sustitución a la multa por tenencia o consumo de droga y duplicar la sanción mínima por tenencia de estupefacientes en la vía pública, pasando de los 300 a los 601 euros. Sin duda, esta ley es una apuesta del gobierno para debilitar administrativamente a los CSC, pues permite multar entre 601 y 30.000 euros¹⁰: los “actos de plantación de drogas no constitutivos de delito,¹¹ en lugares visibles al público” y, también, tolerar el consumo ilegal o el tráfico de drogas en locales o establecimientos públicos o “falta de diligencia” a la hora de impedirlo por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos

6. La respuesta del País Vasco, Cataluña y Navarra

Las únicas administraciones autonómicas que han mostrado una disposición a debatir abiertamente sobre el fenómeno de los CSC han sido el parlamento del País Vasco, Cataluña y Navarra.

9. TV3, Documental “30 minuts. Rasquera”: <http://www.tv3.cat/videos/4329931/Rasquera-que-fem-amb-la-marihuana> (consultado 14/02/2014)

10. La ley prevé que si se cometen tres infracciones graves en el plazo de dos años, se pueda considerar como infracción muy grave, que conlleva multa de 30.000 a 600.000 euros.

11. http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Proyecto_LOPSC_11-07-14.pdf (consultado el 2/14/2014).

En el caso del País Vasco fue determinante el foro de debate que organizó el Ararteko (defensor del pueblo del País Vasco), en 2011. Ese espacio de encuentro, surgido desde el ámbito de los derechos civiles, más algunas operaciones policiales contra CSC, precedieron a la constitución, en 2012, de una ponencia en el parlamento vasco –con el impulso de todos los partidos de la cámara– para estudiar la regulación de las actividades de los CSC. La ponencia fue suspendida al poco tiempo de su inicio debido a una convocatoria anticipada de elecciones. Con el siguiente gobierno y también por consenso de todos los partidos, en verano de 2013 se constituyó de nuevo la ponencia por la que pasaron más de 40 personas expertas, cuya opinión y argumentos fueron considerados para la elaboración de las conclusiones. En el informe de conclusiones, publicado en octubre de 2014 con el apoyo de todos los partidos políticos menos el PP (al cargo del gobierno central), se emplazaba al gobierno vasco a incluir las actividades de los CSC en la Ley vasca de Adicciones y pedía más soporte legal al cultivo para el consumo colectivo de las personas asociadas (elDiario, 2014). Al margen de dicha actividad parlamentaria, las operaciones policiales y los juicios penales contra algún CSC del País Vasco siguen sucediendo.

La reacción en Cataluña fue más tardía, en 2012. Justo después que “el caso Rasquera” acaparara titulares, el Departamento de Salud inició un proceso de reflexión a tres niveles: con los afectados y sus representantes¹², con todos los partidos políticos en la Comisión de Políticas de Salud del parlamento catalán y, por último, liderando una una comisión interdepartamental integrada por la Dirección General de Policía, la Dirección General de Derecho y Entidades Jurídicas, la Dirección General de Administración Local y la Fiscalía Superior de Cataluña. El objetivo del Departamento de Salud era “encontrar el máximo consenso para regular una dinámica que en los últimos años ha crecido sin ninguna ordenación”¹³. A diferencia de País Vasco, donde se partió de los derechos civiles, en Cataluña se legitimó la dinámica regulatoria partiendo del paradigma de la reducción de daños, “las políticas sanitarias sobre drogas europeas avanzan hacia políticas de salud pública que den prioridad a la salud de los consumidores y el trabajo sobre los riesgos siguiendo un modelo similar al que se desarrolló en los años ochenta y noventa con el consumo de heroína”¹⁴.

Mientras, en verano de 2014, el ayuntamiento de Barcelona ordenó el cierre de unos 50 CSC de la ciudad de Barcelona. Los argumentos para cerrar los CSC fueron de dos tipos, por un lado, deficiencias burocrático-administrativas y, por el otro, el mal funcionamiento del sistema de extracción de humos de los locales. De todos modos, varios representantes

12. Existen dos federaciones que agrupan entre un 20-30% del total de CSC de Cataluña. La Federación de Asociaciones de usuarios de Cannabis de Catalunya (CATFAC) y la Federación de Asociaciones Cannábicas Autoreguladas de Catalunya (FEDAC).

13. Nota prensa Departamento Salud http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=219848 (consultado el 14/02/2014).

14. Ibid.

de los CSC cerrados arguyeron que eran argumentos arbitrarios e injustos. A su vez, esta acción del ayuntamiento provocó que muchos CSC de Cataluña se interesaran más por el trabajo de las federaciones cannábicas que les representan. Desde que la Fiscalía General del Estado presentó su circular en verano de 2013 (antes mencionada) el gobierno de Cataluña le remitió 258 expedientes de diferentes CSC para que fueran investigados. La Fiscalía abrió 40 investigaciones al respecto (Economíadigital, 2014). A finales de enero de 2015 el Parlamento de Cataluña aprobó una resolución (no una ley) que propone los criterios en materia de salud pública para orientar las asociaciones cannábicas y sus clubes sociales y las condiciones del ejercicio de su actividad para los ayuntamientos de Cataluña. Es decir, se trata de un pronunciamiento parlamentario que sugiere líneas de actuación tanto para los CSC, como para los ayuntamientos. Dichos criterios pretenden impulsar, por medio del Departamento de Sanidad, la información y el asesoramiento de los asociados para reducir los riesgos y daños vinculados al consumo de cannabis; la formación de las personas al cargo de la dispensación de cannabis; la detección precoz, el seguimiento y la derivación de determinados consumos que generan riesgos o daños a la salud de los consumidores; la prohibición del consumo de otras drogas o de bebidas alcohólicas y la limitación y la venta de tabaco, así como el respeto a la ley nacional de tabaco; la limitación de la ubicación de los CSC a una distancia mínima de los centros sanitarios y los educativos (para evitar la promoción del consumo entre colectivos vulnerables); la limitación de los horarios de apertura (8 horas al día, cerrando a las 22h entre semana y a las 24h el fin de semana) y de todo tipo de publicidad. También asienta que los CSC deben cumplir las normativas de salubridad vigentes y el respeto a las normas medioambientales, especialmente el descanso de los vecinos. En relación a las personas asociadas, el texto dicta que deben ser mayores de 18 años, consumidores habituales de cannabis, ser miembros de un solo CSC, tener el aval de un miembro del CSC y, para evitar el llamado "turismo cannábico" la resolución propone un período de espera de 15 días entre que la persona presenta su solicitud de membresía y la aceptación de la misma por parte del CSC¹⁵. Por todo lo expuesto, se puede ver que la resolución parlamentaria no considera elementos relativos al cultivo ni al transporte de cannabis.

En verano de 2014, una tercera comunidad autónoma del Estado español inició un proceso de regulación de la actividad de los CSC, la comunidad Foral de Navarra. En este caso, fue la sociedad civil, impulsada por los activistas cannábicos, la que propuso una Iniciativa Legislativa Popular para regular los CSC. Se requerían 5.000 firmas de apoyo y se consiguieron más de 10.000. La ley fue aprobada por el Parlamento de Navarra en diciembre de 2014. Se trata de una ley histórica, pues es el primer parlamento europeo regional que legisla sobre los CSC. En relación a su contenido el articulado de la ley hace especial

15. Resolución del Parlamento de Catalunya. Resolució SLT/32/2015. Publicat al DOGC, nº 6799 – 29.15.2015

énfasis en los derechos civiles de las personas consumidoras de cannabis y del ejercicio de sus derechos colectivos¹⁶.

Hasta la fecha, ninguna de las iniciativas mencionadas recogen aspectos relacionados con el cultivo y/o el transporte de cannabis. Solo regulan aspectos relacionados con la actividad relativa al espacio de distribución.

7. Hacer de la necesidad, virtud

A 20 años vista del primer cultivo colectivo, el movimiento cannábico español se ha convertido en un referente mundial. A su vez, los sucesivos gobiernos del Estado no han dejado de incrementar la represión y punición a las personas consumidoras. Dicha dialéctica tiene múltiples implicaciones que hacen de los CSC un ejemplo de la complejidad en el avance hacia políticas de drogas más sostenibles.

Los CSC surgieron, como se ha dicho antes, de un vacío legal de la legislación española. La falta de regulación no ha frenado la oferta ni la demanda de cannabis, ni la creación de CSC. Lo que realmente ha dificultado es la posibilidad de un conocimiento real sobre lo que está pasando “allí fuera”. Esto hace que sea complicado, por ejemplo, demostrar con datos la efectividad del modelo de los CSC. O incluso hablar de un modelo de CSC, pues coexisten varias maneras de entender el funcionamiento de los mismos. Las fuentes de información son muy limitadas o sesgadas.

Ante la pregunta de si el aumento de CSC comporta un aumento en los niveles de consumo, con base a los datos que se disponen la respuesta es no. Si analizamos los datos de Cataluña, que es la región con más concentración de CSC, del 2007 (año en que se popularizan los CSC) hasta el 2011 bajaron todas las prevalencias de consumo de cannabis (ver tabla 1).

Tabla 1. Prevalencias de consumo cannabis en población de 15 a 64 años

	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	34,4%	34,9%	28,5%
Alguna vez en los últimos 12 meses	14,1%	12,4%	11,3%
Alguna vez durante los últimos 30 días	9,7%	8,7%	8,1%
Consumo diario	1,7%	2,2%	1,5%

Informe resultados Cataluña encuesta EDADES 2011 (EDADES, 2011)

16. Boletín Oficial de Navarra (BON). Ley Foral 24/2014, de 2 de Diciembre, Regulación de los Colectivos de Usuarios de Cannabis en Navarra. (Texto publicado en in BON N.º 243 el 15 de Diciembre de 2014).

Desde 2007 a 2011, que han sido los años en los que han ido proliferando exponencialmente los clubes cannábicos en Cataluña en general y en la ciudad de Barcelona en particular, las cifras de prevalencia de consumo de cannabis han ido progresivamente descendiendo tanto para consumidores experimentales (alguna vez en la vida), ocasionales (alguna vez en el último año) y habituales (alguna vez en el último mes). En paralelo, las peticiones de inicio de tratamiento durante esos mismos años han ido aumentando; 706 en 2007; 1.069 en 2009; 1.538 en 2011 (Generalitat de Catalunya, 2007; 2009; 2011). El indicador más próximo a una interpretación de consumo problemático es el de las cifras de consumos en los últimos 30 días. Sorprende que mientras ese indicador ha ido progresivamente disminuyendo con los años, las peticiones de tratamiento hayan ido aumentando. Como ya se ha explicado, en España la tenencia y el consumo en la vía pública está sancionado con una multa administrativa. Luego quizás el aumento de las peticiones de tratamiento no obedece tanto a un aumento del consumo problemático (que no se refleja en las cifras epidemiológicas) como a un aumento de solicitudes de tratamiento simplemente para no pagar las multas. No olvidemos que esos mismos años han sido años en los que la crisis económica en España se iba ya instaurando firmemente por lo que quizás muchos usuarios sencillamente no podían afrontar un gasto económico más del calibre del que son las sanciones administrativas por tenencia y consumo de drogas.

Hay dos indicadores que nos podrían orientar sobre el impacto de los CSC: el primero, el número de sanciones administrativas por tenencia o consumo de drogas en la vía pública; y el segundo, las detenciones e imputaciones por tráfico de drogas. En efecto, en la región metropolitana de Barcelona, donde ha habido un incremento creciente de CSC durante los últimos 3 años hasta llegar a más de 200 en 2014, las cifras de sanciones por consumo y/o tenencia de drogas en la vía pública han sido en 2009 de 22.232; en 2010 de 27.674; y en 2011 de 21.953 (Memoria del Departament d'Interior, 2009; 2010; 2011). Respecto a la detenciones e imputaciones en Barcelona, estas pasaron de 2006 en 2011 a 1817 en 2012 (Ministerio del Interior, 2012). Los datos expuestos hacen referencia a multas y detenciones por todas las drogas. Con relación al cannabis, aunque no se disponen de cifras concretas, pueden extrapolarse de los datos provenientes del Estado Español, donde el 54,6% de los detenidos por delitos de drogas es por cannábicos, así como el 85,57% de las denuncias (OEDT, 2011). No parece haber una relación clara entre dichos indicadores y el incremento de CSC en Barcelona. Existen muchos factores externos desconocidos que pueden tener una gran influencia para explicar dichos datos; falta de datos sobre prevalencias de consumo desde 2011, un potencial incremento de la presión policial, factores estructurales relacionados con la crisis económica, etc.

Otro elemento a considerar son los decomisos. Mientras que en el conjunto del estado Español han descendido paulatinamente las incautaciones de cannabis, en Cataluña han

aumentado significativamente: en España, se pasó de 355.904 kg. en 2011, a 325.562 kg. en 2012 (un 8,53% menos) (Ministerio del Interior, 2013). En Cataluña, en 2012, se incautaron 2.500 kg. de marihuana y en 2013, 5.300 kg. (El Periódico, 2014). Una posible interpretación de estos datos podría ser que el aumento de los CSC ha comportado una mayor cantidad de cultivos autóctonos que ha hecho que las personas consumidoras del territorio catalán hayan dejado de acudir a las clásicas redes de aprovisionamiento, lo cual ha aumentado el riesgo intervención de los cultivos por parte de la policía. La proliferación de CSC y el consiguiente cambio en las redes de aprovisionamiento derivándose de las redes clásicas de narcotráfico a los circuitos modernos de los CSC ha ido transformando paulatinamente la cultura del hachís en Cataluña para pasar más a una cultura de utilizar marihuana. De hecho, las cantidades incautas en 2013 reflejarían tanto ese cambio en las redes de aprovisionamiento y en el mayor consumo de marihuana con respecto al de hachís, como a ser cantidades que se corresponderían con la necesidad de demanda de los clubes catalanes.

Estas cifras son difíciles de interpretar y cualquier conclusión preliminar que se quiera extraer, como si fueran consecuencia de la proliferación de CSC, será necesariamente altamente especulativa. La situación de los CSC no es una realidad que se haya cuantificado desde organismos oficiales, lo que se sabe de sus actividades proviene, bien de lo que cuentan los responsables de los mismos, bien de lo que aparece en los medios de comunicación. Ha habido épocas en las que la policía ha actuado en la puerta de los CSC, registrando y multando a las personas que transitaban entre los mismos y la calle. Otras épocas en las que no ha habido problemas. Se han intervenido unos clubes y no otros, sin un aparente criterio. Por las conversaciones informales que los autores de este informe han mantenido con decenas de directivos de CSC, la percepción del colectivo es, en general, de arbitrariedad respecto a las intervenciones policiales. Ante esta falta de datos, es difícil interpretar las fluctuaciones mencionadas, que pueden deberse a múltiples factores, incluyendo el azar. Los principales multados por consumo o tenencia en la vía pública (más del 80%), en España, son jóvenes (inclusive adolescentes), el colectivo con menos recursos, con mayores prevalencias de consumo y con una presencia más clara en los espacios públicos como espacios de socialización, un perfil que no es el de los socios de los CSC (muchos CSC admiten socios a partir de 21 años y los precios del cannabis son ligeramente superiores a los del mercado negro). Sea como fuere, los datos confluyen tanto hacia un descenso en las prevalencias de consumo habitual de cannabis, como de un descenso de intervenciones policiales en la vía pública que coincide con la proliferación en la ciudad de Barcelona de los CSC.

Otro elemento paradójico del actual *status quo* es que los CSC –creados para salir del circuito del mercado negro– cuando sufren una intervención policial o un robo se ven obligados o a cesar su actividad (sus socios volverán a comprar al mercado ilegal) o, de igual manera, a recurrir al mercado negro para poder abastecer a sus socios. No es infrecuente

que haya robos en los cultivos, además, han ocurrido episodios de violencia o extorsión por parte de grupos organizados que son difíciles de denunciar pues el objeto del delito es una sustancia ilegal, dejando así jurídicamente desprotegidas a las víctimas. Vemos pues que la falta de regulación empuja a las personas implicadas en los CSC a estar cerca de la actividad criminal, cuando justamente se conciben para distinguirse de la misma. Otra consecuencia directa de esta situación es que dentro del propio sector de los CSC se han generado conflictos (como acusaciones cruzadas de “malas prácticas” o connivencia con el mercado negro) entre las personas implicadas pues no hay unas reglas de juego que permitan la estabilidad, el amplio consenso y la cooperación. Además, es cruel observar cómo las operaciones policiales se han cebado especialmente con aquellas personas que justamente más esfuerzos han dedicado a explicar públicamente sus argumentos y a colaborar activamente con todas aquellas instituciones que se lo han propuesto. Por todo ello, queda claro el pobre posicionamiento del gobierno estatal en cuanto al cannabis: el problema no es que exista un mercado o una demanda, el problema es que sea visible. Por y para ello, sus leyes favorecen a las grandes mafias, que son las que tienen más capacidad y privilegios para ser menos visibles.

Por otro lado, todo parece indicar que antes de la puesta en marcha de la nueva ley estatal de Seguridad Ciudadana que permitirá acechar administrativamente con multas muy elevadas a las personas consumidoras de cannabis y a los responsables de los CSC, los parlamentos autonómicos de País Vasco y Cataluña se van a pronunciar con sendas propuestas de regulación de la actividad de los CSC. En este cruce de caminos confluyen –o colisionan– diversos elementos a tener en cuenta.

Como es sabido, Cataluña y País Vasco (también Navarra) han sido históricamente dos territorios con una tradición y reivindicación de autogobierno dentro del marco del Estado español. Esta tensión tiene su reflejo a muchos niveles y sus respectivas políticas de drogas son un claro ejemplo de ello. Estas dos regiones lideraron, hace más de veinte años, los procesos de implementación de los programas de reducción de daños dentro de España. El caso de los CSC tiene muchas similitudes con dicho proceso pero también diferencias notables. Una regulación integral de la actividad de los CSC implicaría normativizar aspectos como el cultivo o el transporte de cannabis, que son competencias del gobierno central (Ley de Estupefacientes o Código Penal).

Por lo tanto, se abren múltiples escenarios posibles:

- ▶ Una regulación muy parcial (parecida a la política de tolerancia holandesa).
- ▶ Una regulación que invada competencias estatales. Por lo tanto, un desafío más dentro de la mencionada tensión entre gobiernos autonómicos y estatal.
- ▶ Que los gobiernos autonómicos pidan la transferencia de competencias estatales y se alarguen los procesos de regulación.

- ▶ Que se sucedan las normativas, bandos y licencias municipales, creando así situaciones desiguales e incluso contradictorias, entre municipios cercanos¹⁷.

Ambos territorios tienen bajo su mando un cuerpo de policía con competencias en la lucha contra el narcotráfico, este elemento puede facilitar una regulación propia mediante protocolos de actuación entre diferentes departamentos de la administración autonómica y la promulgación de mecanismos de transparencia hacia los CSC del territorio. Pero a su vez, en las dos regiones siguen actuando (con menor presencia) los dos cuerpos de seguridad del Estado español que también tienen competencias relacionadas con el crimen organizado y el narcotráfico. Sin olvidar a la fiscalía, quién ya se ha pronunciado en contra de los CSC y actúa como de acusación del Estado en los juicios abiertos.

La emergencia de los CSC ha generado una paradoja más: mientras el debate sobre su regulación acapara gran parte de la atención pública, se corre el riesgo de olvidar la lucha por la defensa de la protección jurídica y policial del cultivador y consumidor particular. Al debatir solo sobre derechos colectivos, pueden difuminarse los individuales.

Más allá de las contingencias políticas, el modelo de CSC ha demostrado, por su fulgurante extensión, ser un “producto de éxito” en la medida en que buena parte de las personas consumidoras lo valoran por encima de la opción del mercado negro. Los valores que proponen los CSC pueden ser ponderados en varios niveles:

- ▶ En primer lugar hacia sus miembros, los CSC ofrecen asociacionismo, trato individualizado, confianza mutua, funcionamiento democrático, formación entre pares –que contribuye a la reducción de riesgos–, ausencia de lucro, acceso a un producto de calidad, asistencia en temas legales derivados del consumo, trabajo en red con otras organizaciones. También es fundamental la labor que hacen los CSC con las personas que consumen cannabis por motivos terapéuticos. Una inmensa mayoría de CSC cuentan con “socios terapéuticos”. Es un secreto a voces que muchas de estas personas llegan a los CSC derivadas “informalmente” por médicos que les sugieren probar el cannabis como medicamento.
- ▶ En segundo lugar hacia la comunidad, pues los CSC ofrecen un espacio de consumo privado que antes no existía y, por lo tanto, presenta una alternativa al consumo en el espacio público. Esto disminuye la visibilidad y el volumen de la compra-venta en

17. La primera respuesta concreta de la administración ha surgido del ámbito local. Las ciudades de Girona (Cataluña) y San Sebastián (País Vasco) ya tienen aprobada su licencia municipal para los CSC. El ayuntamiento de Barcelona anunció en junio de 2014 la suspensión de la apertura de nuevos CSC durante un año con el fin de consensuar una normativa municipal propia. Otros municipios más pequeños, por ejemplo, Castelldefels, Badalona, Sabadell, Sant Adrià de Besòs, Sitges, Vilafranca del Penedès, Vilanova i la Geltrú y 7 más (Cataluña), han vetado la apertura durante el siguiente año de nuevos CSC.

público y, a su vez, debería repercutir en una disminución de la dedicación y del gasto policial asociado a la persecución de dicha conducta. También los CSC acercan a las personas consumidoras a los programas de reducción de daños y a los tratamiento de salud de la red pública o de las ONG's que trabajan en el ámbito. Ya hay varias experiencias en marcha en este sentido, como programas de reducción de riesgos en consumo de cannabis u otras drogas o incluso programas de tratamiento del hábito tabáquico. Por ello, el modelo de los CSC permite un mejor conocimiento de la realidad del consumo de cannabis y, en ese sentido, intervenciones más eficaces desde la óptica de la salud pública. Uno de los logros más patentes de los CSC es que separan los mercados de las drogas, frenando así la accesibilidad a drogas con más riesgos para la salud. Es pertinente recordar que fue justamente este el argumento que legitimó, en Holanda, el establecimiento de los *coffe-shops*. A diferencia del modelo holandés, los CSC son espacios cerrados y las personas consumidoras solo pueden acceder por invitación directa de otro miembro de manera que no se favorece promoción del consumo de cannabis hacia nuevas personas consumidoras. La ausencia de ánimo de lucro frena el mecanismo de promoción que es la publicidad y el concepto del cultivo compartido, cuyo volumen total se debe ajustar a la previsión de consumo del conjunto de los socios, que tiene un límite máximo que suele ser de 2 o 3 gr./día, comporta que no haya excedentes de producción que puedan ser desviados al mercado negro. Los miembros de los CSC son siempre mayores de edad (incluso muchos han incrementado la edad mínima a 21 años).

- ▶ En tercer lugar hacia el ámbito colectivo. Los CSC han emergido en un momento histórico de gran crisis económica. No es baladí que Rasquera fuera, el año que presentó su “plan anticrisis”, el tercer municipio de Cataluña con el mayor porcentaje de deuda pública (El Periódico, 2013). España fue, en 2013, el país del sur de Europa con mayor economía sumergida (28% del PIB), más fraude fiscal (8% del PIB) (Europa Press, 2013) y mayor tasa de desempleo juvenil (57,7% nov. 2013) (El Diario, 2014). Según estimaciones¹⁸, los españoles gastan anualmente unos 546 millones de euros en el mercado negro. Los CSC no tienen ánimo de lucro pero sí actividad económica, en ellos se crean puestos de trabajo, se pagan impuestos y cotizaciones sociales. A su vez, los CSC mueven la economía al interactuar con otros proveedores de servicios como alquiler de espacios, luz, comunicaciones, transportes, asesoría legal, peritajes agrícolas, material de cultivo, etc. Por ejemplo, un CSC de unos 600 socios requiere

18. Según la encuesta del Observatorio Español de Drogas (2011), el 7% de la población española de 15 a 64 años consume de manera frecuente el 1,7% diariamente. Se parte del cálculo de unos 10 euros al mes para los primeros y 60 euros los segundos.

aproximadamente la contratación de unas 10 personas para que sea operativo. Si un millón y medio de personas (un poco más del 60% de los consumidores diarios y consumidores frecuentes (OEDT, 2011)) se abastecieran de cannabis en un CSC, se generarían unos 25.000 puestos de trabajo. Esto comportaría 197 millones de euros en cotizaciones a la seguridad social, 100 millones en impuestos sobre la renta y 114 millones en IVA que, en total, sumarían 411 millones de euros anuales en ingresos directos. En cuanto a los ingresos indirectos, al poder contratarse a 25 mil personas que podrían trabajar en el sector, el Estado se ahorraría 250 millones de euros anuales en prestaciones por desempleo.

Más allá del fundamental reconocimiento de derechos individuales y colectivos que garantizaría una regulación integral de los CSC, la envergadura de estas cifras, más el consiguiente ahorro de recursos policiales y judiciales, representa una oportunidad para combatir la gran crisis económica y social que atraviesa el país.

Por último, es notable el valor que aportan las personas involucradas en los CSC para autoorganizarse y crear espacios de encuentro. Los CSC, al ser una iniciativa y una lucha social, son nodos de personas que se conectan y fomentan la cultura cannábica y la vida asociativa. A inicios de 2014 hay, en toda España, 11 federaciones que agrupan a una parte importante del total de CSC, que oscila entre 800 y 1.000 entidades legalmente constituidas. Gracias a ello, fuera de nuestras fronteras ya se habla, replica y mejora el “modelo español”.

Los CSC refuerzan el tejido social, la protección de la salud y la economía legal, por ende, fomentan sociedades más democráticas, mientras, la opción del mercado negro va justamente en la dirección opuesta.

VI. Conclusiones

La no penalización del consumo de drogas más la doctrina del Tribunal Supremo del “consumo compartido” son dos elementos muy singulares a nivel internacional en materia de políticas de drogas. A pesar de que parezca paradójico, esta realidad jurídica y jurisprudencial ha coexistido en España con las sucesivas acciones políticas de gobiernos estatales que, durante los 35 años de democracia, han ido abordando la problemática de las drogas con leyes fuertemente represivas, características de las políticas prohibicionistas por encima de estrategias de políticas sanitarias, sociales y culturales. Un ejemplo de ello es la línea jurisprudencial del TS que considera delito de tráfico la venta al menudeo de cantidades ínfimas de drogas, cargando el peso de la ley sobre los eslabones más débiles de la cadena de tráfico.

La relativa autonomía en las políticas internas que permite el régimen de autonomías español a las comunidades autónomas ha hecho posible que algunos territorios hayan desarrollado políticas de drogas con abordajes diferentes a los estatales. En el caso concreto de Cataluña las políticas de drogas están guiadas por el consenso parlamentario, lo cual ha permitido desarrollar políticas de drogas más inclusivas. La asunción del paradigma de la reducción de daños en consumidores problemáticos de drogas, el fenómeno social de los Clubes Sociales de Cannabis aparecidos en un contexto en el que el uso de cannabis es una conducta bastante generalizada entre la población catalana, o las medidas educativas alternativas a la sanción administrativa por consumo de drogas en la vía pública en menores de edad son una muestra de cómo hay soluciones diversas en el abordaje del problema de las drogas a la criminalización.

Pero no se debe perder de vista que las estrategias de reducción de daños y de desarrollo comunitario han sido siempre, y son, un abordaje paliativo ante las heridas generadas por unas políticas de drogas ineficaces en los planos sanitario, legal y social y que, en el caso de España, llegaron mal y tarde. No en vano fue el país de la Unión Europea con más índices de prevalencia de VIH transmitido por vía parenteral. El quedar la seguridad legal del usuario circunscrita al espacio de estos dispositivos puede dar lugar a la creación de guetos, a reafirmar una identidad (la de usuario de la reducción de daños o de los clubes de cannabis que comparten una serie de rutinas, valores y gustos con otros como él) y, en definitiva, a construir su espacio segregado. La legislación que sanciona al usuario le confina a buscar lugares en los que se siente protegido. Lugares en los que refugiarse. Sin un cambio de legislación en el que al menos ni se castigue penalmente ni se sancione administrativamente la tenencia de drogas en la vía pública cuando no está destinada al tráfico, ni la tenencia de plantas destinadas al uso personal, no se podrá valorar en su justa medida la eficacia de políticas de drogas no represivas.

Es evidente que las políticas basadas en la reducción del daño reducen daños. Pero los daños que reducen son los derivados del sistema, más que de las drogas. La heroína no transmite el VIH ni el virus de la hepatitis y las muertes por sobredosis son accidentes evitables. Más allá del derecho a la libertad individual, la implementación de políticas alternativas a las basadas en la guerra contra las drogas es la única forma de reducir el drama sociosanitario que se deriva del problema de las drogas. Estas políticas solo pueden establecerse cuando una problemática concreta (en este caso las drogas) no se utiliza como herramienta de estrategia política sino que se basa en el consenso parlamentario, al margen de ideologías.

En un país en crisis y bajo amenaza de leyes más represivas las políticas locales y autonómicas en materia salud han luchado por unas políticas de drogas basadas en la evidencia científica y los derechos humanos. Recorridos, rutas y caminos que, como alternativas a un modelo represivo y basado en la prohibición, pueden inspirar a quien pretenda hacer de la necesidad, virtud.

Referencias

ASPB (2012): *La salut a Barcelona 2012*. Barcelona: Agència de Salut Pública (ASPB).

Barriuso, M. (2011): Los Clubes Sociales de Cannabis en España. Una alternativa normalizadora en marcha. Transnational Institute. *Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 9*. <http://www.tni.org/es/briefing/los-clubes-sociales-de-cannabis-en-espana> (consultado el 14/02/2014).

Boletín Oficial de Navarra (BON). Ley Foral 24/2014, de 2 de Diciembre, Regulación de los Colectivos de Usuarios de Cannabis en Navarra. (Texto publicado en in BON N.º 243 el 15 de Diciembre de 2014).

Brugal, M. (2005): Morbi-mortalidad asociada al consumo de heroína. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona (tesis doctoral).

Colom, J. (2000): "Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de daños". En: VV.AA.: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup IGIA, pp: 49–59.

de la Fuente, L., Brugal, T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M., Barrio, G. (2006): "Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro". *Rev. Esp. Salud Pública*, 80, 5: 505–520.

del Río, M. (1998): "Drogas y Sida: de los programas libres de drogas a la reducción de riesgos". *Jornadas sobre la infección por VIH/SIDA: Aspectos clínicos y jurídicos*. Santa Cruz de Tenerife, 7 y 8 de mayo.

Economía Digital (2014): La Generalitat denuncia ante la Fiscalía a 258 clubes cannábicos en los últimos dos años. *Economía Digital* 06/12/2014. <http://goo.gl/yooABe> (consultado el 12/01/2015)

EDADES (2011a): *Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES) 2011*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <http://goo.gl/NHQyaa> (consultado el 14/02/2014).

EFE (2013): “El Consejo de Europa ve “altamente problemática” la Ley de Seguridad Ciudadana de Rajoy”. *20Minutos*, 03/12/2013. <http://goo.gl/Jkqtuk> (consultado el 14/02/2014).

El Diario (2014): “España registra un nuevo récord de paro juvenil”. *El Diario*, 08/01/2014. <http://goo.gl/zSZ4IX> (consultado el 14/02/2014).

El Diario (2014): El Gobierno regulará los clubes de cannabis para darles seguridad jurídica. *elDiario.es* <http://goo.gl/rlyswy> (consultado el 12/01/2014).

El Periódico (2013): “La lista de los 85 ayuntamientos catalanes más endeudados”. *El Periódico*. 20/03/2012. <http://goo.gl/kZnbpG> (consultado el 14/02/2014).

El Periódico (2014): “Els arrestos per cultiu i tràfic de maria s'enfilen a 500 el 2013”. *El Periódico*. 26/02/2014. <http://goo.gl/Q77lFS> (consultado el 14/02/2014).

Europa Press (2013): “España, el país del Sur Europa con mayor economía sumergida (28% del PIB) y más fraude fiscal (8% del PIB)”. *Europa Press*, 24/10/2013. <http://goo.gl/IPJmDz> (consultado el 14/02/2014).

Generalitat de Catalunya (2007; 2009; 2011): Sistema d'informació en Drogodependències. Informe Anual.

Magraner, J. (2013): “Según jueces y fiscales progresistas la Fiscalía General sitúa en el mismo plano el tráfico de cannabis y las asociaciones de consumo”. *Cadena Ser*, 13/09/2013.

Marín, I. (2008): *La Cultura “Cannábica” en España (1991–2007)*. Análisis Socioantropológico de un Nuevo Tipo de Movimiento Social. Granada: Universidad de Granada (tesis doctoral).

Memòria Departament d'Interior (2009, 2010, 2011). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Ministerio del Interior (2012): Anuario estadístico 2011. Madrid: Ministerio del Interior.

Ministerio del Interior (2013): Anuario estadístico 2012. Madrid: Ministerio del Interior.

Mumbrú, J. (2013): “Los clubes de cannabis catalanes facturan cinco millones al mes”. *El País*, 28/12/2013.

- Muñoz, J. y Soto, S. (2001). “El uso terapéutico de cannabis y la creación de establecimientos para su adquisición y consumo”. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 7: 49–94.
- OEDT (2011): Situación y tendencias de los problemas de drogas en España 2011. Madrid: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (1990). Memoria 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (1991): Memoria 1991. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996): Memoria 1996. Ministerio del Interior. (como se cita en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2013; 91: 136–141. doi: 10.2471/BLT.12.111054).
- Plan Nacional sobre Drogas (2009): Memoria 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (como se cita en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2013; 91: 136–141. doi: 10.2471/BLT.12.111054).
- Plan Nacional sobre Drogas (2009): Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000–2008. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pretel, X. (2008): “Historia de la implementación de la reducción de daños y riesgos en la prevención de los usos problemáticos de drogas”. *III Seminario Repensar la Prevención Sexual del VIH/SIDA*, 14–15 febrero. Grupo de Prevención Sexual del VIH de RED2002.
- Usó, J.C. (1995): *Drogas y cultura de masas. España 1855–1995*. Madrid: Taurus.

Entrevistas

- ▶ Andreu Obrador i Siquier, psicólogo.
Fundador de SPOTT de la Diputación de Barcelona.
- ▶ Carles Sedó Luzuriaga, “Còmic”, pedagogo.
Fundador de la ONG Educación para la Acción Crítica y del Instituto de Políticas de Drogas y Sostenibilidad.
- ▶ Carlos González Zorrilla, abogado.
Fue magistrado y director de la Escuela de Policía de Cataluña.
- ▶ Carmen Vecino, psiquiatra.
Servicio Prevención y Atención Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).
- ▶ Ernesto Sierra Terradez, psicólogo.
Jefe de Servicio en Cruz Roja en Cataluña y Jefe de Estudios Máster Drogodependencias Universidad de Barcelona.
- ▶ Felisa Pérez Anton, psicóloga.
Directora técnica en Asociación Bienestar y Desarrollo.
- ▶ Gemma Calvet i Barot, abogada.
Diputada Parlamento de Cataluña y ex-directora General de Drogas en el País Vasco.
- ▶ Imma Mayol i Beltran, psicóloga.
Fundadora de Grup IGIA, ex-diputada Parlamento de Cataluña y ex-directora ASPB.

- ▶ **Jaume Funes Artiaga, psicólogo, educador social, periodista.**
Autor de varios libros sobre el mundo de los adolescentes y la juventud y sus dificultades sociales.
- ▶ **Joan Colom i Farran, médico.**
Subdirector General de Drogodependencias, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña.
- ▶ **Jokin Goiburu López, educador social.**
Equipo de Prevención de Drogodependencias de Santa Coloma de Gramenet y miembro de Agrupación de Usuari@s y Profesionales entorno al Autobús de Metadona.
- ▶ **José Afuera Gómez, activista.**
Fundador del Club Social de Cannabis “La Maca” y de la Federación de Asociaciones Cannábicas de Cataluña (CATFAC).
- ▶ **José Carbonell Viscasillas, activista.**
Presidente Asociación de Pacientes Dependientes a Opiáceos (APDO).
- ▶ **Josep Checa Soler, psiquiatra.**
Coordinador del Centro público de Atención a las Drogodependencias “Baix Llobregat Nord”.
- ▶ **Josep Rovira Guardiola, trabajador social.**
Fundador Energy Control. Director Área de Drogas e Inclusión y Pobreza en Asociación Bienestar y Desarrollo.
- ▶ **Lluís Serra Campoy, auxiliar enfermería.**
Coordinador Punt d’Informació per a Gent amb Problemes d’Alcoholisme i Altres Drogodependencies (PIGAD), Hospitalet de Llobregat.
- ▶ **Milagros Pérez Oliva, periodista.**
Especialista en materia de drogas del periódico “El País”.
- ▶ **Miquel del Río Meyer, psiquiatra.**
Jefe Unidad de Salud Mental Adultos y Drogodependencias. Hospital Mútua de Terrassa.
- ▶ **Oriol Romaní i Alfonso, antropólogo.**
Catedrático de Antropología Social Universidad Rovira i Virgili y ex-presidente de IGIA.
- ▶ **Teresa Brugal, médico.**
Coordinadora Servicio Prevención y Atención Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

- ▶ Tre Borrás i Cabaces, médico.
Coordinadora del Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitario Sant Joan de Reus y Presidenta de IGIA.
- ▶ Víctor Martí i Carrasco, psicólogo.
Coordinador del Servicio de Drogodependencias del Centro de Orientación Sanitaria de Rubí y ex-presidente de IGIA.
- ▶ Xavier Sánchez Pretel (fallecido), educador social.
Fundador de Asociación de soporte a las personas con problemas de drogas (ASAU-PAM) y Federación estatal de Asociaciones de Personas afectadas por las drogas y el VIH (FAUDAS).
- ▶ Xabier Arana Bersategui, doctor en derecho.
Instituto Vasco de Criminología de la Universidad del País Vasco.
- ▶ Xavier Ferrer Pérez, psicólogo.
Director técnico de la Fundación Salud y Comunidad y del Master Drogodependencias Universidad de Barcelona.
- ▶ Xavier Major i Roca, médico.
Coordinador Reducción de Daños de la Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

Otras referencias consultadas

Arana Berastegi, X. (2005): *Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.

Barriuso, M. (2005): “Propuesta de modelo legal para el cannabis en el estado español”. *Revista del Instituto Vasco de Criminología*, 19: 151–167.

Bolinaga, A. (2013): “Propostes de millora en la praxi del Programa d’Intercanvi de Xeringues i alternatives innovadores de Reducció de Danys als Centres Penitenciaris de Catalunya”. Presentación en *Jornada Salut Pública y Derechos Humanos* en el Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya, 28/11/2013. Barcelona.

Checa, J., Vilaregut, A., Gibert, F. (2006): *Posar fil a l’agulla*. Olesa de Montserrat: Ajuntament Olesa de Montserrat.

Comissió Droga Delinqüència. Illustre Col·legi d’Advocats de Barcelona (1991): “Proposta despenalitzadora”. *IV Jornades Penalitzar-Legalitzar, Protegir-Controlar*, 14–16/02/1991. Barcelona.

Curtó, F. (2011): *La gestió d’una iniciativa resistida: el cas de la Sala de Venopunció a l’hospital de la Vall d’Hebron*. Barcelona: ESADE.

del Río, M. (2012): “Reflexiones sobre la articulación CAS–CSMA”. Texto ponencia en *IV Jornada de Patología dual*. 18 i 19 d’octubre de 2012.

Díaz, A., Barruti, M., Doncel, C., (1992): *Les línies de l’èxit?. Estudi sobre la naturalesa i l’extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Fundación Atenea (2011): *Prisiones, drogas y exclusión social*. Fundación Atenea, dossier de prensa 24/7/11.

Fundació Doctor Robert (2013): *Avaluació del Programa d'intercanvi de xeringues als centres penitenciaris de Catalunya. Resum executiu. Informe final d'avaluació*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Gamella, J. (1997): "Heroína en España (1977–1996)". *Claves de Razón Práctica*, 72: 20–30.

Gamella, J. (1990): *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Popular.

Garín, T., Fuertes, S. (2012): *Drogues: prevenció i formes d'acció socioeducativa*. Apunts UOC. Barcelona: UOC.

González, C., Funes, J., González, S., Mayol, I., Romaní, O. (1998): *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

González Zorrilla, C. (1999): *Política(s) criminal(es) en materia de drogas*. Madrid: Centro de Documentación Judicial. Consejo General del Poder Judicial.

González Zorrilla, Carlos. (1987): "Drogas y control social". *Poder y control*, 21: 49–65.

Grupo de Estudios de Política Criminal (1991): Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas. <http://www.gepc.es/web/sites/default/files/ficheros/gepc1.pdf> (consultado el 14/2/2014).

Hidalgo Downing E. (2007): *Heroína*. Madrid: Amargord

Martín, J., Benítez, C. (2008): *Drogodependencias y Prisión: Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*. Madrid: UNAD.

Martinón Quintero, R. (2011): *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas. El caso de las políticas de drogas en España (1982–1996)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., Navarro, J. (2004): *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.

Pere Martínez Oró D., Pallarés Gómez J. (2013): *De placeres y Riesgos. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio.

Revista *Espai en Blanc* (2007), 3–4: monográfico "La sociedad terapéutica".

Roig Forteza, A. (2013): L'estigmatització de les dones consumidores d'heroína. *Revista Crítica Penal y Poder*. 4: 104–131.

Romaní, O. (1999): *Las drogas. Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.

Romaní, O., Espinal, N., Rovira, J. (1989): *Presa de contacte amb els drogodependents d'alt risc. Un programa pilot*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.

Romaní, O. (1993): *Los estudios sobre drogas en España en la década de los 80: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup IGIA.

Sepúlveda, M., Báez, F., Montenegro, M. (2008): *“No en la puerta de mi casa”. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup IGIA.

Subdirecció General de Drogodependències (2008): *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut.

Usó, J.C. (2012): *Píldoras de realidad*. Madrid: Amargord.

VV.AA. (1988): *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

VV.AA. (2001): *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

Audiovisuales

Can Tunis (2007). Dirigida por José González Morandi y Paco Toledo. 84 minutos.

Morir de día (2010). Dirigida por Laia Manresa y Sergi Díes. 97 minutos.

Venopresión (2007). Dirigida por Dani Arrando, David Giménez y Liliana Moreno. 39 minutos.

Sobre los autores

Òscar Parés Franquero es licenciado en Filosofía y en Antropología por la Universidad de Barcelona y ha cursado el Máster en Drogodependencias de la misma universidad. Actualmente es Subdirector de la Fundación ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education Research & Service). Se formó como voluntario en Energy Control (ABD) donde más tarde fue contratado para trabajar en las aulas dinamizando talleres educativos sobre la realidad de las drogas en la vida de las personas jóvenes. Posteriormente, ha colaborado con la Subdirección General de Drogodependencias, del gobierno de Cataluña en la coordinación de programas de reducción de riesgos en el ámbito del ocio nocturno y, en el ámbito de la regulación de la actividad de los Clubes Sociales de Cannabis. La tradición de participación europea de esa unidad le ha permitido formar parte de diversos proyectos internacionales como Democracy, Cities & Drugs o NEWIP. Es miembro fundador del Instituto de Políticas de Drogas y Sostenibilidad que, en 2012, organizó el 1r Fórum de Asociaciones de Cannabis de Cataluña. Gracias al Transnational Institute (TNI) ha podido participar activamente en la Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas, Bogotá 2012 y en dos ediciones del “Diálogo de Expertos”, en Uruguay y Amsterdam, en 2013.

José Carlos Bouso es Licenciado en Psicología y doctor en Farmacología. Ha centrado su actividad profesional en la investigación clínica y estudios neuropsicológicos de efectos a largo plazo de sustancias como la ayahuasca, el cannabis, la *Salvia divinorum*, el 2C-B, la cocaína y la MDMA. Es autor de numerosos artículos científicos y capítulos de libros. Ha compaginado su actividad clínica con su interés en las políticas de drogas basadas en la evidencia, for-

mando parte del Instituto Políticas de Drogas y Sostenibilidad (IPDS). Actualmente desarrolla su actividad como Director de Proyectos Científicos en la Fundación ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education Research & Service), desarrollando, entre otros, estudios sobre los efectos en la salud de la ayahuasca, Iboga y marihuana medicinal, entre otras.

Programa de Políticas Globales sobre Drogas

Establecido en 2008, el Programa de Políticas Globales sobre Drogas se propone cambiar el paradigma actual de las políticas internacionales sobre drogas, abandonando el enfoque punitivo vigente y orientándose hacia un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos. El programa se esfuerza por ampliar, diversificar y consolidar la red de organizaciones afines que vienen cuestionando activamente el estado actual de las políticas internacionales sobre drogas. Las dos actividades principales del programa consisten en otorgar financiamiento y, en menor grado, realizar trabajo directo de incidencia.

Al presente, las políticas globales sobre drogas se caracterizan por un régimen de mano dura para la fiscalización de las drogas, que no sólo fracasa en sus objetivos de reducir el consumo, la producción y el tráfico de drogas, sino que también da lugar a una intensificación documentada de la violencia relacionada con el narcotráfico, una crisis de salud pública, y abusos contra los derechos humanos.

Fundaciones *Open Society*

Presentes en más de 100 países, las Fundaciones *Open Society* trabajan para desarrollar democracias vibrantes y tolerantes cuyos gobiernos den cuenta de sus actos ante sus ciudadanos. Trabajando conjuntamente con las comunidades locales, las Fundaciones *Open Society* promueven la justicia, los derechos humanos, la libertad de expresión, y el acceso a la salud pública y la educación.

El relato que el lector tiene entre manos es un reflejo del esfuerzo, durante 35 años, de personas comprometidas con una realidad desgarradora: la repentina aparición de un fenómeno sociosanitario (la tan llamada “epidemia de la heroína”) que sorprendió a muchos, hizo que se reaccionara mal y tarde casi siempre, pero en el que personas de carne y hueso estuvieron implicadas, tanto como agentes de cambio como pacientes. La tensión de una realidad que, acompañando el nacimiento de un sistema democrático, por un lado, se cobró miles de vidas de jóvenes y, por el otro, era percibido como una involución democrática y una pérdida de derechos fundamentales. Esta paradoja no se ha conseguido resolver hoy en día. Y es que los problemas no acaban, sino que se reformulan, se plantean mejor, se comprenden. La necesidad y obligaciones que implican los tratados internacionales sobre drogas son un gran obstáculo para las personas consumidoras y también para los profesionales que trabajan en ese ámbito. En este texto se hace primero un sucinto repaso histórico a la realidad social de las drogas en España para contextualizar por qué hay unas políticas de drogas concretas y no otras, y por qué dichas políticas difieren en función de los diferentes territorios del Estado. Seguidamente, se analizará en profundidad el caso concreto de Cataluña y la emergencia de lo que se conocen como los Clubes Sociales de Cannabis, una realidad muy particular de determinados territorios en los que quizás Cataluña es líder. Por último, este texto también pretende, mediante el análisis de los ejemplos mostrados, inspirar a aquellas personas, profesionales, colectivos y gestores de salud pública que estén dispuestas a reflexionar acerca de caminos alternativos para tratar de buscar nuevas soluciones a viejos problemas que ya llevan demasiados años irresueltos.

