

Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’

Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas

Observatorio
VASCO
de drogodependencias

Droga-Menpekotasunen Euskal Behatokia



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES



Informe / Txostena



**Delimitación del ‘status’
jurídico del ciudadano
‘consumidor de drogas’**
**Propuesta de Carta de Derechos
de los Usuarios de Drogas**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA
Droga Gaietako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES
Dirección de Drogodependencias

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2004

ARANA BERASTEGUI, Xabier

Delimitación del “status” jurídico del ciudadano “consumidor de drogas” : propuesta de carta de derechos de los usuarios de drogas / [directores, José Luis de la Cuesta Arzamendi, Ignacio Muñagorri Laguía ; autores, Xabier Arana Berastegui, Isabel Germán Mancebo]. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004

p. ; cm. – (Informe = Txostena ; 11)

ISBN 84-457-2140-2

1. Drogadictos-Protección, asistencia, etc. I. Germán Mancebo, Isabel. II. Euskadi. Dirección de Drogodependencias. III. Título. IV. Serie.
364.65-056.83

OTROS TÍTULOS PUBLICADOS EN LA COLECCIÓN INFORME/TXOSTENA

1. Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda
2. Las drogas de síntesis en Bizkaia: un estudio exploratorio
3. Sintesi-Drogak
4. Drogodependencias: reducción de daños y riesgos
5. Escuelas de padres y madres: propuestas de actuación
Guraso-eskolak: jarduera proposamenak
6. Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización
7. Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico
8. Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos : estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV
9. Situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco
10. Drogas: Exclusión o Integración Social
11. Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas

Directores: *José Luis de la Cuesta Arzamendi / Ignacio Muñagorri Laguía*

© Autores: *Xabier Arana Berastegui / Isabel Germán Mancebo*

Instituto Vasco de Criminología – Kriminologiaren Euskal Institutua

Edición:	1ª. Julio 2004
Tirada:	1.000 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales
Internet:	www.euskadi.net
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 010010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	E.P.S., S.L. Herminio Madinabeitia, 18 - Pab. 3 – 01006 Vitoria-Gasteiz
Impresión:	Gráficas Santamaría, S.A. Bekolarra, 4 – 010010 Vitoria-Gasteiz
ISBN:	84-457-2140-2
D.L.:	VI-300/04

Índice

Índice

Índice

Dedicatoria	7
Agradecimiento	7
Presentación	9
Parte I	11
I. Introducción	13
II. Diferentes tipos de drogas, consumidores y formas de consumir ..	15
II.1. Algunos datos significativos sobre consumos de drogas	18
II.2. Consumos lúdicos	24
III. Representaciones sociales y políticas de drogas	26
III.1. Delimitación de conceptos	27
III.1.1. Representación social y percepción	28
III.1.2. Estereotipo y prejuicio	33
III.2. Representaciones sociales de las drogas	35
III.3. Estereotipos del fenómeno social de las drogas y de los usuarios de drogas	37
III.4. Autopercepción de los usuarios de drogas	40
III.5. Influencias de las representaciones sociales de las drogas y los este- reotipos en la política sobre drogas	41
IV. Los consumidores ante la Ley	44
IV.1. Convenios Internacionales	44
IV.2. Legislación Estatal	47
IV.2.1. Legislación penal	48
IV.2.2. Legislación administrativa	53
Parte II	11
I. El consumo de drogas en un Estado social y democrático de Dere- cho	71
I.1. Problemas del consumo de drogas (usos, usos problemáticos, ilegali- dad,...)	71
I.2. La protección - desprotección de los consumidores de drogas	77
I.3. Los consumos de drogas como derecho	78
I.4. Compilación de los derechos de los usuarios de drogas	80

II. Estatuto jurídico del consumidor de drogas	86
II.1. Oportunidad de una Carta de Derechos para los usuarios de drogas	86
II.1.1. Vulnerabilidad, marginación y exclusión de los usuarios de drogas	87
II.1.2. La privación y/o limitación de los derechos humanos de los usuarios de drogas	91
II.1.3. El trabajo a favor de los derechos humanos de los usuarios de drogas	96
II.2. Principales ejes de orientación de una Carta de Derechos para los usuarios de drogas	98
II.2.1. Información	98
II.2.2. Educación	99
II.2.3. Protección	102
II.2.4. Acceso a la justicia	103
II.2.5. Organización, representación y consulta	104
Parte III	107
I. Conclusiones	109
II. Propuesta de Carta de Derechos de los usuarios de drogas	112
II.1. Preámbulo	112
II.2. Principios	113
II.3. Derechos básicos	113
II.3.1. Derecho a la dignidad	113
II.3.2. Derecho a la libertad	113
II.3.3. Derecho a la igualdad y a la no discriminación	114
II.3.4. Derecho al conocimiento y a la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas	114
II.3.5. Derecho a la participación	114
II.4. Derechos sociales y económicos	114
II.4.1. Derecho a la protección de la salud	114
II.4.2. Derecho a los servicios sociales	115
II.4.3. Derecho al trabajo	115
II.4.4. Derechos a la vivienda	115
III. Bibliografía	117

Dedicatoria

Dedicatoria

Dedicatoria

A Mattin y a César,
concebidos mientras se gestaba esta investigación.

Agradecimiento

Agradecimiento

Agradecimiento

“A todas las personas que han participado en los Grupos de Discusión”.

Presentación

Presentación

Presentación

En la sociedad actual coexisten diversos usos (alimentario, lúdico, terapéutico, religioso,...) de drogas (tanto legalizadas como ilegalizadas) y diferentes tipos de consumidores. Los consumos de drogas son una realidad cambiante que engloba contextos sociales y modificaciones legales muy diferentes. Todas estas cuestiones influyen en la percepción que se tiene de este fenómeno social y en las respuestas dispensadas a quienes las consumen. Un número significativo de consumidores hacen usos de las sustancias sin especiales problemas con las mismas ni con el entorno social donde las consumen. Esta parte de la realidad no puede hacernos olvidar que en nuestra sociedad también existen personas que tienen serios problemas para realizar un uso responsable de las drogas.

Una gran parte de las políticas sobre drogas, aun declarando un interés preferente por proteger la salud pública, no se han caracterizado precisamente por la defensa de las personas consumidoras, sino más bien han puesto las bases para un importante deterioro de la calidad de vida de muchos usuarios. En la presente legislatura, desde la Dirección de Drogodependencias del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, en clave de profundizar en los derechos de las personas consumidoras, sobre todo de las más vulnerables, se ha impulsado la creación de una sala de consumo higiénico y, también, hemos apoyado el uso terapéutico y uso compasivo de la heroína.

La propuesta de Carta de Derechos de las personas Usuarias de Drogas tiene como objetivo fundamental concienciar –tanto a la población en general como a las diversas Administraciones– de la necesidad de reconocer, respetar y promover los derechos y las libertades de las personas consumidoras de drogas, especialmente, de las más vulnerables porque suelen recaer con mayor frecuencia sobre este colectivo la aplicación de las sanciones (penales y administrativas). Profundizar en los derechos y libertades de los consumidores de drogas, lejos de promover la inocuidad de este tipo de sustancias, supone un importante acicate para la desaparición de los efectos secundarios (consecuencia de la actual política en materia de drogas) y para realizar un uso responsable de las mismas.

La resolución 7ª aprobada por el Parlamento Vasco en relación al IV Plan Trienal de Drogodependencias solicitó “instar al Gobierno Vasco a que impulse un debate social, con la participación de todos los agentes implicados en esta materia, de cara a avanzar propuestas consensuadas sobre una progresiva liberalización, despenalización y regularización del consumo de drogas, en la medida en que propuestas de estas características puedan contribuir a evitar riesgos graves para la salud de las personas drogodependientes y a quebrar el mercado privado y el narcotráfico, reduciendo al mínimo la criminalidad que éstos generan”. En este contexto, potenciar un debate social sobre el uso responsable del cannabis (sustancia ilegal que más se consume) y sus derivados –cuestión que debería abarcar no sólo el uso terapéutico sino también cualquier otro uso, siempre que se lleve a cabo entre personas adultas y con capacidad jurídica plena–, puede ayudar a ahondar en los derechos de los consumidores de drogas.

Belén BILBAO BORDE

Directora de Drogodependencias del Gobierno Vasco

i
tx

n
o

f
s

o
t

r
e

m
n

e
a

Parte I
Parte I
Parte I



I. INTRODUCCIÓN

Históricamente los consumidores de alcohol y otras drogas han sido considerados desde perspectivas morales y médicas. Estos aspectos han tenido una trascendental importancia en la gestación de la representación social de los diversos tipos de consumidores de drogas y en la creación de una legislación acorde con unas creencias y estereotipos, muchas veces muy alejados de la realidad social.

Al consumidor de sustancias ilegalizadas se le ha calificado de “adicto”, “enfermo”, “delincuente”, “traficante”,... por el mero hecho de usar drogas ilegales. Actitudes agresivas, cuando no violentas, hacia consumidores y campañas que hacían recaer en el consumo de drogas ilegales el aumento de la delincuencia y, por tanto, de la inseguridad ciudadana, han estado al orden del día, demostrando la ineficacia de las políticas de drogas implementadas.

Por medio de medidas sancionadoras, punitivas y socio-sanitarias, se ha convertido al consumidor de sustancias ilegales en actor principal dentro de una estrategia de control social que, predicando la protección de la salud pública, ha condenado a muchos usuarios a un proceso de marginación que ha supuesto un importante deterioro en su calidad de vida (enfermedades, cárcel, muertes,...), sin aportar soluciones para superar esta situación.

Cada vez más consumidores (personal y organizadamente), junto con otros sectores sociales, reclaman el derecho a consumir y poner en marcha mecanismos para acabar con los problemas que actualmente tienen: a) falta de información sobre la sustancia consumida; b) riesgos añadidos para la salud por posible adulteración de las sustancias; c) estigmatización personal, familiar, social, laboral,...; d) sanciones administrativas. La mayoría de estas situaciones tienen más relación con cuestiones político-jurídicas que con las propias sustancias.

La realidad del consumo de drogas ilegales (como el de las drogas legales) abarca distintos tipos de consumidores y diferentes maneras de consumir. Sectores importantes de usuarios las consumen sin especiales problemas en la práctica, aun cuando pudieran surgir problemas de ilegalidad o de salud, y cuando los tienen, disponen recursos para dar una respuesta adecuada. Sin embargo, también hay consumidores que, por la marginación que sufren, le son negados derechos individuales y sociales.

En un Estado social y democrático de Derecho, los derechos y libertades de todos los ciudadanos –incluidos los consumidores de cualquier sustancia– están por encima de determinadas creencias, valores, actitudes y comportamientos que, desde el reproche moral, se intenta imponer a toda la sociedad. Analizar los derechos de los usuarios de drogas desde las políticas de reducción de riesgos y daños, puede ayudar a sentar las bases para un cambio en las políticas de drogas, donde los derechos y libertades de los usuarios primen sobre los aspectos sancionadores.

Para poder alcanzar este objetivo hemos desarrollado la presente investigación de cara a delimitar el ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’, como paso previo para realizar una propuesta de ‘Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas’.

Se ha llevado a cabo un estudio de carácter descriptivo explicativo para responder al objetivo indicado. Así, se ha procedido a la obtención de fuentes de documentación y ordenación de datos a través de análisis bibliográfico de libros, revistas, artículos, con especial atención al conocimiento y estudio de la legislación al respecto, para obtener una completa información sobre el tema.

De cara a obtener una información directa de todas estas cuestiones, se organizaron tres grupos de discusión con consumidores y ex consumidores de drogas legales e ilegales (Grupo de Discusión de Consumidores), así como con diversos operadores que trabajan directamente con consumidores (Grupo de Discusión Socio-sanitario y Grupo de Discusión Socio-jurídico), cuyas aportaciones han servido para completar y respaldar los datos obtenidos a través de la revisión de las fuentes bibliográficas y documentales, así como para contar con una visión realista de la materia de estudio.

II. DIFERENTES TIPOS DE DROGAS, CONSUMIDORES Y FORMAS DE CONSUMIR

En la mayoría de las sociedades se realizan diversos usos y consumos (terapéuticos, religiosos, lúdicos, ...) de las drogas arraigadas en su cultura. Disponen de grandes conocimientos sobre las mismas y generalmente saben cómo utilizarlas. Por el contrario, suelen ser bastante hostiles con las sustancias que vienen de otras culturas y de los consumidores de ese tipo de sustancias. Los usos y consumos de drogas engloban una realidad sumamente compleja caracterizada por diferentes dimensiones: cultural, antropológica, moral, farmacológica, sanitaria, jurídica, económica, ..., (Marañón 2001.b:1-3). Este mismo autor señala que algunos de los comportamientos y lenguajes empleados en fenómeno social de las drogas están influenciados por normas sociales. Por ejemplo, “el abuso y el uso indebido sólo se pueden definir en términos de desaprobación social, lo cual remite al sistema de valores dominante en una sociedad y a los movimientos contraculturales que puedan surgir dentro de la misma. Esto no hace sino reconocer el hecho de que hay usos socialmente aprobados y usos socialmente desaprobados, de que un mismo tipo de uso puede ser rechazado por un sector de la sociedad, tolerado por otro y aplaudido por un tercero”. No cabe duda que en este fenómeno social hay un peso emocional –cargado de ideología– mucho mayor de lo deseable. Por ello, es oportuno, por un lado, romper algunos tópicos y mitos sobre esta cuestión y evitar simplificaciones y, por otro, evitar simplificaciones y distorsiones. En una sociedad como la nuestra, donde los usos y consumos de drogas son una realidad, conviene poner de manifiesto tres cuestiones que indica Marañón:

a) *La mayoría de los usuarios de drogas ni son ni están enfermos*: Es posible hacer usos de drogas sin estar enfermo y no necesariamente por consumir estas sustancias una persona va a enfermar.

b) *La mayoría de las personas que inician el consumo de una determinada droga van a habituarse a su consumo en un plazo más o menos largo*: Muchas personas se han iniciado en el uso o consumo de drogas y posteriormente han dejado ese hábito. Según diversas investigaciones “la mayoría de los consumos adolescentes tienen un componente puramente iniciático y se irán abandonando o moderando en la medida en que los jóvenes crecen en edad y responsabilidad” (González de Audicana 2003:359). De igual modo, muchas personas que tenían hábitos de consumo, tanto de sustancias legalizadas como ilegalizadas, en un momento de su vida han dejado esos hábitos por cuestiones de salud o por otros motivos. Más de la mitad de los usuarios de drogas

ilegalizadas sólo las han probado, y otro sector importante de los usuarios “han abandonado el consumo, incluso después de consumirlas con mayor frecuencia” (Euskadi y Drogas 1996:179).

c) *No todo usuario de una determinada sustancia está condenado irremediablemente a caer en la dependencia de esa sustancia, a desarrollar determinadas enfermedades y a ponerse en grave peligro de muerte.*

El uso y consumo de drogas “...no es nada nuevo. Todas las culturas conocidas disponen de algún tipo de producto euforizante o alucinante, cuyo uso está regulado socialmente” (Lamo de Espinosa 1989:91). Sin querer llevar a cabo una evolución histórica de los usos y consumos de drogas¹, conviene poner de manifiesto algunos aspectos de éstos que han influido en la situación actual: cuando las drogas pasan de ser un valor de uso a un valor de cambio (se convierten en mercancías –algunas de ellas muy rentables–) y en el momento en que se universalizan los discursos sobre las drogas, tras la II Guerra Mundial, tanto por parte de Naciones Unidas como por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre finales del siglo XV y principios del XVI, con la eclosión del capitalismo mercantil, se produce un fenómeno que va a influir no sólo en Europa, sino también en el resto del mundo: “en unas pocas décadas se rompen aislamientos que habían durado milenios. (...) Dicho en pocas palabras, en un tiempo histórico muy corto, el panorama que durante milenios había pervivido, en lo que se relaciona a los usos de estas sustancias, cambió por completo.

Las gentes de Europa tomaban café, empezaban a fumar, tomaban nuevos medicamentos desconocidos, mientras que al mismo tiempo los americanos habían conocido el alcohol.” (Martí 1997:79-83). Las drogas, como otros productos, se convierten en mercancías y, por tanto, adquieren no sólo valor de uso sino también de cambio. La “producción, distribución, etc., adquieren características de empresa.” (Del Olmo 1985:38). Las drogas como (un gran) negocio legal o ilegal –según estén legalizadas o no las sustancias– va a ser una de las cuestiones claves para poder comprender la situación actual.

Después de la II Guerra Mundial, por medio de organizaciones internacionales, fundamentalmente la OMS (mediante informes técnicos realizados en su mayoría por

¹ Para una adecuada profundización sobre la evolución histórica, ver: ESCOHOTADO (1989 y 2000), ARNAO (1990) y MARTÍ (1997).

médicos y farmacólogos) y NU (a través de comisiones de expertos y por la creación de los diversos Convenios Internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacentes y sustancias psicotrópicas) se han internacionalizado los discursos médico y jurídico relacionados con las drogas ilegalizadas. En escasamente medio siglo estos discursos se han ido entremezclando para, poco a poco, ir moldeándose a las expectativas generadas desde las políticas prohibicionistas. En los años cincuenta, predominaba el discurso jurídico cargado de fuerte moralidad que unía las drogas a cierta peligrosidad, pero no era un problema que preocupara mucho. En la década de los años 60, el consumo de sustancias alucinógenas llega a una parte significativa de la juventud de clase media de EE.UU., motivo por el cual se construye un discurso diferente, médico-jurídico, donde “la droga” va a ser sinónimo de dependencia, y se estereotipa al consumidor como enfermo y al traficante como delincuente. En los años setenta, tras el fuerte consumo de heroína se elabora el discurso político-delictivo que se complementa con el discurso jurídico-político. Se hace mención a dos tipos de enemigos: el enemigo interno y el enemigo externo. Al final de la década el discurso empieza a centrarse en la cocaína, sustancia que acapara una parte importante del mercado en los EE.UU.. La década de los años ochenta se caracteriza por la implantación de un discurso jurídico transnacional y por la internacionalización del control de las drogas fuera de los EE.UU.. Mediante la guerra a las drogas se pretende controlar el tráfico ilícito de drogas y también la posible subversión por la crisis económica y la enorme deuda externa de los países Latinoamericanos. El enemigo es el enemigo externo y se proyecta el fenómeno de las drogas como “un problema de Seguridad Nacional” (Del Olmo 1985:57-61). Este discurso sobre la droga, a juicio de la misma autora, “oculta los aspectos económicos y políticos del continente que impiden resolver el problema”. Tras la caída del muro de Berlín, con el llamado nuevo orden mundial, el fenómeno de las drogas se utiliza para plantear como “reto colectivo de seguridad global” e incorpora tanto sustancias ilegalizadas como legalizadas (alcohol y tabaco). Aumenta la preocupación por los efectos que el dinero procedente del tráfico ilícito de drogas tiene en la economía mundial y se potencia una mayor cooperación multilateral. Se percibe al consumidor como cómplice del delincuente y también se empieza a potenciar las políticas de reducción de riesgos y daños (Del Olmo 1996:142-146).

Sin embargo, el fenómeno de los consumos de drogas ha cambiado sustancialmente en el último siglo, sobre todo en los últimos treinta años. Desde esta perspectiva Laraña (1986:88) sostiene que “a pesar de que siempre ha habido drogas, nunca este hecho presentó las dimensiones que tiene en la actualidad. Nunca como

hasta nuestros días se registró una masificación de su uso a través de distintos grupos sociales situados en todo el espectro de la estratificación social, ya sean clases sociales o grupos de status en términos de origen u ocupación”. Descubrimiento y difusión de nuevas sustancias, nuevos consumos de viejas drogas, cambios culturales y constantes modificaciones legislativas –internacionales y estatales–, son algunas de las características que han incidido –e inciden– en los consumidores de drogas, en sus consumos y en sus derechos. Si las drogas han existido, existen y van a seguir existiendo, la cuestión fundamental es cómo relacionarse con este tipo de sustancias tratando de gestionar los riesgos de manera que puedan reducirse al máximo los posibles daños.

No perder la perspectiva histórica de lo ocurrido a determinados consumidores de algunas sustancias hoy en día legalizadas, como por ejemplo el café y el tabaco, que fueron condenados a muerte o se les cortaba una parte del cuerpo (oreja o nariz), por el simple hecho de consumirlas (Arnao 1990), puede ayudar a superar la cuestión de los consumos de drogas en términos dilemáticos e ir avanzando hacia una actitud de respecto en la libertad y autonomía de las personas consumidoras.

II. I. Algunos datos significativos sobre consumos de drogas²

En la Comunidad Autónoma del País Vasco el consumo de alcohol está muy arraigado socialmente, es la droga que más consumen las personas a lo largo de su vida (la han probado el 93% de la población y el 86,1%, la ha consumido en bastantes ocasiones más [Euskadi y Drogas 2002]). Existe un consumo diario de alcohol –porcentaje que va a la baja–, realizado en mayor medida por personas adultas y, por el contrario, aumentan los consumos de fines de semana –tendencia a la alta– unidos a consumos de gente joven, generalmente en espacios y momentos de diversión.

Aunque una gran mayoría de los consumidores de alcohol toman esta sustancia sin especiales problemas, el consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, Gabriel Inclán, ha manifestado recientemente que “casi el 4% de los vascos de entre 16 y 65 años consume bebidas alcohólicas en exceso” (El Mundo [Euskadi] 21-2-2003:22). Entre las medidas recogidas en el Plan Vasco de Salud 2002-2010 para disminuir esa cifra,

² Los datos aquí expuestos han sido recogidos de los diferentes estudios que en materia de consumos sobre drogas se han elaborado, entre ellos, Euskadi y Drogas (varios) y los diversos Informes del Observatorio Vasco de Drogodependencias.

propone la realización de programas educativos y la detección precoz de las personas y familias con riesgo.

Desde hace más de una década vienen apareciendo en los medios de comunicación las consecuencias derivadas de determinados consumos de alcohol, frecuentemente unidos a jóvenes y a sus espacios de diversión³. La construcción de una alarma social que rebasa con creces determinados problemas de convivencia (ruidos molestos, cuestiones de higiene, discusiones con los vecinos,...), suele incidir en exigir a las diversas Administraciones medidas –la mayoría de las veces drásticas– para afrontar el denominado binomio alcohol y jóvenes. Sin embargo, la cultura de los consumos de alcohol y sus consecuencias es una realidad que no sólo afecta a los jóvenes sino a la sociedad en su conjunto. Hace algo más de diez años, cuando los problemas derivados de determinados consumos de alcohol eran ya una realidad, el por entonces responsable de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, Pérez Arróspide, declaraba en el Diario Vasco (29-5-92:17) que los jóvenes recibían “un exceso de información sobre drogas ilegales, hecho positivo, pero posiblemente esté faltando información adecuada desde el sistema educativo de lo que es el alcohol como problema”. De igual modo admitía la dificultad que existe para concienciar a la sociedad sobre los efectos nocivos de algunos consumos de alcohol.

El tabaco es una de las drogas legalizadas de más fácil accesibilidad a gran parte de la población, entre otras cuestiones, por la cantidad de máquinas expendedoras existentes. Los efectos de determinados consumos de tabaco producen muchas enfermedades neoplásicas (cáncer de pulmón y de bronquios, laringe, esófago, vejiga urinaria, páncreas,...), cardio-vasculares (cardiopatía isquémica, patología vascular cerebral y vasculopatía periférica), y respiratorias (bronquitis crónica y enfisemas). “Se considera que más de 90% de los cánceres de pulmón y de la patología respiratoria crónica y un 25%, aproximadamente, de la patología cardio-vascular pueden ser atribuidos al tabaquismo.

Este hábito tóxico no sólo causa enfermedades y procesos graves sino que empeora, igualmente, el curso y el pronóstico de muchos otros cuadros clínicos, como el úlcus gastro-duodenal, la diabetes, el asma bronquial, las cataratas, etc.”. (Saltó i Tuyà 1993:19-21). A pesar de los efectos que tiene el tabaco en la salud pública, se promociona tanto directa como indirectamente en nuestra sociedad y las cuestiones

³ A finales de los años ochenta, principios de los noventa se denominaba este fenómeno “la litrona” y actualmente “el botellón”.

económicas prevalecen sobre los aspectos preventivos⁴ y desde la Unión Europea se subvenciona a los agricultores que plantan tabaco.

Aproximadamente dos de cada tres vascos son no fumadores. En la población adulta, aunque la proporción de hombres fumadores es mayor a la de mujeres existe un consumo bastante equiparado, no así entre gente joven donde hay más personas fumadoras habituales entre mujeres que entre hombres. Algo más de una de cada cuatro personas (20,4%) ha reducido su consumo de tabaco en el último año y también se constata en el Euskadi y Drogas 2002 que han dejado de fumar personas de todas las franjas de edad. En el mismo estudio se afirma que dos de cada tres personas que han dejado de fumar ha sido poco o nada el esfuerzo que les ha costado. En los 10 últimos años, desde 1992 hasta 2002, se observa un descenso significativo en el porcentaje de personas consumidoras de tabaco, pasando del 37,5% hasta el 32,6%.

Hoy en día existe un fuerte consumo de medicamentos, bien sea por prescripción facultativa o por automedicación. En opinión de Jesús Ibáñez (1993:127), “las drogas por antonomasia son los fármacos. La morbilidad y la mortalidad causadas por ellos superan con mucho las causadas por las otras drogas. Son las drogas más legales: de consumo obligatorio”. En los últimos cuarenta años el consumo de medicamentos ha sufrido un espectacular aumento. Thomas Szasz (1991:375) recogía un dato muy significativo, en 1976, sobre el consumo de Valium por parte de la sociedad estadounidense. El artículo se titulaba “Valiumanía” y decía: “los norteamericanos están gastando casi quinientos millones de dólares anuales en una droga [Valium] para aliviar su ansiedad –hecho que de por sí produce ansiedad considerable”. Un sector importante de las personas mayores de cincuenta años (al menos un 40%) utiliza “benzodicepinas (Valium, Orfidal, Diacepan) todos los días del año “para sedarse o dormir, aunque sean drogas adictivas, con síndromes de abstinencia más duros que el de los opiáceos” (Usó 1996:363).

⁴ Cuando desde la Organización Común de Mercado de la Unión Europea propuso comprar cuotas a los tabaqueros para que éstos dejaran de producir, a las organizaciones de cultivadores de tabaco de Extremadura les pareció “especialmente grave por tratarse de un cultivo que hoy es pieza básica en la economía de una serie de zonas como Extremadura” (El País 17-2-97:48).

Philip Morris, “creó a principios de los noventa un grupo de presión en España para bloquear cualquier intento de regular el consumo del tabaco e influir en científicos y periodistas para que éstos relativizaran los efectos en los fumadores pasivos. Entre otras cosas, dirigió la creación de la patronal del sector y se planteó contactar con personas con proyección pública para ganarse a la opinión. Así lo revelan dos documentos internos que ha publicado en Internet después de que los litigios que mantiene en EE UU le obligaran a abrir sus archivos” (Escolá 2000).

En un estudio patrocinado por la Sociedad Española de Neurología (SEN) se llegó a la conclusión que la mayoría de la población utiliza analgésicos de forma habitual y que el 13% de la población española consume analgésicos todos los días. A juicio de José Miguel Láinez, secretario de la SEN, este porcentaje es alarmante “ya que esa elevada medicación diaria genera problemas de dependencia. Llega un momento en que esas personas no saben iniciar el día y funcionar sin tomarse su calmante” (Enfermería Actualidad 1996, Año I, 8:9). Casi tres de cada cuatro personas (74%) manifiestan un acuerdo total o parcial a que la gente toma demasiados medicamentos (Euskadi y Drogas 2002).

Cerca de la mitad de las personas entrevistadas (49,8%) ha consumido algún tipo de medicamento en el mes anterior a ser entrevistadas. Casi una de cada tres personas (32,3%) hacen un uso continuado de las sustancias (el 11,2% usa analgésicos, el 6,3% tranquilizantes y el 2,8% antidepresivos). En el periodo 1996 – 2002 se aprecia un aumento superior al 8% en el uso de medicamentos (Euskadi y Drogas 2002).

La sustancia ilegal más utilizada es el cannabis y sus derivados. A mediados de los años ochenta diversas investigaciones cifraban el número de consumidores habituales de cannabis entre el millón y un millón ochocientas personas (Usó 1996:361-362)⁵. Antes de acabar la década de los años ochenta, Lamo de Espinosa (1989:96) reconocía que una parte muy significativa de los jóvenes consumían frecuentemente cannabis o sus derivados y lo hacían “a sabiendas de que su consumo, bien administrado, no es más dañino que el del tabaco y menos que el del alcohol”.

El cannabis es una sustancia, en principio, con no demasiada implantación en nuestra cultura, que se ha integrado en ésta (Romaní 1999) como se desprende del número de personas que lo consumen habitualmente. En la Comunidad Autónoma Vasca, según *Euskadi y Drogas 2002*, casi una de cada cuatro personas (23%) ha consumido cannabis alguna vez en su vida⁶ y casi una de cada diez (9,6%) lo ha probado en el último año.

⁵ Aproximadamente 990.000 consumidores habituales según el Equipo de Investigación Sociológica y entre 1.200.000 y 1.800.000, según investigaciones realizadas conjuntamente por los ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Cultura. Otras investigaciones daban datos muy superiores, 3.500.000 de consumidores habituales (estimación de la Organización Colegial de Enfermería).

⁶ En el informe realizado en 1992, el número de personas que habían probado cannabis alguna vez en su vida era el 21,9%. No se aprecia un especial aumento en la última década y las cifras están en concordancia con los consumos que se manifiestan en otros Estados de la Unión Europea (Francia, Irlanda, Reino Unido, España, Alemania o Países Bajos).

Según el último estudio del Plan Nacional sobre Drogas se ha experimentado un aumento del 2% del consumo de hachís entre los escolares del Estado español en los dos últimos años (Herraiz 2003). La mayoría de los jóvenes perciben el riesgo del cannabis y sus derivados como algo similar al del tabaco. Tanto el informe del Eurobarómetro como *Euskadi y Drogas 2002* ponen de manifiesto que la percepción de peligrosidad del cannabis y sus derivados, por parte de los jóvenes, está más cercana a la que se atribuyen a las sustancias legalizadas que a las ilegalizadas.

En julio de 2003, el ministro de Interior, Ángel Acebes, mostró su preocupación por el aumento del consumo del cannabis y comunicó la intención del Gobierno de tomar medidas para intentar parar el aumento de los consumos. En el mes de diciembre, informó de la creación de un comité de expertos que, en el plazo de tres meses, hará un texto donde se recoja un análisis de la situación y propuestas para la reducción del consumo. Se prevé propuestas de tipo sanitario, educativo, sociológico y legislativo. Las preocupaciones del Gobierno van más allá del aumento de los consumos de cannabis y sus derivados, también pretende dar una respuesta –en clave prohibicionista– a sectores de la población que apoyan la normalización del uso del cannabis (Prádanos 2003).

El profesor Laporte, catedrático de Farmacología en la Universidad Autónoma de Barcelona, jefe del Servicio de Farmacología Clínica en el Hospital Vall d'Hebrón y miembro del cuadro de expertos de la OMS en evaluación de medicamentos y drogas, en la Comisión Mixta del Congreso de los Diputados "Para el Estudio del Problema de las Drogas", al recoger las conclusiones generales del profesor Iversen (2001) sobre la marihuana decía: "Con un punto de vista cínico podríamos afirmar que el método que siguen las administraciones públicas para evitar entrar en el debate sobre el cannabis o para adoptar cualquier tipo de medida o resolución es remitirse a las investigaciones de expertos. Ya ha habido investigaciones especializadas en todas partes del mundo y en casi todas ellas se ha llegado a la conclusión de que el cannabis es, sorprendentemente, una droga segura, por lo que muchos han recomendado que se permita su uso limitado en la medicina hasta que se cuente con los minuciosos estudios clínicos que se necesitan para aprobar con todas las garantías los medicamentos preparados con cannabis siguiendo los procedimientos habituales. Aunque ninguna de las investigaciones llevadas a cabo ha servido para introducir cambios importantes en la legislación vigente, algunas de ellas son dignas de ser analizadas" (Cortes Generales 2001:916). Si el consumo de cannabis y sus derivados va en aumento y las asociaciones de usuarios de cannabis han manifestado en la misma Comisión Mixta que "en el caso del cannabis, por sus características farmacológicas los

daños que sufrimos las personas consumidoras están asociados no al consumo sino a la política de restricción del consumo” (Cortes Generales 2001:932) quizás ha llegado el momento de propiciar un debate social sobre el uso normalizado del cannabis donde también estén presentes las demandas de los consumidores.

Las **anfetaminas y sus derivados** (entre ellos el *speed*) son las sustancias ilegales que más se consumen, después del cannabis y sus derivados. El número de personas que dicen haberlo probado alguna vez en su vida es de 6,2%. Es un consumo que muestra tendencia sostenida de crecimiento suave desde hace diez años (Euskadi y Drogas 2002). El caso de la amfetamina, sustancia estimulante, es un claro ejemplo de cómo una misma sustancia puede tener diferentes usos y, del mismo modo, diferentes consecuencias legales. A juicio de Bru de Sala (2001:28), “el peso de la distinción entre drogas y usos de drogas mitigadores de la infelicidad y o estimuladoras del placer de vivir es demoledor. Incluso puede medirse el paso de la juventud a eso que llamamos vida productiva adulta en términos farmacológicos. Los jóvenes se drogan clandestinamente los fines de semana con pastillas que inducen a estados mentales agradables, desinhibidores, abiertos y positivos.

Cuando se droguen entre semana a cargo de la Seguridad Social con ansiolíticos que les hagan sentirse menos infelices, entonces habrán dejado la juventud atrás. La edad de los psicofármacos sucede a la de los psicotrópicos como la decepción a la esperanza. A los psicofármacos se les considera imprescindibles mientras los psicotrópicos son enemigos de la humanidad. Aunque en algunos casos sean las mismas anfetaminas”.

La **cocaína** es una de las sustancias ilegalizadas en las que, en los últimos diez años, se ha observado una tendencia al alza de las personas que lo han probado alguna vez, especialmente en los últimos cuatro años. Según *Euskadi y Drogas 2002*, entre las sustancias ilegalizadas que dicen haberla probado alguna vez, es la tercera más consumida, al haber sido probada por el 5,7% de las personas entrevistadas. Los consumos de cocaína de la Comunidad Autónoma del País Vasco están a la par de los países de la Unión Europea con mayores consumos.

En los consumos de **heroína** se observa desde 1995 una leve reducción de dichos consumos. En nuestra comunidad, el 1% de las personas entrevistadas dice haberla consumido alguna vez en su vida y el 0,2% manifiesta haber experimentado su consumo en el último año y en el último mes. Tras un fuerte consumo de heroína en la década de los años ochenta el consumo disminuyó considerablemente con el fenómeno del Sida (muchos consumidores contrajeron la enfermedad por el inter-

cambio de jeringuillas que no estaban esterilizadas). Posteriormente, un sector de consumidores de heroína la consumía de otros modos, evitando la inyección y, en los últimos años, se está consumiendo heroína mezclada con cocaína. Sin embargo, todavía existen consumidores de heroína por vía intravenosa, muchos de los cuales no disfrutaban de un buen estado de salud.

Pese a la amplia presencia en los medios de comunicación, las denominadas drogas de síntesis se consumen menos que los derivados del cannabis, las anfetaminas, la cocaína y el LSD⁷. Concretamente el 2,8% de las personas entrevistadas manifestó haber consumido alguna vez éxtasis o alguna otra sustancia sintética, generalmente unida a la fiesta y a momentos de diversión.

Los diferentes tipos de drogas, los diferentes consumidores y las diferentes maneras de consumir ponen en evidencia dos cuestiones: por un lado, “el uso de drogas es una práctica universal en la que se interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales, y que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de las gentes de este mundo” (Romaní 1999: 52-53); por otro lado, “el consumo de drogas cubre una extensa gama de conductas, que oscila de lo placentero a lo problemático. La actual diferenciación entre drogas legales e ilegales no está basada en los peligros inherentes a la propia sustancia, sino en muchos otros factores: racismo, patronazgo moral y clausura profesional, la capacidad de las minorías profesionales para determinar los asuntos a tratar referentes a la política social” (O’Hare 1995:19).

II.2. Consumos lúdicos

La sociedad actual se caracteriza por realizar un fuerte consumo de drogas (tanto de sustancias legalizadas como ilegalizadas) por motivos muy diversos: uso alimenticio, cultural, ritual, terapéutico, placentero, etc.. De todos los consumos, los que más cuesta aceptar socialmente –si exceptuamos el caso del alcohol y el tabaco– son los consumos lúdicos, es decir, los consumos que tienen como finalidad procurar placer o euforia en las personas consumidoras. La diputada catalana del Grupo CIU, señora Riera i Ben, manifestó en la Comisión Mixta “Para el estudio del problema de las drogas”: “No quiero esconder, porque parecería incongruente con mi propia

⁷ El 3,2% de las personas entrevistadas manifestó que había consumido alguna vez LSD (Euskadi y Drogas 2002).

posición, que esta diputada, de la misma manera que defiende vehementemente el uso terapéutico del cannabis, no se siente especialmente motivada por las bondades de su consumo lúdico, no por otra razón que por pura coherencia, ya que si por alguna cosa se me conoce entre los compañeros diputados de todos los grupos de la Cámara es por mi liga constante antitabaco y me parece que es un poco difícil de disociar ser una militante activa de los problemas del tabaquismo con estar a favor del uso del cannabis. De la misma manera que entiendo que hay quien fuma con toda libertad y está en su derecho, entiendo que haya personas que hayan tomado la opción de fumar cannabis, pero, en todo caso, no voy a hacer apología de sus ventajas. Me parece muy respetable que lo haga quien cree en ellas, no es mi caso” (Cortes Generales 2001:922).

Un número importante de personas hemos experimentado placer al consumir drogas, es más, algunas drogas legalizadas –por ejemplo el alcohol– muchas veces se relacionan con celebraciones, alegrías y disfrutes. Descorchar una botella de vino, regalar un puro o unos cigarrillos, brindar con un cava o saborear un café ha estado ligado en nuestra cultura a momentos placenteros y de goce. Pese a los efectos negativos que determinados consumos de drogas legalizadas –como se ha puesto de manifiesto en los párrafos anteriores– no es infrecuente el recuerdo de alguna de estas sustancias a momentos y ambientes de disfrute difíciles de olvidar. Esas mismas sensaciones u otras, también placenteras, hay personas que las obtienen mediante el consumo de sustancias hoy ilegalizadas. Sin olvidar determinados consumos problemáticos de las drogas, en la mayoría de los consumos hay un deseo y goce de las personas por consumirlas. “Es un placer deseado, y por ello legítimo” (Neuman 1991:165).

Husak (2001:71) tras afirmar que encontrar una actividad que nos produzca placer, sería una ocasión para celebrarlo, se pregunta “¿por qué el hecho de que una droga sea agradable pero carezca de uso médico debe ser razón suficiente para prohibir su consumo con propósitos recreativos?”. En el caso de las drogas, como de cualquier otra sustancia, habría que potenciar su investigación para saberlas utilizar de manera que puedan producir sensaciones placenteras con el menor riesgo posible para la salud. Quizás una de las claves para poder entender el llamado “problema de las droga” “es el miedo social al placer” (Bru de Sala 2001:29). Este autor no entiende por qué las personas somos tan hedonistas individualmente y tan puritanos socialmente. La respuesta no es sencilla, pero no cabe duda que la influencia de una concepción puritana de la sociedad donde se valora mucho más el sacrificio que el placer, ha impuesto una moral no acorde con los principios de un Estado social y democrático de Derecho.

Por el mero hecho de vivir estamos sujetos a muchos riesgos. Según los diferentes caracteres y condiciones de vida de las personas, hay quien arriesga más o menos con el estilo de vida que quiere vivir. Muchas personas realizan actividades de riesgo por la satisfacción o el placer que sienten: hollar las montañas más altas de la tierra, escalar paredes de hielo, lanzarse en paracaídas, conducir motos o coches a velocidades límite, esquiar, bucear,..., son actividades de riesgo que asumen con toda normalidad gran parte de la gente que los practica. A pesar del riesgo y de experiencias negativas, hay personas que quieren seguir realizándolas. Lo mismo ocurre con los consumos de drogas –tanto legalizadas como ilegalizadas–, muchos consumidores son conscientes del riesgo que corren, pero quieren disfrutar de esos consumos porque les merece la pena.

El fenómeno social de las drogas abarca una amplia realidad donde confluyen tipos de sustancias diferentes (alcohol, tabaco, café, fármacos, cannabis y sus derivados, cocaína, heroína, drogas de síntesis,...), consumidores deferentes (edad, sexo,...) y formas distintas de consumir (mitigar dolores, producir placer,...). Con los medios y conocimientos que se tienen en la actualidad es necesario analizar el fenómeno de los consumos de drogas porque, “mucho de la política sobre el consumo de las drogas ilícitas se basa en una generalización de los peores escenarios, que no coinciden con la realidad del consumo de las drogas” (Husak 2001:87).

III. REPRESENTACIONES SOCIALES Y POLÍTICAS DE DROGAS

Las investigaciones sobre las representaciones sociales referidas a distintos ámbitos son de gran utilidad por facilitar información sobre la imagen que poseen y la postura que adopta la sociedad frente al fenómeno objeto de estudio⁸.

En primer lugar, analizaremos algunos conceptos que nos servirán de base para abordar posteriormente las representaciones sociales junto con otras nociones que

⁸ Desde el Instituto Vasco de Criminología se ha desarrollado, por parte de un equipo interdisciplinar, una línea de investigación centrada en las representaciones sociales de la delincuencia. Los resultados de algunas de las investigaciones en este ámbito se han publicado en: Glz. Audicana, M; Castaignède, J.; Dendaluze, I.; Larrañaga, P. (1995): “Representaciones sociales de los jóvenes sobre la criminalidad. Investigación transfronteriza”, *Revista de Derecho penal y Criminología*, 5, Madrid, UNED, 335-490; y en: Glz. Audicana, M; Castaignède, J.; Cuesta, J.L. de la; Germán I. (1996): “Representaciones sociales de los jóvenes y los profesionales acerca de la delincuencia (primera aproximación)”, *Revista de Derecho penal y Criminología*, 6, Madrid, UNED, 293-376.

suelen asociarse a aquéllas. Será el paso previo que servirá de punto de partida para analizar las representaciones sociales en relación con el fenómeno de las drogas.

También nos detendremos en el concepto de estereotipo, que, como veremos, tiene gran interés en su aplicación al estudio del fenómeno social de las drogas. La autopercepción del usuario de drogas será el último paso que daremos en este apartado antes de centrarnos en la influencia que todas estas cuestiones –representaciones sociales, estereotipos de las drogas y consumidores– han podido tener en las políticas sobre drogas.

III. I. Delimitación de conceptos

Cuando abordamos la cuestión de las representaciones sociales es imprescindible mencionar a Serge Moscovici cuyas aportaciones sobre la definición de representaciones sociales, sus condiciones de emergencia, dinámica y dimensiones, dentro de la Psicología Social, resultan de gran interés. O autores como Denise Jodelet, o Robert Farr que han ampliado los estudios sobre esta cuestión.

Para comprender qué son las representaciones sociales es necesario examinar en primer lugar algunos conceptos cognitivos relacionados y que son de gran interés pero que, en ocasiones, suelen confundirse. Existe toda una “familia” de conceptos, en el marco de muy diversas disciplinas, vinculados de manera directa o indirecta con el concepto de representación. Todo ellos comparten el común denominador de explorar dimensiones simbólicas de la vida social: imaginario político, ideología, mentalidad, inconsciente colectivo, formas simbólicas, sentido común, etc. (Valencia, 2003).

Conceptos cognitivos distintos como la actitud, la imagen, el estereotipo, la creencia, etc., las representaciones sociales se distinguen de todas estas nociones cognitivas. Siguiendo a Banchs (1986), con la intención de clarificar dichas diferencias, se muestran las definiciones de cada concepto cognitivo en comparación con las representaciones sociales:

- La actitud: es la orientación global positiva o negativa de una representación.
- La opinión: para Moscovici es una fórmula a través de la cual el individuo fija su posición frente a objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo.
- Los estereotipos: son categorías de atributos específicos a un grupo o género que se caracterizan por su rigidez. Las representaciones sociales, por el contrario, se distinguen por su dinamismo.

- La percepción social: rasgos que la persona le atribuye al blanco de su percepción. La percepción es descrita como una instancia mediadora entre el estímulo y el objeto exterior y el concepto que de él nos hacemos. La representación social no es una intermediaria sino un proceso que hace que concepto y percepción sean intercambiables puesto que se engendran recíprocamente.
- La imagen: Es el concepto que suele utilizarse más como sinónimo de representación social. Sin embargo, la representación no es un mero reflejo del mundo exterior, una huella impresa mecánicamente y anclada en la mente; no es una reproducción pasiva de un exterior en un interior, concebidos como radicalmente distintos, tal como podrían hacerlo suponer algunos usos de la palabra imagen.

A diferencia de los mitos, las representaciones sociales no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones (Mora, 2002: 21).

III.1.1. Representación social y percepción

Representaciones Sociales

Para explicar qué son las representaciones sociales, como menciona Mora (2002, 17-18), conviene enfatizar el aspecto social en la representación puesto que muestra, de entrada, una diferencia clave en relación con otros aspectos. Según Jodelet (1984), en las representaciones sociales interviene lo social de diversas maneras: por el contexto en el cual se sitúan personas y grupos; por la comunicación que establecen entre ellas; por las formas de aprehensión que les brinda su bagaje cultural, por los códigos, valores e ideologías ligados a posiciones o pertenencias sociales específicas.

Según Moscovici (1979: 17-18), la representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, le integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, libran los poderes de su imaginación.

Interpretando a este autor, Mora explica que la representación social es un conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural (por oposición al pensamiento científico), que se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social: un conocimiento socialmente elaborado y compartido (Mora, 2002: 19).

Debemos explicar que las representaciones sociales no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Las representaciones sociales “son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones” (Álvaro, 2003). Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. En esta misma línea, Mora (2002: 7) afirma que se trata de una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras –la figurativa y la simbólica. Es posible atribuir a toda figura un sentido o a todo sentido una figura.

Robert Farr, para aclarar esta cuestión, alude a la doble función de las representaciones sociales: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible (Farr, 1984).

Megías, en la investigación sobre la percepción social de los problemas de drogas en España, recoge la clásica definición de Moscovici, más las aportaciones de otros autores (Jodelet, 1984; Palmonari, 1989), refiriéndose a las representaciones sociales como “el conjunto sistemático de valores, nociones, y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar, y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad”. Una característica importante de esas representaciones sociales es que significan un conocimiento compartido de todo el grupo acerca de algo, bajo la forma de una “teoría del sentido común” y, en este sentido, estarían en la base de la opinión pública. Por lo tanto, además de unos valores, nociones y creencias, implican unas actitudes; y todo ello se relaciona con unos comportamientos (Megías, 2000: 14).

En cuanto a la principal función de las representaciones sociales, es la de clasificar, explicar y evaluar objetos sociales. No se trata de una cognición social, ya que se asocia a la experiencia afectiva, lo que diferencia a las representaciones sociales de la mera cognición social. En el lado opuesto podemos indicar que la realidad está constituida por el sentido de nuestras experiencias y no por la estructura de los objetos (Schutz, 1974: 15). En la representación social “el sujeto está en interacción con el objeto” (Glz. Audicana y otros, 1995: 468), la evaluación que realizan de los hechos sociales depende tanto de aspectos externos y objetivos como del propio sujeto y su posición social.

Es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella (Moscovici, 1979: 69).

Se trata de un conocimiento práctico orientado hacia la comprensión y el dominio del entorno social y hacia la comunicación (Glz. Audicana y otros, 1995: 462). Las características de esta forma de conocimiento serían las siguientes:

- Se refiere a objetos sociales.
- Es un conocimiento creado y compartido por el grupo. Esto permite la comunicación entre los miembros del grupo y con otros grupos.
- Describe, clasifica y explica los acontecimientos sociales a los que alude. Lo que capacita para mostrar cómo y porqué suceden las cosas.
- Guía la acción del grupo ante los acontecimientos.

Siguiendo a Megías (2000: 15), indicamos los tres componentes fundamentales de las representaciones sociales:

- Información; acopio de conocimientos, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Las fuentes y contextos sociales de donde se obtienen y donde se construyen dichos conocimientos tienen una importancia básica.
- Campo de la representación: es la estructura y organización con la que, a partir de un mínimo de información, se construye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales).
- Actitud: orientación general, positiva o negativa, frente al objeto representado

Moscovici pudo distinguir dos procesos básicos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y cómo esta misma modifica lo social: la objetivación y el anclaje. La objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el del hacer (Moscovici, 1979: 121); así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también como se expresan.

Para explicar estos conceptos, Mora indica que se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social mostrando la interdependencia entre lo psicológico y los condicionantes sociales. La objetivación lleva a hacer real un esquema conceptual, mientras que con el anclaje la representación social se liga con el

marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella (Mora, 2002: 11).

Por su parte, interpretando también a Moscovici, Álvaro explica que son dos los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales. El primero es definido como anclaje y supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio. El segundo proceso es definido como objetivación y consiste en transformar entidades abstractas en algo concreto y material, los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes (Álvaro, 2003).

Las representaciones sociales de un grupo son fruto, por un lado, de sus condiciones materiales de existencia, que suponen un determinada experiencia vital y la defensa de unos intereses; pero, por otro lado, dichas representaciones se expresan a través de la herencia cultural del grupo, en la que está presente también la elaboración histórica de las experiencias e intereses que han ido surgiendo de la vida cotidiana de sus mayores, al lado de elementos provenientes de representaciones sociales de grupos dominantes en etapas históricas anteriores (Megías, 2000: 16).

La ideología no es más que un aspecto particular del problema de las representaciones sociales, tomadas en un sentido general. El problema de las representaciones sociales no se puede reducir al problema de la ideología. La ideología ha sido pensada habitualmente en referencia a la dominación social. Pero, el problema de la dominación no agota el esquema de las representaciones y es necesario tener en cuenta al mismo tiempo otras dimensiones de la vida social (Valencia, 2003).

Y es que, como explica Álvarez (2002), la Representación social es el paso intermedio entre el saber científico y la pura opinión: es estructuralmente, la antesala a toda posible ciencia, un sentido común sistematizado que descubre, ordena y posibilita el marco general de la comunicación social.

Como hemos visto, las representaciones sociales son una forma de conocimiento específico, no científico aunque contenga en ocasiones elementos procedentes de las ciencias y las técnicas.

Percepción

Muy cercano al concepto de representaciones sociales, y que en ocasiones suele confundirse, es la noción de “percepción”, que, a su vez, debe distinguirse de otros conceptos cognitivos afines.

La percepción es la unidad básica de conocimiento para el ser humano. En la Historia de la Psicología, la primera escuela que se ocupó de forma más exhaustiva del estudio de la percepción humana fue la escuela de la “Gestalt”⁹ con su *teoría de la Forma*, que defiende que, desde el momento de su manifestación, la experiencia aparece organizada figuralmente.

La clave para entender la conducta humana consiste en explicar cómo la gente percibe el mundo que le rodea. La percepción, como vía de conocimiento, no se agota únicamente en el fisiológico que la hace posible. Sobre todo tiene que ver con el modo de adquirir, organizar y utilizar dicho conocimiento (San Juan, 1997: 31). La percepción no es el resultado de la síntesis de unos datos de la sensibilidad, es ya una experiencia directa y estructurada de la realidad exterior.

En el ámbito de la Psicología cognitiva se han estudiado los procesos que pueden estar implicados en el acto perceptivo. La percepción sería un proceso de codificación organizativo e interpretativo de los datos sensoriales.

La percepción supone un proceso de aprendizaje propiciado por las sucesivas contrastaciones de los esquemas perceptivos en nuestra relación con el entorno (San Juan, 1997: 35 ss.). La percepción no se basa únicamente en unos determinados dispositivos sensoriales, sino que, en cierto modo, se encuentra a merced de un determinado proceso de socialización, basado en el lenguaje, que condicionará decisivamente la captación de símbolos del ambiente.

Según Neisser (1981), percibir es una construcción del sujeto que deriva de la relación establecida entre el presente y el pasado, que depende de la habilidad y experiencia del perceptor para manejar esta relación. Por lo tanto, con la percepción

⁹ Dentro de la Psicología en Alemania a principios de siglo se desarrolla la teoría de la Gestalt, también llamada psicología de la forma, cuyo origen está relacionado con las dificultades halladas por el asociacionismo tradicional para explicar los fenómenos de la percepción y el pensamiento. La psicología de la gestalt introduce el concepto de organización entre el estímulo y la respuesta de la teoría conductista. Los conductistas creían que el ambiente físico se percibía como una serie de estímulos independientes; para los teóricos de la gestalt, los fenómenos percibidos son las totalidades organizadas y no los elementos sensoriales. El mismo número de los mismos elementos puede formar distintas configuraciones y presentar distintas experiencias, así, las figuras percibidas son experiencias del sujeto que las percibe. La Escuela de la Gestalt considera la percepción como una función eminentemente activa, en virtud de la cual se organiza, configura y estructura un campo fenoménico. Previamente a este proceso de estructuración, existe otro de selección de estímulos por la atención, que delimita el campo fenoménico. Las percepciones no son parciales, sino que se engloban dentro de unidades reconocibles (y referenciables al pensamiento), estas unidades o configuraciones se denominan gestalten. En ellas también influyen el aprendizaje y las sensaciones no advertidas.

estarán implicados desde el principio otros procesos mentales superiores. Para este autor, el resultado de la percepción no es cíclico y dinámico, sino que el perceptor constantemente construye anticipaciones de cierto tipo de información que le permiten aceptarla cuando tiene acceso a ella.

El fundador de la psicología moderna, Wilhem Wundt, en su teoría del mosaico, establece dos tiempos en el proceso de percepción: uno primero de conocimiento por las diversas sensaciones de las partes elementales de un objeto, y otro de unificación de esos conocimientos en una imagen sintética producida tras un proceso intelectual.

Las relaciones de la percepción con otras funciones cognoscitivas y con la afectividad es muy estrecha. La percepción, a diferencia del pensamiento, tiene un carácter configuracional y no simbólico. De la memoria se diferencia por su propiedad de actualidad, ya que la percepción se realiza ante estímulos presentes.

III.1.2. Estereotipo y prejuicio

El estereotipo es la tendencia general de colocar a una persona en una categoría, sobre la base de alguna característica fácil y rápidamente identificable, para después atribuirle cualidades típicas de esa categoría.

En ausencia de información, las experiencias idiosincrásicas con sólo uno o dos individuos son utilizadas para construir un estereotipo personal del grupo al que pertenece ese individuo. El aprendizaje social contribuye a crear estereotipos. Éstos, y la conducta discriminatoria, son aceptados a menudo y considerados como justos y apropiados por los miembros de un grupo en particular. Los miembros del grupo aprenden tales estereotipos de la familia, amigos y medios de comunicación. Padres, maestros y mayores nos dan la primera lección sobre las diferencias de grupo. Los niños pueden desarrollar estereotipos o prejuicios simplemente al observar a sus mayores. Los medios de comunicación igualmente tienen un papel fundamental en la construcción de estereotipos (San Juan, 2000).

Las personas tienden a completar su visión a partir de pocas características, así individuos que sólo han recibido unos cuantos datos de información sobre una categoría de personas pueden generar fácilmente otros términos para completar el estereotipo. Asimismo, se afirma que no se fundamentan en experiencias directas, constituyendo, muchas veces mecanismos de racionalización de la conducta, producto de una herencia cultural. De tal forma que las imágenes no constituyen copias fieles de

la realidad, sino que están afectadas por un componente distorsionante. El grado de alteración variará en función de un conjunto de factores de naturaleza física, social y psicológica (Santoro, 1975: 82).

Los estereotipos, como explica Aniyar de Castro (1989: 163) son elementos simbólicos, fácilmente manipulables en las sociedades complejas. Dentro de las imágenes mentales, el estereotipo ha sido una de las mayores preocupaciones para los investigadores sociales y los estudiosos de la Psicología, por su importancia en los diferentes contextos en que se lleva a cabo la interacción social.

En el proceso de formación de estereotipos, los individuos tienden a diferenciar determinadas características. La sociedad escoge ciertos atributos como medios de identificación de varias categorías de personas mientras que desprecia otros. Estos atributos pueden ser físicos (edad, sexo, o características raciales), pueden estar relacionados con la participación en un grupo, organización o sociedad (afiliaciones ocupacionales, religiosas o nacionales), o pueden estar basados en ciertos patrones de comportamiento (Secord y Backman, 1976: 21).

Tal y como explica Peña Astorga (2000), se pueden distinguir varias clases de estereotipos:

- 1) los públicos: adjetivos que un individuo considera serían atribuidos a una categoría de personas por el público en general
- 2) los privados: opiniones de un solo individuo (Secord y Backman, 1976)
- 3) los tradicionales: atributos asignados a un grupo social a lo largo del tiempo
- 4) los contemporáneos: donde se integra la posibilidad de que éstos se modifiquen con base en nuevas características del grupo estereotipado que han sido percibidas por los observadores.
- 5) los étnicos: consisten fundamentalmente en asignar atributos (categorías verbales) a grupos sociales identificados por características de raza o nacionalidad (Santoro, 1975: 85).

Otra de las imágenes mentales que ha sido relacionada con los estereotipos es el prejuicio. De una manera sencilla, puede ser identificado como aquel juicio que los individuos realizan de manera previa a la experiencia, que puede ser positivo o negativo y dirigirse a una amplia gama de objetos, entre ellos los miembros de un determinado grupo. Según Secord y Backman (1975), el prejuicio puede ser considerado como la actitud que predispone a una persona a pensar, percibir, sentir y actuar en una forma favorable o desfavorable hacia un grupo o sus miembros. Para algunos

autores este fenómeno se presenta de manera natural en el hombre y en la sociedad. Como apunta Klineberg (1963: 478) éste no puede evitarse cuando dos grupos entran en contacto; se infiere entonces con toda claridad que en un mundo heterogéneo existiría siempre el prejuicio.

Es preciso señalar que los prejuicios –al igual que los estereotipos sociales– son, en gran parte, un fenómeno cultural que se transmite a través de sus miembros en diferentes procesos de socialización.

El polo opuesto del estereotipo lo constituiría el concepto, de acuerdo con Prieto (1980: 125). El concepto se fundamenta en el pensamiento lógico, el estereotipo en el emotivo y el pragmático. Por su parte, las convicciones, ubicadas a la mitad entre los polos del pensamiento conceptual y los estereotipos, son clasificaciones que la gente hace para enfrentar su realidad diaria. El prejuicio y el estereotipo, son consideradas convicciones exageradas y llevadas al extremo.

El estereotipo no es necesariamente incorrecto. De hecho, participa de muchos de los elementos que tiene el proceso de formación de impresiones. Pero el estereotipo tiene un grado de generalización que difícilmente se ajusta a ninguna generalidad real.

El estereotipo debería interpretarse más como una dimensión de la percepción que como una clase de percepción imprecisa o incorrecta. Puede haber estereotipos correctos (resultado de inducciones perceptivas rigurosas) que permiten, posteriormente, una generalización a casos no observados directamente.

La tendencia a estereotipar o fijar las imágenes supone la salida del ciclo perceptivo hacia otros procesos como pueden ser la imaginación, la memoria o la conceptualización (San Juan, 1997: 35). El estereotipo forma parte de las representaciones sociales, constituye una visión que se tiene del “otro”. Cuando las personas se encuentran con miembros de un grupo por primera vez, las interacciones con éste pueden transformarse en la base de los estereotipos.

III.2. Representaciones sociales de las drogas

Cuando estudiamos las representaciones sociales aplicadas al ámbito de las drogas nos encontramos ante la construcción (ordenamiento y enlace de diversas palabras para proyectar determinadas concepciones ideológicas) social de este fenómeno. Debemos empezar indicando que las representaciones sociales sobre las drogas son una parte constitutiva fundamental del mismo fenómeno. De hecho, las podemos

considerar como un elemento del mismo (Megías, 2000: 18). Y es que, el llamado “problema de la droga”, a la luz de las encuestas, durante muchos años ha aparecido como uno de los que más preocupaban a la sociedad. Ejemplo de ello es la valoración de la problemática del consumo de drogas en Euskadi donde es conocida la relevancia alcanzada por es fenómeno especialmente con la aparición de nuevas sustancias y de nuevas formas de consumo (Gobierno Vasco, 1999: 54).

En el caso de las drogas podemos observar cómo unas determinadas representaciones sociales sobre este fenómeno influye el comportamiento, en las prácticas sociales cotidianas, al mismo tiempo que dichas prácticas van dotando de contenidos progresivamente cambiantes a las mencionadas representaciones.

La percepción y las reacciones de los ciudadanos ante el fenómeno de las drogas están relacionados con ciertas variables individuales y sociales (edad, sexo, pertenencia étnica, ingresos, manera de vivir y comportarse, grado de integración en la colectividad, etc.). Megías (2000: 359), explica que los años que se tengan, el nivel cultural, el grado de preparación en el trabajo, el nivel de actividad laboral, son cuestiones que se relacionan con las posiciones de rango ideológico; la representación social sobre drogas se encuentra básicamente influida por el proceso evolutivo personal, por la edad del individuo, y por el contexto ideológico en el que esa persona se mueve.

En la investigación sobre la percepción social de los problemas de drogas en España, coordinada por Megías muestran que en las representaciones sociales sobre drogas hay ciertas variaciones históricas de tipo menor, algunas de las cuales aparecen y desaparecen cada cierto tiempo (ej. la asociación de uso de drogas y enfermedad); otras, que quizá van apareciendo aquí y allá en un ciclo de tiempo histórico más largo a través de cual se consolidan, pueden ser interpretadas como más significativas de cambios de más calado en las orientaciones de dichas representaciones. Podría ser el caso del cada vez más amplio reconocimiento de las drogas legales también como drogas, o la creencia de que las drogas están aquí y debemos convivir con ellas (Megías, 2000: 25). En el caso de España, se afirma que las principales representaciones sociales sobre drogas, y las correspondientes ideologías que van delimitando el campo del juego del “problema de la droga”, se construyen, sobre todo, a partir de los cuatro discursos corporativos (jurídico, médico, periodístico y de los profesionales de las drogas), de la dialéctica entre ellos y de sus articulaciones con las instituciones, tanto privadas como, principalmente, estatales, pues son estas últimas las que confieren una mayor legitimidad social.

En este sentido, hay que mencionar que, a pesar de que las drogodependencias continúan preocupando a la sociedad española en su conjunto, los cambios ocurridos en la percepción social son notables (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002: 10). Por su parte, Megías (2000: 354) apoya esta afirmación al indicar que “el cambio en la representación colectiva parece que se está produciendo, incluso, en cierta medida, ya se ha dado. Debe haber sido por la acción directa que ha supuesto la aproximación social a la experiencia concreta de los conflictos que nuclearon las reacciones colectivas”.

Una de las explicaciones de este cambio en las representaciones sociales se achaca a la reducción de la delincuencia y de la “visibilidad” del consumo (jeringuillas en la calle por ejemplo) han condicionado en gran medida este cambio. A este hecho no ha sido ajeno el incremento de las políticas de reducción de riesgos, que han favorecido una mayor accesibilidad a los tratamientos sustitutivos con metadona (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002: 10), ni tampoco el control social llevado a cabo por la policía hacia determinado tipo de consumidores. Como señalaba uno de los participantes del Grupo de Discusión Socio-Sanitario “yo creo que en la calle no molesta en sí el consumo de la gente, yo creo que lo que buscan es que no se vea, mientras no sea visible, no hay ningún problema (...), tampoco les preocupa mucho meterse con el consumo en si, sino con ese consumo visible (...), todo lo que sea en sitio urbano o por donde la gente pueda pasar, sí que existe muchísimo machaque hacia los consumidores”.

Todavía hoy, importantes sectores de la población diferencian entre el consumidor de heroína (imaginándose como una persona con un fuerte deterioro biopsico-social) y quien consume otro tipo de drogas. Uno de los miembros del Grupo de Discusión Socio-Sanitario, al respecto opina que “yo diferenciaría también quizás, la visión que tiene la sociedad sobre ciertas drogas, que algunas son como mejor vistas o el consumo está mas aceptado y hay otras que no. Nosotros trabajamos más con inyectores de droga, heroína y cocaína básicamente pero por vía parenteral, el consumo es muy diferente. Te puedo hablar de hachís o de otro tipo de drogas, pero la visión es muy diferente”.

III.3. Estereotipos del fenómeno social de las drogas y de los usuarios de drogas

En numerosos casos, la imagen que se tiene del fenómeno social de las drogas está estrechamente vinculada a juicios de valor y estereotipos. Las expresiones “droga” o

“drogas” suelen relacionarse casi espontáneamente con ciertas ideas o estereotipos dominantes, los cuales determinan, aunque solo sea parcialmente, nuestras opiniones y reacciones al respecto. La propia palabra “droga” o “estupefaciente”, no son conceptos científicos “sino un estereotipo que sirve para estigmatizar al muchacho que fuma un porro, pero no al ama de casa que se emborracha todas las mañanas, o al ejecutivo de clase media metido en el infernal círculo de los barbitúricos para dormir y las anfetaminas para levantarse” (Lamo de espinosa 1989:95).

En opinión de Barata (1995: 90), no es casual que en muchos casos se unan “droga”, “delincuencia” e “inseguridad ciudadana”, elementos que acaban imponiéndose como una realidad verdadera. Datos sesgados, cuando no falsos, han contribuido a extender el estereotipo de “droga-delinuencia”, uniendo “droga” a sustancias ilegalizadas. Sin embargo, Otero (1997: 393-394) ha puesto de manifiesto la cuestión política existente tras este tipo de afirmaciones: “Desde una perspectiva histórica, la temprana asociación entre estas conductas [consumo de drogas y la conducta delictiva] ha estado, continúa estando, fuertemente ‘modulada’ por una posible relación causal. Esta percepción determinista entre el consumo de drogas y la delincuencia puede ser examinada en función de la dialéctica social entre distintos parámetros (...) Pero el eje vertebrador en torno al cual se ha asentado el estudio de la relación entre ambos fenómenos ha sido político.

(...) La urgencia política en la búsqueda de respuestas válidas y eficaces empujó, durante décadas, al investigador, quien con un empeño casi frenético en la búsqueda de ‘una’ respuesta diseñó investigaciones de forma compulsiva y asistemática que adolecían del rigor científico”. Este mismo autor hace una fuerte crítica a un importante número de investigaciones sobre la relación “droga-delinuencia”, entre otras cuestiones, porque no siempre se ha partido de los mismos conceptos de “droga” y de “delincuencia”, por una metodología inadecuada y por la generalización de las conclusiones, independientemente de la muestra analizada.

Otros autores (Elzo, Lidón y Urquijo 1992:60-62) han afirmado que la influencia de las drogas ilegalizadas en la delincuencia “es muy parcial, incluso en la delincuencia de apoderamiento, por lo que las razones profundas de la delincuencia, y de la inseguridad ciudadana subsiguiente, hay que buscarlas en otras áreas, siendo una importante a tener en cuenta la de la incidencia de una droga legal como es el alcohol”. Un año más tarde, el propio Elzo (1993:41) aseguraba que “la pretendida relación entre delincuencia y droga, que considera la droga como la principal causa de delincuencia en nuestras sociedades occidentales, es inexacta. Y lo es en un doble

sentido. Esto es, ni la gran mayoría de delitos (y controlados por los sistemas policial y judicial), lo son por drogadictos.

Hay mucho consumidor de drogas en nuestro entorno que no delinque”.

La sociedad estigmatiza el uso de sustancias ilegales, lo que convierte a este colectivo en una población oculta cuya dimensión real es difícilmente conocible (Iraurgi, 2003: 13).

Rosa del Olmo (1998) realiza un interesante estudio sobre la evolución de las representaciones sociales del fenómeno de las drogas y los estereotipos de los usuarios a lo largo de los últimos años y que brevemente se resume de la siguiente manera:

- Años 50’: El fenómeno se percibía en términos de peligrosidad, patología y vicio por lo cual el consumidor era visto como un “degenerado”.
- Años 60’: El problema se convierte en “amenaza social” y se comienza a percibir como un “virus contagioso”, razón por la cual al consumidor se le define como “enfermo” y “víctima” sin responsabilidad moral.
- Años 70’: El panorama se complica y el problema se consideraría como “perturbación social” y “enfermedad psicológica”. El consumidor se percibe como “trastornado”.
- Años 80’: El consumo ya no estaba circunscrito a un grupo determinado. Son múltiples los actores que intervienen, al igual que en el tráfico. Este hecho dio lugar a que se comenzara a calificar al consumidor como “cliente” de sustancias ilícitas.
- Años 90’: aumento en el consumo de todas las drogas, cuyos actores son cada vez más jóvenes. Al mismo tiempo, se percibe al consumidor como “cómplice del delincuente”.

Pese a la evolución habida en los consumos de drogas, el estereotipo del consumidor de drogas en España no ha variado excesivamente durante muchos años, aunque esto parece estar cambiando de un tiempo a esta parte. A finales de los 70 comienza la crisis de la heroína que da lugar al estereotipo del “yonki” (varón en la veintena, con bajo nivel de estudios, “enganchado” a la droga por lo que se “chuta” varias veces al día, que vive en condiciones de marginación y que presenta problemas de salud, sociales y judiciales importantes). La gravedad de la crisis hace que la heroína y su estereotipo vayan a dominar la escena de las drogas de forma prácticamente absoluta durante las décadas de los 80 y 90, haciéndose prácticamente equivalentes

en la sociedad los términos drogodependiente y heroinómano en ese período. Por otra parte, la progresiva sustitución del estereotipo del “yonki” (que provoca una reacción social de rechazo o de lástima) por la del estereotipo de joven normalizado que consume en el contexto del fin de semana y que en cierta medida es comprendida (“es cosa de jóvenes ser arriesgados, salir con los amigos y disfrutar de la vida”) hace que haya una mayor tolerancia al consumo (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002: 10).

III.4. Autopercepción de los usuarios de drogas

La percepción que de sí mismos tienen los usuarios de drogas no difiere en gran medida de las representaciones sociales sobre ellos. Mientras que un número importante –sobre todo de sustancias legalizadas y, en menor medida, de las ilegalizadas– tiene la percepción de realizar consumos normalizados y no especialmente problemáticos, algunos consumidores que han llegado a tener o tienen problemas con las sustancias, se autodefinen como “marginados”, con un gran sentido de culpabilidad. Aunque esta imagen parece que comienza a variar al igual que las representaciones sociales del fenómeno. Algunas afirmaciones de los Grupos de Discusión realizados en el marco de esta investigación, aportan datos interesantes sobre la percepción que de sí mismos tiene los usuarios de drogas.

En el Grupo de Discusión de Consumidores un ex alcohólico expresaba su sentido de culpabilidad de la siguiente manera: “en fin, llevo una vida más o menos buena y digamos ahora tengo cincuenta años y en mi vida ya no voy a vivir una vida de primera división pero lo que quieres es vivir una vida de tercera división, yo perdí la oportunidad, yo por supuesto soy culpable, nadie me metió en el alcohol”.

En este mismo Grupo de Discusión, un ex consumidor de heroína, actualmente en tratamiento de metadona veía su situación de la siguiente manera: “he estado más de 20 años enganchado en la heroína y no he podido trabajar hasta que he estado en la metadona, por mucho que me queje de la metadona, hace 5 años que estoy en la metadona, tengo 40 años, hasta los 35 años no he sido capaz de llevar un trabajo normal en mi vida. Teniendo bastantes estudios y un montón de cosas. Realmente ¿por qué? Porque soy en parte un inadaptado pero por otra gran parte, la sociedad me ha planteado unas trabas imposibles de superar, la sociedad y las instituciones respaldadas por la sociedad”.

Pero también los participantes en el Grupo de Discusión Socio-Sanitario portan datos sobre la percepción que de sí mismos tienen los propios consumidores de

drogas. Afirmaciones como las que siguen, son muy significativas de esta situación: “incluso los propios consumidores [de sustancias ilegalizadas], muchos lo tienen asumido, que están haciendo algo malo, o sea sensación de culpabilidad. “Esta superasumido de que estas haciendo algo malo”. “La gente lo oculta, lo vive encima como algo, que está haciendo algo malo, culpabilidad...”.

Desde mediados de los años 90, coexistiendo con un descenso de la preponderancia de la heroína, empieza a ser patente un nuevo fenómeno, en el que numerosos jóvenes participan de lo que algunos denominan “consumo con fines recreativos”, dando a entender que se trata de consumos de drogas generalmente ocasionales, ligados fundamentalmente al disfrute del tiempo de ocio durante el fin de semana. Los nuevos consumidores, a diferencia de los bastantes consumidores de heroína, no se autodefinen como personas que tienen problemas con las drogas. Se trata de personas muy integradas socialmente (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002: 7).

III.5. Influencias de las representaciones sociales de las drogas y los estereotipos en la política sobre drogas

Las estrategias sobre drogas son el resultado de complejos procesos de interacción, que a su vez se relacionan con unas representaciones sociales también complejas, contradictorias y variadas históricamente, que tenderán a reafirmar, contradecir, cortocircuitar o renovar aspectos centrales de aquellas estrategias (Megías, 2000: 23).

Como explica Rosa del Olmo (1998: 14), el discurso nunca es neutro, sino parte constitutiva de la realidad, condicionándola. A su vez, la realidad refuerza el contenido de los discursos. La percepción y la realidad se retroalimentan entre sí.

Esta situación se corrobora de manera muy clara cuando se estudia el fenómeno de las drogas, y se observan las variaciones que han sufrido en el tiempo los diversos discursos –oficiales y/o científicos– para interpretarlas, con sus respectivas consecuencias en la política criminal (Olmo, 1998: 14).

Por su parte, Megías (2000: 25), al analizar el estudio realizado por Rosa del Olmo, explica que si cotejamos estas variaciones históricas con la evolución de las distintas políticas sobre drogas y, en definitiva, con las orientaciones hegemónicas en las estrategias sobre drogas, podemos constatar que, aunque es evidente que no hay una correspondencia mecánica entre los dos niveles, sí hay unas ciertas correlaciones entre determinados cambios en las representaciones y otros en las estrategias.

Hemos mencionado anteriormente¹⁰ la evolución de los estereotipos del fenómeno social de las drogas y de los usuarios de drogas tal y como explicaba Rosa del Olmo. A continuación, y siguiendo el mismo esquema utilizado por del Olmo (1998), exponemos la evolución de los principales discursos y percepciones y su relación con las políticas implementadas en los últimos años a nivel internacional donde se observan algunas variaciones, según se corresponden con el cambio experimentado en los estereotipos:

– Años 50': las principales drogas objeto de preocupación en esa época eran los opiáceos, consumidos fundamentalmente por grupos considerados marginales. A su vez, se asociaba ocasionalmente a la delincuencia con la marihuana, productora de violencia y criminalidad. Surgieron explicaciones sociológicas en términos de “subcultura”. Se impone un discurso oficial que puede denominarse moralista-represivo por el énfasis que se le dio en esa época a la promulgación de severas leyes penales para sancionar el fenómeno. Las políticas propuestas giraron en torno a fortalecer la ley penal, incrementar las medidas de presión. En 1953 se promulga en Nueva York el Protocolo para reglamentar el cultivo de amapola y el comercio del opio.

– Años 60': al iniciarse esta década hay un cambio significativo no sólo en el fenómeno mismo, sino en las percepciones y en las políticas que se implementan. Este hecho no es fortuito. Está estrechamente relacionado con el fracaso de políticas anteriores y con los cambios que se generan durante esos años, y la incorporación de los jóvenes de clase media al consumo de drogas. No sólo cambiaron las drogas de mayor consumo, sino también el escenario y los actores. El discurso científico se plantearía en términos de salud mental consolidado en un doble discurso oficial que bien puede calificarse de médico-sanitario/jurídico, ya que se observa una clara separación entre el delincuente/traficante y el consumidor/enfermo. Su implementación se observa en el desarrollo de una serie de programas que van desde utilizar drogas antagónicas como la metadona hasta programas educativos sobre los riesgos del consumo; a su vez se enfatiza y refuerza el estereotipo de *la dependencia*. Al mismo tiempo, se difundía el estereotipo de *la delincuencia* en relación al distribuidor de drogas. Se aprobará en Nueva York en 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes.

– Años 70': como indica del Olmo, resulta particularmente difícil realizar un corte cronológico para dividir la década de los setenta de la década anterior, aunque se

¹⁰ En el apartado III.3

observan importantes diferencias, a través de la construcción de un discurso totalmente diferente al que predominaba a mediados de los sesenta. La heroína volvería a ser considerada como droga prioritaria. Los jóvenes seguirían siendo los principales consumidores. Se desarrollaría un discurso oficial que enfatiza el tema del tratamiento, aunque incorpora ingredientes políticos y jurídicos, razón por la cual puede caracterizarse como un discurso jurídico-político/médico. Se aprueba en Viena en 1971 el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas.

– Años 80': percepción de que a finales de la década de los 70' el abuso de drogas había aumentado de manera inusitada. Se continuaría un discurso oficial que puede calificarse en su inicio como jurídico-trasnacional, pero que progresivamente se convierte en un discurso geopolítico. Aparecen los términos “narcotráfico”, “narco-guerrilla”. Se les asocia en el discurso con la violencia, la subversión y la corrupción, y de este modo se crea el estereotipo “político-delictivo latinoamericano”. Al mismo tiempo, las políticas propuestas giraron en torno a militarizar la política criminal, sobre todo a partir de 1989. Se aprueba en Viena en 1988 la Convención contra el tráfico de estupefacientes y sustancias.

– Años 90': al entrar en la década de los noventa, se observan cambios fundamentales en la forma de enfrentar el fenómeno de las drogas. Se incorpora la preocupación no sólo por la cocaína, sino también por la heroína y, más recientemente, por todas las drogas incluyendo el tabaco y el alcohol. Se reconoce que los actores del tráfico ya no están dedicados exclusivamente a una actividad criminal, sino que son empresas multinacionales que se ocupan del comercio de mercancías ilícitas. El discurso oficial refleja por lo tanto, una preocupación fundamental por la economía mundial, razón por la cual puede calificarse de económico-trasnacional, complementado con un discurso geopolítico, en términos de seguridad. Se refuerza la responsabilidad con la convicción de que, hoy en día, todos los países están involucrados en la demanda y la oferta. La cooperación multilateral pasa a un primer plano. En relación con la globalización, el discurso científico se concentra en la “salud mental”, donde la prevención, la educación y la rehabilitación se convierten en prioridades, a raíz de la preocupación por el aumento en el consumo de todas las drogas, cuyos actores son cada vez más jóvenes. Se plantea darle prioridad a las políticas de reducción de riesgos y daños, más que a la abstinencia absoluta. Paralelamente, se inicia recientemente un discurso ecológico y la percepción del impacto ambiental que está ocasionando el cultivo y producción de drogas ilícitas, como miras a implementar políticas al respecto. En estrecha relación con los nuevos discursos y percepciones, se

implementan en la actualidad políticas donde la prioridad son los programas internacionales dirigidos a reducir la demanda y, al mismo tiempo, desarticular las redes de traficantes, y de manera especial confiscar sus bienes, dentro de un escenario global que abarca sus bases de operaciones en sus países de residencia.

Los estereotipos sobre las drogas y sus consumidores están basados en un fuerte etnocentrismo, es decir, enjuiciando a las personas según consuman un tipo de sustancias u otro “de acuerdo a las propias normas del propio grupo, para el que se reclama el monopolio de la posesión de la verdad” (Castillo 1986: 14-15). Los convenios internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas son un claro ejemplo de dicho etnocentrismo y de su rentabilidad política.

IV. LOS CONSUMIDORES ANTE LA LEY

En la actualidad existe una gran cantidad de legislación relacionada con las drogas y con sus consumidores. Desde sustancias prohibidas hasta sustancias promocionadas, nuestra sociedad dispone de un amplio abanico de posibilidades para afrontar el fenómeno social de las drogas y, dentro del mismo, el consumo de las diferentes drogas. La legislación vigente es fruto de cuestiones tan diversas como los convenios internacionales en materias de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, las propias influencias culturales relacionadas con los consumos de cada lugar y los intereses económicos que el negocio de las drogas genera. El consumo de una misma sustancia puede tener consecuencias legales sustancialmente diferentes para los consumidores dependiendo del país donde se consuma, de la edad de la persona consumidora, del lugar donde se consuma, de la acción que realiza en el momento del consumo o del motivo por el cual se lleva a cabo el consumo.

El análisis de la legislación vigente (los diversos Convenios Internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas y la legislación estatal –penal y administrativa–) en relación con el consumo de drogas, es una aproximación teórica para conocer la diversidad de situaciones a las que se puede llegar a enfrentar un ciudadano por el mero hecho de consumir drogas.

IV.1. Convenios Internacionales

El interés por regular desde una perspectiva internacional las cuestiones (entre ellas el consumo) relacionadas con determinados grupos de sustancias tiene más de un siglo de vigencia. En el presente trabajo fundamentalmente se va a hacer referen-

cia a la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 y al Convenio de Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988¹¹, porque son los convenios que más influencia han tenido y siguen teniendo, entre otras cuestiones, con la regulación del consumo de drogas. Ello no quiere decir que con anterioridad no hayan existido otros convenios y protocolos, pero todos ellos, como indica el artículo 44 de la Convención Única sobre estupefacientes de 1961, con su entrada en vigor, las disposiciones de la misma abrogaron y sustituyeron a los anteriores. De esa manera se consiguió unificar y actualizar los diversos tratados actualmente existentes.

En el protocolo de la Convención, donde se recoge la filosofía y los objetivos de la misma, se manifiesta la preocupación de los Estados firmantes por “la salud física y moral de la humanidad”, se acepta el empleo de estas sustancias con fines médicos y, entre otras cuestiones, se afirma que la toxicomanía “constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”. Las partes, “conscientes de su obligación de prevenir y combatir ese mal”, con el objetivo de ser eficaces en “las medidas contra el uso indebido de estupefacientes”, proponen una “acción concertada y universal”. Una de las medidas recogidas en la Convención Única de 1961 es el establecimiento de una reserva penal para sancionar en los códigos internos de los Estados las conductas relativas “al cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho y cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación” de estupefacientes no conformes con las disposiciones de la Convención, cometidas intencionalmente, que deberán ser sancionadas en forma adecuada con penas de prisión y otras privativas de libertad, así como para ordenar la aprehensión y el decomiso del objeto material de la infracción (Artículo 36).

La propia Convención Única de 1961 prevé la posibilidad de sancionar hasta penalmente no sólo el tráfico de estupefacientes sino también la posesión. En el Estado Español sectores proclives a sancionar penalmente el consumo han interpretado el artículo 36 de manera que el consumo de las sustancias a las que hace referencia la Convención Única de 1961 deben de ser sancionadas penalmente. Sin embargo, tanto desde la jurisprudencia como desde la doctrina se ha interpretado —entre otras

¹¹ Entre ambas Convenciones se celebró la Convención sobre sustancias psicotrópicas de 1971, que tuvo como novedad más importante la incorporación de las sustancias psicotrópicas a la suma de sustancias incluidas en los convenios internacionales.

cuestiones por el lugar que el término posesión ocupa en relación de actos que deben convertir en delitos— que difícilmente puede sostenerse que la penalización del consumo “sea una exigencia que planea sobre nuestro legislador como consecuencia de los tratados internacionales suscritos y ratificados por España. Podrá ser, en todo caso, una legítima opción para cualquier legislador, derivada de la soberanía estatal, que no queda en absoluto anulada por los términos del Convenio, pero nunca una obligación” (Jiménez Villarejo 1986: 415-416). En la misma línea se manifiesta Quintero Olivares (1986: 162-164), es decir, quien firma un Convenio internacional adquiere el compromiso de acomodar al derecho interno los principios recogidos en el Convenio, “pero son éstos (los Estados) los que tendrán que determinar en el marco de su Código penal o sus leyes penales especiales la precisa descripción del tipo y, especialmente, la sanción, medida o pena imponible”.

Aparte de las sanciones anteriormente citadas, la Convención Única de 1961 también requiere de los Estados firmantes el establecimiento de tratamientos y terapias que estimen necesarios para la rehabilitación de los toxicómanos.

La Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 es una puesta al día de la filosofía y de los objetivos de la Convención Única de 1961, es “la llave maestra que ha propiciado su modernización con la adecuación de su contenido a las directrices marcadas” en la Convención de 1961 (Sequeros 2000:12). Aunque también se hace mención a la preocupación por la salud derivada del uso indebido, el mayor temor de la nueva Convención son las repercusiones de tipo político, económico y cultural del tráfico ilegal, que pueden llegar a socavar la seguridad y la soberanía de algunos Estados. El artículo 3 de la Convención de Viena de 1988 detalla los actos que serán considerados delictivos en el derecho interno de los Estados firmantes. La posesión, también de cara al consumo personal aparece recogido como delito, pero como recoge Vervaele (1993: 368) esa posibilidad continúa “siendo una materia política interna de cada estado-parte”.

La Convención de Viena de 1988 fue una oportunidad perdida para haber llevado a cabo una evaluación de las políticas vigentes en materia de drogas y para introducir la posibilidad de normalizar no solo el uso médico sino también un uso lúdico de sustancias que, como el cannabis y sus derivados, son consumidas con mayor naturalidad en diferentes contextos culturales. Entre el uso médico y la toxicomanía hay un amplio abanico de consumos nada o escasamente problemáticos que también se pueden llevar a cabo con las sustancias ilegalizadas.

IV.2. Legislación Estatal

Antes de profundizar en las características de la legislación española respecto al consumo de drogas, es conveniente analizar, aunque sea brevemente, las políticas que se emplean en otros países de la Unión Europea. Como ha puesto de manifiesto De la Cuesta (1993a: 25-26) “las legislaciones y/o la práctica de los países de la Europa occidental distinguen claramente (aunque no de modo uniforme) los actos de tráfico dirigidos a la promoción, favorecimiento o facilitación del consumo ajeno y la posesión para el propio consumo o el consumo mismo, cuyo tratamiento resulta notablemente privilegiado”. Este mismo autor distingue en Europa cuatro tipos de modelos conectados al consumo de drogas no convencionales:

- Sanción penal por consumo, con pena inferior (Francia y Luxemburgo), posibilidad de optar por la no sanción (Alemania) o el sobreseimiento de los hechos (según y qué casos en Portugal y en Bélgica como alternativa junto a la *Probation*).
- Práctica judicial y/o fiscal de no persecución dentro de determinados límites (Dinamarca, salvo casos de reincidencia grave y de posesión de múltiples drogas e Inglaterra).
- No sanción penal: Grecia e Italia¹². Las peculiaridades de la situación española serán analizadas con mayor profundidad en los párrafos siguientes.
- Legalización de facto tanto para el consumo como para el pequeño tráfico de cannabis y sus derivados, como ocurre en Holanda, con los coffee-shops y los repartidores a domicilio.

Como puede observarse, dentro de la Unión Europea, a pesar de diferenciar entre tenencia para consumo y tenencia para tráfico, la respuesta que se da al consumo de este tipo de sustancias y a los consumidores de las mismas no es uniforme y está condicionada por la legislación interna de los diversos países y las diferentes sensibilidades reinantes entre los ciudadanos. El caso español no es una excepción como se puede observar en los siguientes apartados.

¹² Al concluir la década de los años ochenta, Italia gozaba de la no sanción penal. Con la entrada en vigor de la Ley Jervolino Bassalli, en el año 1990, se castigaba con diversas sanciones –incluida la cárcel– a los consumidores que se les encontrara una cantidad de droga inferior a la dosis media diaria. Posteriormente, tras un referéndum, se volvió prácticamente a la situación anterior a la entrada en vigor de la Ley de 1990. Actualmente, el viceprimer ministro italiano, Gianfranco Fini ha iniciado los trámites para la aprobación de una ley que no contempla diferencias entre consumidores y traficantes de drogas y quien sea sancionado administrativamente, si no cumple la sanción, podría ser castigado con penas de cárcel superiores a tres meses e inferiores al año y medio (Amon 2003).

IV.2.1. Legislación penal

El actual Art. 368 CP señala: “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan, o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito, cuando se trate de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”. Aunque en el presente artículo, como puede observarse, no se hace mención al consumo de drogas entre las actividades punibles, ello no quiere decir que siempre haya sido así en la ley y en su interpretación por los tribunales competentes. Entre las cuestiones que han creado un intenso debate están el bien jurídico protegido y los problemas que plantea el diferenciar cuando la tenencia está destinada al autoconsumo y cuando al tráfico.

El bien jurídico que pretende proteger el artículo 368 del Código penal es la salud pública, cuestión no exenta de polémica si nos atenemos a las diferentes opiniones doctrinales. Algunos autores reflejan que esta cuestión “no es pacífica en la doctrina” (Boix Reig y Jareño Leal 1996:1684), afirmación fuera de toda duda si tenemos en cuentas las diferentes posiciones de los autores: Así, desde el interés del Estado en controlar el tráfico de estupefacientes (Cobo del Rosal 1977:161-162), hasta, sobre todo bienes económicos y la seguridad (Beristain 1983)¹³. Si bien la mayoría de la doctrina coincide en la salud pública como bien jurídico protegido, las discrepancias aumentan al querer definir y concretar el contenido de salud pública. Algunos de los conceptos propuestos han sido recogidos por Joshi (1999:33-34): a) conjunto de condiciones objetivas que defienden de unas posibles enfermedades (tanto físicas como psíquicas) a una pluralidad de personas; b) si se parte de una de las características esenciales de las drogas, su capacidad de crear dependencia, se entenderá por salud pública la capacidad de autodeterminación para seguir consumiendo o no la sustancia; c) entendida como toda alteración de las condiciones del individuo, incluidas las cuestiones sociales.

¹³ Este mismo autor, en una publicación posterior sostiene que “el bien jurídico protegido en este artículo resulta difícil de concretar pues proviene de (y se extiende a) ramificaciones en sectores diversos de la salud individual, de la salud pública, del orden público, de la economía, de las finanzas, etc. y se complica a través de dimensiones históricas, políticas y culturales. Sin embargo, por varios motivos, se puede aceptar como bien jurídico principalmente protegido la salud pública” (Beristain 1985: 106).

La jurisprudencia del Tribunal Supremo estima por unanimidad que el bien jurídico protegido es la salud pública caracterizado: a) por ser un bien colectivo y de carácter público; b) por intentar evitar la generalización de un hábito contrario a la salud¹⁴; c) significar la lesión potencial de la salud de un inconcreto número de ciudadanos (Joshi 1999:29).

Como se puede observar, tanto desde la doctrina como desde la jurisprudencia se admite mayoritariamente que el bien protegido es la salud pública. Ello no es obstáculo para que dicho bien jurídico entre en contradicción con criterios de salud, al dejar fuera algunas sustancias que también dañan a la salud pública (alcohol y tabaco) y permanecer otras, como por ejemplo el cannabis, que no suponen un mayor daño a la salud. Por esta razón, en opinión de determinados autores “cuanto menos de forma parcial, se están protegiendo determinados contenidos morales y culturales frente a sus opuestos” Díez Ripollés (1989:41) y, por tanto, se debilita la argumentación de la salud pública como bien jurídico protegido.

Un breve repaso por las diferentes redacciones del tráfico ilícito de drogas, desde los inicios de los años setenta hasta el actual Código penal puede ayudar a comprender la evolución del consumo en la legislación penal. Hasta la reforma penal de junio de 1983 del artículo 344 del Código penal, estuvo vigente desde 1971 el mismo artículo que incluía dentro de las actividades delictivas “los actos ilícitos de tenencia”, junto con los de cultivo, fabricación, elaboración transporte, venta, donación o tráfico en general de drogas tóxicas o estupefacientes o la promoción o facilitación de su uso “de cualquier otro modo” (Quintero Olivares 1986:166). Según el artículo 344 del Código penal vigente en 1971, todo tipo de tenencia era sancionada penalmente por el Tribunal Supremo “sin cuestionarse para nada el destino de la droga poseída” (Rey Huidobro 1990:93). Este mismo autor asevera que fue a partir de la sentencia de 21 de noviembre de 1973 cuando el Tribunal Supremo cambió de criterio y empezó a distinguir entre tenencia destinada al consumo y tenencia destinada al tráfico. Desde entonces la tenencia que ha estado sancionada penalmente es la destinada al tráfico de estupefacientes. Ello no quiere decir que consumidores, por el mero hecho de poseer la sustancia para su propio consumo no hayan estado un tiempo en prisión porque el cuerpo policial que les detuvo interpretó que era tenencia para tráfico y,

¹⁴ En el caso de las sustancias legales, cuando se pretende restringir su uso, se lleva a cabo “sólo a través de campañas de educación sanitaria y prevención” (De la Cuesta 1987:387).

tras la realización del juicio, salieron absueltos porque el tribunal interpretó que era tenencia para consumo propio (Arana 1996).

Podemos observar que en la legislación penal española, durante algo más de dos años, la tenencia de drogas ilegalizadas (sin distinción de finalidad) era considerada motivo de sanción penal. Tras las sentencias de 1973, aunque no se cambió el texto del artículo 344 Código penal, la interpretación del Tribunal Supremo y de la doctrina fue clara: “la atipicidad de la tenencia para el consumo, consecuencia de la impunidad de éste” (Díez Ripollés 1989:46). Con la reforma de 1983, ensalzada mayoritariamente por la doctrina debido a una mayor racionalización¹⁵, la tenencia continuó impune y ello supuso la interpretación de que todos los actos preparatorios para el consumo también fueran impunes. Esta impunidad está basada en argumentos constitucionales (protección del libre desarrollo de la personalidad y de la intimidad personal) y en la falta de repercusión sobre el bien jurídico protegido (Díez Ripollés 1987). Cuando se hace referencia a que el consumo es impune, la impunidad abarca a cualquier tipo de consumidor, es decir, tanto a quien posea una dependencia de las sustancias como al consumidor ocasional (Prieto Rodríguez 1986).

La Reforma de 1988, catalogada por importante sectores como la contrarreforma, se caracterizó por un aumento considerable de las penas, por introducir la cláusula abierta de incriminación (“o los que de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo”) y por incluir diferentes tipos de agravantes, algunos de ellos “con algunas vaguedades en cuanto a su contenido... que hacen difícil su delimitación” (González Zorrilla 2000:210). Aun siendo un retroceso hacia una política menos represiva en el fenómeno de las sustancias ilegalizadas, el consumo y la tenencia para el consumo continuó siendo impune. En síntesis, a pesar de los continuos cambios habidos en la legislación penal relacionadas con las drogas, la tenencia para consumo ha sido considerada atípica por faltar requisitos objetivos (idoneidad para la difusión del consumo ilegal) y requisitos subjetivos (orientación a la difusión del consumo ilegal) (Joshi 1999).

Ello no quiere decir que, en la práctica, no haya problemas para la distinguir cuándo la tenencia está destinada al consumo o al tráfico. Desde amplios sectores doctrinales se ha puesto de manifiesto la necesidad de aportar criterios que ayuden a

¹⁵ Las penas globalmente sufrieron una disminución sustancial, en el articulado se distingue entre drogas que causen grave daño a la salud y no se hacía mención a la expresión “o los que de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten”.

distinguir entre ambos tipos de tenencia (Arroyo Zapatero 1984), porque la diferencia entre uno y otro caso es de carácter subjetivo –la intención o la finalidad de quien posee la sustancia– y es de gran importancia por las consecuencias jurídicas que se pueden derivar. Para solventar esa cuestión la Fiscalía General del Estado, en la Circular 1/1984, sobre la interpretación del artículo 344 del antiguo Código penal, aportó una serie de criterios orientadores para poder realizar la distinción con ciertas garantías: cantidad de la sustancia poseída (varía según los tipos de drogas), variedad de sustancias, pureza, condición de consumidor o no de quien posee la sustancia, etc. La citada Circular ha sido objeto de halagos, según Jiménez Villarejo (1986: 417-419) ha servido para facilitar “a los fiscales bases objetivas para formar un juicio más uniforme sobre el tema”, a la vez que fuertes críticas, entre otros por parte de Boix Reig y Jareño Leal (1996:1689-1690) porque algunos de los criterios aportados suponen “invertir la carga de la prueba, lo que es inadmisibles en el proceso penal y contrario a la presunción de inocencia”.

Al no aparecer en la Circular 1/1984 cantidades concretas para diferenciar si la tenencia está dirigida al tráfico o al consumo, la jurisprudencia –siendo consciente de la imposibilidad de sentar conclusiones inamovibles, por las diversas peculiaridades que se dan en cada supuesto– ha optado por considerar el consumo de tres a cinco días, a razón de 8 gramos diarios, como límite para diferenciar si la tenencia es para consumo propio (González Zorrilla 2000). No todas las sentencias han seguido el criterio citado, creando un alto grado de inseguridad jurídica muy poco acorde con los principios que inspiran el Estado social y democrático de Derecho.

Interpretación jurisprudencial de algunos supuestos de atipicidad

Desde hace unos años hasta la actualidad, se viene observando algunos supuestos que, pese a cumplir los requisitos para estar incluidos en el tipo penal del artículo 368 Código penal, la jurisprudencia entiende que son atípicos, bien por la inexistencia del peligro general de difusión, facilitación o promoción del consumo entre terceras personas de modo indiscriminado, o bien por la ausencia de tipo subjetivo. Estos supuestos pueden resumirse en:

A) Supuestos de consumo compartido o autoconsumo colectivo:

Incluye fundamentalmente dos tipos de casos: el denominado *posesión colectiva* para el consumo (Boix Reig – Jareño Leal 1996:1691), donde varios consumidores ponen un fondo común para que posteriormente sea uno de ellos quien compre la sustancia con la finalidad de consumirla entre todos ellos; el *autoconsumo colectivo*,

donde varios consumidores comparten el consumo de la sustancia. Tanto en un caso como en otro, la jurisprudencia ha exigido una serie de requisitos (Sequeros 2000:113): a) *que haya acuerdo de voluntades con aportación conjunta de dinero, adquiriéndose la droga conjuntamente, bien por alguno de ellos a los que se encomienda la tarea;* b) *que el número de potenciales consumidores no desborde el círculo de los concertados, sin extenderse a terceras personas que pudieran participar a título oneroso o lucrativo;* c) *que todos los concertados sean consumidores de drogas;* d) *que no medie premio o remuneración por el acopio o labor realizadas.* Aunque hay sectores jurisprudenciales que asimilan este supuesto a la donación, desde hace un tiempo, la postura mayoritaria de la jurisprudencia es la atipicidad de estos supuestos.

B) Entrega a persona consumidora, sin potencial difusión:

Según Ujala Joshi (1999:161) los requisitos exigidos para que no sea sancionada esta conducta son: a) *sujeto activo y pasivo consumidores;* b) *invitación ocasional;* c) *motivos de solidaridad o cortesía;* d) *sujetos pertenecientes a un reducido círculo íntimo o marginal;* e) *dosis mínima, en caso contrario sí se afectaría al bien jurídico tutelado;* f) *consumo inmediato a la entrega y alegando las siguientes razones: a) no existe la posibilidad de difusión y por lo tanto de afectar al bien jurídico protegido; b) insignificancia de la conducta; c) constituye una modalidad de autoconsumo; d) falta el elemento subjetivo de ‘ánimo de promocionar, favorecer o facilitar el consumo’”.*

C) Donaciones a drogodependientes por familiares o allegados de cantidades mínimas, con carácter gratuito, por motivos piadosos o para facilitar su deshabituación:

La entrega de la sustancia a una persona concreta y dependiente con el objetivo de pretender su deshabituación o de evitar la angustia y otros efectos provenientes del síndrome de abstinencia, siempre que se cumplan una serie de requisitos (Sequeros 2000:115): “a) *que la facilitación no se haga a persona o personas indeterminadas;* b) *la persona concreta que recibe la droga, debe ser consumidora, no pudiendo aplicarse la exención cuando el sujeto pasivo es una persona no iniciada, como método para aliviar sus carencias;* c) *la donación ha de tener como fin el evitar los sufrimientos y angustias generadas por el síndrome de abstinencia, o también facilitar la deshabituación al consumo de drogas. Por tanto, sólo puede perseguir fines altruistas o humanitarios;* d) *el consumidor ha de proceder a tomar de forma inmediata, la droga suministrada, sea en presencia o no de quien se la facilite;* e) *no puede admitirse ningún tipo de contraposición o remuneración por la dación;* f) *debe siempre de tratarse de cantidades mínimas”.*

Aunque la posición jurisprudencial mayoritaria se inclina por la atipicidad de estos supuestos, siempre y cuando se cumplan los requisitos recogidos en el apartado

anterior, existen fallos jurisprudenciales en diversos sentidos que van desde la sanción penal de este tipo de donación, a la no sanción y otra tendencia que, aun sancionando penalmente la conducta, opta por una atenuación importante de la pena (Joshi 1999).

En síntesis, desde el punto de vista de la sanción penal, el consumo o la tenencia para el consumo no está sancionado porque se entiende que no afecta al bien jurídico que se pretende proteger (la salud pública). Incluso algunos casos que entran dentro del tipo del artículo 368 Código penal (consumo compartido o autoconsumo colectivo, entrega a persona consumidora sin potencial difusión) y donaciones a drogodependientes por familiares o personas cercanas de cantidades mínimas, con carácter gratuito (por motivos piadosos o para facilitar su deshabituación), entiende la jurisprudencia –no siempre mayoritariamente– que no son sancionables penalmente atendiendo, entre otros criterios, a la adecuación social porque existe un fuerte desfase entre todo lo que prohíbe la norma penal y lo que socialmente se considera adecuado.

IV.2.2. Legislación administrativa

Que el consumo no esté sancionado penalmente no quiere decir que sea impune o esté legalizado. En nuestro ordenamiento es posible que una determinada conducta no esté penalizada y sin embargo sea ilegal. Jiménez Villarejo (1986:417), con anterioridad a la promulgación de la Ley Orgánica 1/1992 sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana, tras manifestar que la situación en el ordenamiento jurídico español no estaba tan clara como sería de desear, apostaba por la sanción administrativa del consumo o de la tenencia para el mismo “como solución más razonable en relación con las drogas prohibidas o sujetas a fiscalización”.

a) Ley 17/1967 de Estupeficientes

La Ley 17/1967 tuvo por objeto la actualización de la legislación española a las exigencias de la Convención Única de 1961. En el artículo 22¹⁷ de la Ley de Estupeficientes se especifican los usos permitidos –industriales, terapéuticos, científicos y

¹⁷ Artículo 22.: No se permitirán otros usos de los estupeficientes que los industriales, terapéuticos, científicos y docentes autorizados con arreglo a la presente Ley. Los estupeficientes deberán ser usados o consumidos precisamente para el objeto con que hayan sido suministrados por el Servicio o dispensados por las farmacias, considerándose prohibidos cualquier cambio o consumo, aunque se lleve a cabo por la misma persona o Entidad que haya obtenido legalmente los estupeficientes, a no ser que se obtenga, también reglamentariamente, la autorización o la prescripción necesaria para el nuevo uso o consumo.

docentes— y se considera prohibido cualquier otro uso. Por tanto, todos los demás usos, incluido el consumo de drogas, son ilícitos en virtud de esta Ley que ha sido a veces criticada por lo poco que se ha utilizada y por ser una ley preconstitucional. Sin embargo, como se podrá observar en el apartado siguiente, la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha basado en la Ley 17/1967 para determinar lo que se entiende por tenencia ilícita.

b) Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

El artículo 23 de la Ley 1/1992 califica como infracción grave a la seguridad ciudadana la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de las sustancias prohibidas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos. Según el artículo 25 se considera infracción grave a la seguridad ciudadana el consumo en público y la tenencia ilícita de las sustancias prohibidas en el supuesto que no constituyan motivo de sanción penal. Se desprende de la letra de la Ley que el consumo en público y la tenencia para el consumo en público estarían sancionados por la Ley Orgánica sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana, no así el consumo privado. De igual modo, la mayoría de la doctrina entiende que tanto el consumo privado como la tenencia para tal consumo no deben ser sancionados por la presente Ley porque son conductas inofensivas para la seguridad ciudadana.

Sin embargo, la cuestión no está exenta de polémica. Existe una sentencia de la Sala III del Tribunal Supremo, de 28 de septiembre de 1998, que entiende que la tenencia sancionada por la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana es toda tenencia que no esté destinada a los usos permitidos por la Ley 17/1967 de Estupeficientes y que no sea motivo de delito según el Código penal. Esta posición ha sido fuertemente criticada por gran parte de la doctrina fundamentalmente porque el consumo en privado y la tenencia para dicho consumo no afectan al bien jurídico que se dice proteger, la seguridad ciudadana.

En la exposición de motivos de la L.O. 1/1992 se menciona al narcotráfico como fenómeno delictivo preocupante para la seguridad de los ciudadanos. En la práctica, según datos de 1996, de las cerca de 60.000 intervenciones llevadas a cabo por los cuerpos policiales “contra el narcotráfico”, la inmensa mayoría lo fueron contra jóvenes que llevaban pequeñas cantidades de cannabis y/o pastillas (Romaní 1999, 109). Diez años después de la puesta en marcha de la Ley 1/1992 el consumo y el tráfico de cannabis no solo no ha disminuido sino que ha aumentado. Uno de los mayores problemas relacionados con esta ley es la inseguridad jurídica que está creando entre

los consumidores por la aplicación tan desigual de cómo la aplican los diferentes cuerpos policiales en las distintas ciudades y pueblos. Según Barriuso, en la Comunidad Valenciana las sanciones llegan al 27,2 por cada 10.000 habitantes, mientras que en la Comunidad Autónoma de Euskadi es de 0,7, ello significa que depende del lugar de residencia del consumidor, el riesgo de ser sancionado “puede multiplicarse hasta por 50” (Cortes Generales 2001:920).

Como no es posible controlar a todas las personas consumidoras de sustancias ilegalizadas, la represión y la sanción del consumo se suele llevar a cabo de manera selectiva, principalmente sobre “aquéllos que apenas tienen espacios privados donde desarrollar su vida y prácticamente toda su actividad transcurre en espacios públicos” (González Zorrilla 1991:168).

c) Legislación sanitaria

Ley del medicamento

En la Exposición de Motivos de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, se reconoce la importancia de los medicamentos en todo el siglo XX, tanto para cuestiones de prevención como en la lucha contra el dolor y la enfermedad. Al mismo tiempo pone de manifiesto algunos usos que se pueden hacer de los medicamentos: un empleo racional es beneficioso, pero determinados abusos pueden originar graves problemas de salud. En el ámbito de aplicación de la Ley 25/1990, artículo 1º, se regula la fabricación, elaboración, control de calidad, circulación, distribución, régimen de precios, comercialización, información y publicidad, importación, exportación, almacenamiento, prescripción, dispensación, evaluación, autorización y registro de los medicamentos de uso humano y veterinario, así como la ordenación de su uso racional y la intervención de estupefacientes y psicótrópos. Según el artículo 8º de la Ley del Medicamento se entiende por éste, toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que pueden ser administrados a personas o animales con cualquiera de estos fines, aunque se ofrezcan sin explícita referencia a ellos.

Como norma general (artículo 31) los medicamentos sólo serán dispensados con receta y, en el caso de medicamentos estupefacientes y psicótrópicos, se establecen unos requisitos especiales para su prescripción y dispensación. El mismo artículo

permite la autorización de especialidades farmacéuticas sin prescripción facultativa para su dispensación y utilización siempre que vayan destinadas a patologías que no precisen un diagnóstico preciso y, de los datos de su evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no se desprenda la necesidad de prescripción con receta para evitar los riesgos directos o indirectos para la salud de las personas. La receta avala la dispensación de un medicamento bajo prescripción facultativa y según el artículo 85 debe respetar los derechos de los usuarios recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad: respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, no discriminación (por motivos de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical), información sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder, confidencialidad, libre elección entre las opciones que se les ofrezcan, negarse al tratamiento, etc.

Desde la Ley del Medicamento se insiste en la necesidad de un uso racional de los medicamentos y apuesta, como norma general, por su dispensación mediante la receta. Sin embargo, como reconoce la propia Ley, también es posible la adquisición de un medicamento sin receta cuando concurren los supuestos indicados en el párrafo anterior. Entre las conclusiones sacadas de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, la ministra de sanidad, Ana Pastor, destacó que hay una excesiva automedicación¹⁷, probablemente de las más altas de Europa y desde el Ministerio de Sanidad se va a realizar una campaña para fomentar un uso racional de los medicamentos (Pradaños 2003). Determinados usos de la automedicación pueden ser claramente perjudiciales para la salud de los consumidores¹⁸, por el contrario un uso responsable de la automedicación –según la OMS– genera beneficios en el campo personal y en el campo social: a) el alivio o solución de problemas relacionados con la salud se pueden realizar de forma autónoma y complementaria a la labor profesional del facultativo; b) aumento de la autonomía y la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud; c) se contribuye al desahogo del sistema sanitario, muchas veces congestionado por dolencias susceptibles de tratarse de manera autónoma; d) la automedicación es

¹⁷ Se entiende por automedicación el consumo de un medicamento sin receta, bien sea por recomendación de alguna otra persona no facultativa, o bien porque con anterioridad un facultativo se lo prescribió. El fenómeno de la automedicación incluye desde el uso responsable de un medicamento hasta el uso indiscriminado de fármacos.

¹⁸ El mayor parte de medicamentos utilizados para la automedicación son fármacos que necesitan de receta médica y, al no ser utilizados con los criterios que aparecen en el prospecto, se corre el riesgo de sufrir efectos secundarios. Como consecuencia de un mal uso de los antibióticos, España es uno de los países con mayores tasas de resistencia bacteriana (Fundación Grupo Eroski 2002).

una realidad que debe asumirse mediante la información y la educación sanitaria para que pueda realizarse de manera responsable (Fundación Grupo Eroski 2002).

La premisa expuesta en el último punto del anterior apartado –información y educación sanitaria– para la automedicación responsable, cuenta actualmente con más obstáculos de los deseados: muchos profesionales de la salud, conscientes de su labor educativa en cuestiones de salud, encuentran grandes dificultades para llevar dicha filosofía a la práctica, entre otras cuestiones, por el escaso tiempo que se les asigna por cada usuario. Algunos usuarios tras la consulta tienen la sensación de no haberse sentido escuchados lo suficiente y que la relación con el facultativo se limita a unas breves preguntas y a la prescripción de alguna receta, algo muy parecido a lo que hubiera ocurrido si en vez de ir al ambulatorio correspondiente, hubiera ido a la farmacia más cercana, con la ventaja de no tener que desplazarse a la consulta ni tener que esperar.

El recurso a la automedicación no sólo se lleva a cabo mediante sustancias legalizadas, sino también con las ilegalizadas como han puesto de manifiesto Iversen (2001). De la misma opinión es Khantzian (1999) “Siempre he sostenido que los pacientes con TDA [trastornos derivados de la adicción] no se automedican para tratar trastornos psiquiátricos diagnosticables, sino para aliviar estados subjetivos de malestar, falta de armonía y sufrimiento psicológico que pueden estar o no asociados con trastornos psiquiátricos. (...) La perspectiva de la automedicación tiene implicaciones sobre la comprensión y el tratamiento de los TDA y sobre las categorías para reducir el riesgo en el caso de estos trastornos”.

La Ley del Medicamento recoge como sanción grave distribuir o conservar los medicamentos sin observar las condiciones exigidas, así como poner a la venta medicamentos alterados, en malas condiciones, o cuando se haya señalado, pasado el plazo de validez. No obstante, no aparece ningún tipo de sanción por el consumo de medicamentos, aunque este consumo sea perjudicial y tenga efectos secundarios para la salud del consumidor.

La Ley 25/1990 del Medicamento, en su artículo 6º.2, considera medicamento las sustancias o combinaciones de sustancias especialmente calificadas como “productos en fase de investigación clínica”¹⁹ autorizadas para su empleo en ensayos clínicos. La

¹⁹ Es definido en el artículo 8º.11 como “aquel que se destina únicamente a ser utilizado por expertos, calificados por su formación científica y experiencia para la investigación en personas o animales sobre su seguridad y eficacia”.

prescripción de heroína (diacetilmorfina) es una práctica terapéutica que desde hace casi diez años se utiliza en determinados países europeos²⁰, y que se enmarca dentro de la filosofía de la reducción de daños y riesgos, estando especialmente destinados a los usuarios que llevan varios años de dependencia de opiáceos y que no han tenido éxito en otro tipo de terapias. En España, en un primer momento no se pudo llevar a la práctica el proyecto porque la Agencia Española del Medicamento no lo permitió. Recientemente, tras el visto bueno de la Agencia Española del Medicamento a los ensayos con heroína se están llevando a cabo proyectos experimentales de prescripción de Estupefacientes, destinados a la dispensación de heroína –como principio farmacéutico experimental– con fines terapéuticos, tanto en Andalucía como en Cataluña.

El ensayo clínico²¹ aparece regulado en la Ley del Medicamento donde se indican también la necesidad de respetar determinados postulados éticos (artículo 60): respeto a los derechos fundamentales de las personas a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica en la que resultan afectados los seres humanos, respeto al libre consentimiento, etc. En el apartado de infracciones (artículo 108) se prevé como infracción grave el realizar ensayos clínicos sin la previa autorización administrativa y, serán consideradas infracciones muy graves la realización de ensayos clínicos sin ajustarse al contenido de los protocolos en base a los cuales se hayan otorgado las autorizaciones; o bien, sin contar con el consentimiento de la persona sujeto del mismo o, en su caso, de su representante, o el incumplimiento sustancial del deber de información sobre el ensayo clínico en el que participa como sujeto. Como puede observarse, actualmente es posible la dispensación de heroína, siempre y cuando se cumplan las exigencias que aparecen en los correspondientes

²⁰ En 1994 se empezó a dispensar heroína en Zurich (Suiza) a consumidores que no habían tenido éxito con los tratamientos de metadona. Desde el año 2000 se está haciendo lo mismo en Holanda. En el periodo que va desde 1995 hasta la actualidad han participado en el programa de dispensación de heroína de Zurich 1.700 consumidores y ninguno de ellos ha contraído el sida (Méndez 2003).

²¹ Definido en el artículo 59 como toda evaluación experimental de una sustancia o medicamento, a través de su administración o aplicación a seres humanos, orientada hacia algunos de los siguientes fines: a) poner de manifiesto sus efectos farmacodinámicos o recoger datos referentes a su absorción, distribución, metabolismo y excreción en el organismo humano; b) establecer su eficacia para una indicación terapéutica, profiláctica o diagnóstica determinada; c) conocer el perfil de sus reacciones adversas y establecer su seguridad.

protocolos. Entre ellas, a los actuales usuarios de estos programas se les exige: a) mayoría de edad; b) consumidor de opiáceos por vía intravenosa, al menos de dos años de duración; c) consumo inyectado diario; d) varios intentos de tratamiento con metadona u otras experiencias en centros públicos o privados acreditados.

Ley del Medicamento en su artículo 38, apartado 5º, referente al medicamento en investigación, posibilita –excepcionalmente– al Ministerio de Sanidad y Consumo, la concesión de autorización, en determinadas condiciones, para la prescripción y aplicación de medicamentos en investigación a pacientes no incluidos en un ensayo clínico, cuando el médico, bajo su responsabilidad y con el consentimiento expreso del paciente, considere indispensable tratarles con ellos y justifique ante la autoridad sanitaria los motivos por los que decide tal tratamiento. Por medio del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, en su artículo 23 hace referencia al uso compasivo en los siguientes términos: “Se entiende por uso compasivo la utilización, en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de productos en fase de investigación clínica, o también la utilización de especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su utilización”. Los requisitos para la utilización del uso compasivo son: a) consentimiento informado, por escrito, del paciente o de su representante legal; b) informe clínico donde el facultativo justifique la necesidad de tratamiento; c) conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento; d) autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para cada caso concreto. También se exige que el compromiso por parte del médico responsable de informar a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de los resultados del tratamiento y de los acontecimientos adversos que puedan ser debidos al mismo.

El uso compasivo de opiáceos, al enmarcarse dentro de un proyecto científico de carácter preventivo y de salud pública, es un ensayo clínico que se acomoda al principio de legalidad de la Ley 17/1967 sobre Estupefacientes y demás legislación vigente, entre ellas la Ley 15/1990 del Medicamento. Actualmente el uso compasivo de medicamentos agonistas, incluyendo las propias sustancias que hubiesen generado la adicción aparece recogida, tanto en el preámbulo como en el articulado, de la Ley 4/2002, de 18 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se modifica la Ley

3/1997, de 16 de junio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos²². El uso compasivo amplía la posibilidad de prescribir opiáceos a personas que hayan participado en Proyectos Experimentales de Prescripción de Estupefacientes una vez finalizados los ensayos, en caso de no aprobarse el uso de opiáceos para ese tipo de consumidores.

En el periodo de tiempo transcurrido entre la terminación de la presente investigación y su depósito en la imprenta, concretamente el 23 de abril de 2004, el pleno del Parlamento Vasco aprobó por unanimidad de los grupos parlamentarios una proposición no de ley relativa al uso terapéutico y uso compasivo de la heroína en los siguientes términos:

“1. El Parlamento Vasco, valorando la evidencia científica reunida en otros países sobre la viabilidad y efectividad de los programas de prescripción controlada de heroína, insta al Gobierno central a aprobar el uso terapéutico de esta sustancia en función de los resultados de los ensayos clínicos que se están llevando a cabo en el Estado, bajo riguroso control clínico y para los consumidores de la misma que hayan experimentado un fracaso terapéutico en programas de mantenimiento con metadona o análogos, o en programas libres de drogas.

2. El Parlamento Vasco, ante la realización en el Estado de diversos ensayos clínicos con heroína, insta al Gobierno central, mientras éste no proceda a lo señalado en el punto anterior, a autorizar la dispensación terapéutica de esta sustancia en los casos más graves que lo requieran al margen de los referidos ensayos clínicos, utilizan-

²² Preámbulo: (...) El compromiso de fomentar los tratamientos con agonistas, fueran éstos cuales fueran, y aunque fuese preciso recurrir al uso compasivo previsto en el Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, define claramente esta posición. En este aspecto, la controversia surgida en años anteriores parece estar superada gracias a las actuaciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a favor de la investigación sobre este tipo de tratamientos. En esta línea, la Generalitat Valenciana exigirá el estricto cumplimiento de la normativa científica como fase previa a su decidido apoyo en la posterior dispensación de estos fármacos.

Articulado: (...) 3. Se añade un nuevo apartado, 7, al artículo 11 de la Ley 3/1997, con el siguiente texto:

"7. En aquellos casos en los que las acciones previstas en el apartado anterior no obtuvieran efectos positivos para el paciente, la Generalitat Valenciana, mediante recursos asistenciales propios, fomentará el uso compasivo de medicamentos agonistas, incluyendo las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, en las condiciones y con las garantías previstas en el artículo 23 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Para ello será imprescindible que exista evidencia científica de su utilidad terapéutica, constatada por los organismos internacionales competentes, y ensayos clínicos favorables realizados en muestras españolas, así como las demás autorizaciones que fuesen preceptivas".

do para ello la figura del 'uso compasivo' contemplada en el artículo 23 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

3. En el caso de que exista autorización del Estado para la puesta en marcha de las iniciativas anteriormente expuestas, el Parlamento Vasco insta al Gobierno a la realización de la guía clínica de las actuaciones biopsicosociales recogidas como recomendación para los programas de dispensación terapéutica de heroína del informe del propio Gobierno presentado ante el Parlamento Vasco por la Comisión Mixta Sanidad-Drogodependencias".

d) Normativa en materia de metadona

La utilización de opiáceos en cuestiones terapéuticas no es algo novedoso. La metadona, un derivado sintético del opio que se caracteriza, entre otras cuestiones, por tener una vida media dentro del cuerpo bastante superior a la heroína y por consumirse oralmente (Soriano 2001), es un claro ejemplo. Cuando comenzó su prescripción a consumidores de opiáceos, cosechó fuertes críticas (desde diversos sectores de profesionales de la salud, asociaciones,...) por considerarla un mero sustitutivo que no solucionaba los problemas de los consumidores. Algo más de dos décadas después, está plenamente reconocida su labor terapéutica y preventiva a través de "cantidad de trabajos científicos" (Del Río 1999:157). Las críticas que actualmente se realizan a los programas de mantenimiento con metadona se sintetizan en: a) necesidad de mejorar su evaluación; b) importancia de incrementar el apoyo psicológico, humano, social y laboral al consumidor; c) prevenir mejor los embarazos de mujeres en tratamiento con metadona, por los efectos que puede tener en el feto, y d) evitar la excesiva medicalización y psiquiatrización de los programas. Tras estas críticas, Gracia (1999:262) recalca como conclusión final que "los programas de ayuda a drogodependientes no pueden consistir solamente en evitar la compraventa clandestina del producto o en dispensarles sustancias alternativas. Y ello porque no se trata ni primaria ni exclusivamente de un problema penal y policial, ni médico-psiquiátrico. El tema de la droga es muy complejo, y en él intervienen muchos factores, sobre todo sociales, laborales, culturales y humanos. Los programas de ayuda deberían contemplar todas estas dimensiones, y no limitarse a la simple dispensación de drogas sustitutorias o de fármacos".

El análisis de la evolución de la legislación respecto a la metadona es un claro ejemplo de la influencia de la política prohibicionista en asuntos terapéuticos. Como han puesto de manifiesto Barbero Gutiérrez (1999 y 2001) y Martí Carrasco (1999),

se pueden destacar claramente tres etapas en el desarrollo de la legislación en esta materia:

a) Etapa inicial (1980-1985): Por medio de la Orden Ministerial de 1983, la metadona puede ser utilizada para la deshabituación, pero no para el mantenimiento. Se observa, entre otras cuestiones, prescripciones muy diferentes de la sustancia y una preocupación social por el mercado ilegal de metadona²³. La Orden Ministerial y resolución de la Dirección General de Salud Pública de 1985 fue un intento de querer controlar el mercado ilegal creado en torno a la metadona, se caracterizó facilitar la fijación de criterios terapéuticos y por poner unas fuertes limitaciones. Como consecuencia, al año siguiente, hubo una gran disminución en el número de usuarios.

b) Etapa intermedia (1986-1990): Se da una situación de cierta confrontación entre las reiteradas críticas de sectores determinados (algunos sectores de profesionales de la salud y familiares con personas afectadas) hacia los tratamientos con sustitutivos y quienes propugnan (otros sectores profesionales y también otro tipo de asociaciones) este tipo de alternativas como un recurso importante para afrontar la cada vez más preocupante situación del aumento de personas diagnosticadas de Sida. Barbero Gutiérrez (1999:201) observa en esta época una “desresponsabilización social (es un problema de otros) es la constante, sin respuesta ciudadana amplia y consistente, tan sólo marginal y por sectores muy directamente afectados”. En 1990 se aprueba un Real Decreto donde se justifica la utilización de la metadona por el problema del Sida.

c) Última etapa (1991-1996): El Real Decreto de 1990 sobre metadona se desarrolla de manera diferente en las diversas comunidades autónomas porque posibilita a éstas una mayor maniobrabilidad, por ejemplo, pueden optar por incluir en los programas de mantenimiento con metadona a usuarios que no tengan el Sida. El Real Decreto de 1996 se caracteriza por una mayor flexibilidad de las exigencias: se afirma la potencialidad preventiva de este tipo de tratamientos, que pueden realizarlos también médicos particulares y no se exige ser seropositivo ni tampoco haber optado al menos a otro tratamiento ante de acceder estos programas.

Pese a las constantes críticas a los programas de mantenimiento con metadona, éstos han adquirido una gran importancia entre las alternativas terapéuticas y, desde

²³ La metadona era también consumida por algunos usuarios de heroína cuando no disponían de ésta sustancia. La falsificación de las recetas y la venta y/o suministro de metadona por quienes estaban en los programas de mantenimiento eran algunos de los modos de obtener metadona en caso de escasez de heroína.

su implantación, el número de usuarios ha experimentado un aumento significativo: En 1990 estaban en tratamiento unas 3.000 personas, en 1995 se acercaban a las 29.000 y en 1999, eran más de 72.000²⁴ (De la Fuente et. alt:2001).

e) Otras legislaciones

La regulación del consumo de alcohol y tabaco aparece recogida en diferentes leyes, reales decretos y hasta en ordenanzas municipales. El consumo de estas sustancias, pese a los efectos que tiene sobre la salud, no sólo no está prohibido a las personas mayores de edad sino que muchas veces está promocionado este consumo tanto por la empresa privada como por instituciones públicas (Arana y Vega 1998). Diversas legislaciones estatales y autonómicas, limitan su uso en función de la edad del consumidor, del trabajo que desempeña o del lugar donde se encuentre. Dentro de la legislación estatal se limita a los menores de 16 años la venta o la entrega de tabaco²⁵ y en el caso del alcohol varía entre los 16 y los 18 años²⁶.

En la legislación de las diversas comunidades autonómicas con competencias en la materia no existe un criterio común donde se determine la edad de prohibición del consumo de alcohol a menores. Mientras que algunas comunidades la sitúan en los 16 años (Galicia, Comunidad Valenciana y Castilla y León), la Comunidad Autónoma Vasca, según la Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, prohíbe la venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años (artículo 20). En el artículo siguiente también prohíbe la venta y suministro de tabaco a los menores de edad. Existe una voluntad expresada en las diversas legislaciones (estatal y autonómicas) de prohibir la venta o el suministro de alcohol y tabaco a menores aunque las diferentes legislaciones no hay unanimidad sobre la edad.

²⁴ En estas cifras no están incluidos los usuarios que optaron a tratamiento con metadona en la cárcel.

²⁵ Artículo 5.1 del Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población. De igual modo, artículo 3 del Real Decreto 709/1982, de 5 de marzo, sobre publicidad y consumo de tabaco.

²⁶ El Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el reglamento general de policía de espectáculos públicos y actividades recreativas, en su artículo 60.2 proclama que a los menores de 16 años que accedan a los establecimientos, espectáculos, etc.,..., no se les podrá dispensar ni se les permitirá consumir ningún tipo de bebida alcohólica.

El artículo 11.a de la Ordenanza Reguladora del uso indebido de bebidas alcohólicas propuesta por la Federación Española de Municipios y Provincias, prohíbe la venta de alcohol a los menores de 18 años.

En el caso del alcohol, aparte de la prohibición descrita, en los demás supuestos se aprecia unas limitaciones específicas que vienen condicionadas, en la Comunidad Autónoma Vasca por: a) ser determinados profesionales en el ejercicio de su profesión (conductores de vehículos de servicio público, personal sanitario, personal docente con alumnado menores de 18 años, miembros de cuerpos de seguridad y demás profesionales que por el desempeño de sus funciones porten armas de fuego y, en general, todas aquellas situaciones en que el consumo de bebidas alcohólicas pudieran poner en riesgo o causar un daño contra la vida o la integridad física de sí mismas o de terceras personas; b) el modo en que se venden (máquinas automáticas que no estén en establecimientos cerrados y a la vista de la persona encargada) y c) el lugar donde se vende (locales y centros destinados por la actividad que se ofrece o realiza preferentemente a menores de 18, dependencias de las Administraciones Públicas y estaciones, áreas de servicio y establecimientos hosteleros de autovías y autopistas).

El tabaco, dentro de la Comunidad Autónoma Vasca, aparte de la prohibición de la venta o suministro a menores de 18 años, también tiene otra serie de limitaciones como son: a) el modo en que se venden (máquinas automáticas que no se encuentren en establecimientos cerrados y a la vista de una persona encargada) y b) lugar donde se vende (centros sanitarios, centros y dependencias donde se imparta enseñanza a alumnos menores de 18 años, instalaciones deportivas y centros y locales que por las actividades y servicios que ofrecen sean frecuentados preferentemente por menores de 18 años).

En resumen, socialmente coexisten diferentes tipos de drogas, de consumos y de respuestas legales a los mismos, que abarcan desde la prohibición hasta los usos normalizados. La mayor o menor sanción de los diversos consumos no está en relación con los efectos que las sustancias producen sobre la salud de las personas.

El consumo de sustancias ilegalizadas no está sancionado penalmente pero sí administrativamente, cuando dicho consumo se realiza en público. A pesar de ser necesaria la prescripción facultativa para poder adquirir un importante número de fármacos²⁷, nos encontramos ante un fenómeno de automedicación importante que tiene una alta aceptación social. Más que la automedicación, lo que preocupa es una

²⁷ El abuso de medicamentos produce yatrogenia (lesiones originadas por el consumo de los propios medicamentos) y supone el 20% de las enfermedades (Markez, Gurrutxaga y Barrios 1987:76).

automedicación irresponsable. Incluso la Organización Mundial de la Salud es partidaria de un uso responsable de la automedicación.

Determinadas sustancias sobre las que no hace muchos años se construyó una alarma social, por ejemplo la heroína, actualmente se dispensan como medicamento en el contexto de uso clínico experimental y uso compasivo. La metadona es otro ejemplo de los cambios acontecidos en la percepción social de determinadas sustancias y en su evolución terapéutica: en un primer momento, pese a la experiencia positiva en otros países, la metadona sólo podía utilizarse en labores de deshabituación y no de mantenimiento. Actualmente es posible utilizarlo incluso con potencialidad preventiva. Tras este tipo de experiencias y aplicaciones, no se observan impedimentos para no dar pasos con la intención de investigar y posibilitar el uso terapéutico del cannabis y sus derivados. Como comentaba con sorpresa una consumidora de cannabis para calmar determinados síntomas provenientes de la quimioterapia a la que es sometida: “A mí me han dado morfina sin ningún tipo de problema y, sin embargo, a la hora de llevar los efectos secundarios de un tratamiento resulta que sea ilegal consumir [cannabis]. No termino de entender cuando, en teoría, se supone que la morfina es muchísimo más fuerte,(...), no entiendo porqué para unas cosas sí y para otras no” (Grupo de Discusión de Consumidores: Consumidora de cannabis por motivos terapéuticos).

Las drogas que directamente o indirectamente producen más daños a la salud –alcohol y tabaco– son las que disponen de menos limitaciones y, por tanto, las más fáciles de conseguir. Su consumo se promociona desde la empresa privada y desde determinadas instituciones, en base a la libertad de empresa, la libertad de elección, arraigo cultural, etc. Generalmente la prohibición de venta y consumo afecta a menores de edad y, en los demás casos se regula la limitación de los consumos a determinados profesionales –mientras se encuentran prestando un determinado servicio– y a determinados lugares. La prohibición de venta y consumo a menores de alcohol y tabaco suele ser burlada con bastante más facilidad de la deseada por los menores, entre otras cuestiones, por la imaginación desarrollada por éstos para superar las trabas impuestas por la legislación, y porque no se persiguen con el mismo celo este tipo de infracciones que cuando se trata de sustancias ilegalizadas.

Si el consumo de drogas (legalizadas e ilegalizadas) es hoy una realidad incuestionable, quizás deberíamos aceptar dicho consumo como algo intrínseco a esta sociedad y, por tanto, más que insistir en su prohibición, deberíamos optar por “educar para un uso responsable” de las sustancias (Colom 2001:57), algo que muchos

consumidores lo ponen en práctica desde su cotidianidad. No cabe duda que este objetivo es muy difícil de conseguir cuando un número importante de consumidores vive en una situación de inseguridad jurídica por el mero hecho de consumir una determinada sustancia.

En el párrafo anterior se ha mencionado el educar para un uso responsable, pero ¿qué se entiende por uso o consumo responsable de drogas? Un miembro del Grupo de Discusión de Consumidores lo definía de la siguiente manera: “Pues yo me refiero a un consumo que no interfiera en tu vida, no sé si en tu vida, pero sí en tus capacidades, en tus potencialidades, me refiero interferir hasta un punto de que te anule la responsabilidad de ir a trabajar, de responder de manera normal y satisfactoria a tus necesidades afectivas, (...) de la gente que te rodea y que no puedas realizar tus actividades, que te impidan desarrollarte, en todos los sentidos como persona.

Esta sería la consecuencia, un uso responsable partiría de la conciencia personal de cada uno. Primero saber qué va a consumir y en qué condiciones está lo que va a consumir, qué consecuencias físicas y psicológicas se pueden derivar de las diferentes posibilidades de consumo que presenta esa sustancia y es evidente que si tú estás informado de todos esos aspectos, si sabes, o sea, si buscas esa información, o si te la dan, es evidente que tu capacidad de decisión varía con respecto al consumo”. Un uso responsable significa que quien consume una sustancia asume las consecuencias de ese uso, es decir, asume los efectos sobre su salud y sobre las secuelas que pudiera dejar en su entorno.

Si la demanda de este tipo de sustancias va a continuar, más que negar el uso de drogas ilegalizadas a quienes las consumen, quizás habría que demandar de los consumidores un uso responsable de las mismas, porque “exigir que los consumidores de drogas recreativas muestren su moderación sobre el tiempo, el lugar y la cantidad de su consumo no es exigir lo imposible” (Husak 2001:319). Para Erickson (1995:128) el uso responsable “puede significar no uso en algunas situaciones o para algunas personas y uso moderado en otros contextos”. Teóricamente estas cuestiones aparecen también recogidas en la revisión histórica de los programas de prevención de las drogodependencias en España, donde “se asume que vivimos en una sociedad en la que existe, y siempre va a existir, una disponibilidad de sustancias susceptibles de crear dependencia, por lo que se promueve que los individuos sean formados para vivir en esta realidad decidiendo responsablemente y libremente no consumirlas o, en caso de hacerlo, mantener su uso dentro de unos parámetros (tipo,

dosis, frecuencia, oportunidad) que eliminen o minimicen el daño causado a sí mismos o a otras personas (consideradas individual o colectivamente)” (Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1997:41). La práctica, como demuestran los diversos datos aportados en la presente investigación, no concuerda con las políticas que desde el Plan Nacional sobre Drogas se implementan con los consumidores de drogas.

También se hace referencia al uso responsable en la publicidad de bebidas alcohólicas de cierta graduación donde, por imperativo legal puede leerse la siguiente frase: “Bebe con moderación. Es tu responsabilidad”. En un anuncio de brandy²⁸, tras poner la graduación alcohólica del mismo, se hace la siguiente pregunta: “¿Cuándo es moderación?”. A continuación señala: “La OMS acepta un consumo máximo diario de 30 grs. de alcohol en los hombre y 20 grs. en las mujeres. Una copa de brandy equivale a 20 grs. de alcohol”. No es objeto de la presente investigación entrar en discusión sobre la validez científica de esta afirmación, pero sí se puede aseverar que, por lo menos en el campo de las drogas legales, hay un intento de educar a las personas consumidoras en un uso responsable. Extender estos mismos criterios a los consumidores de otras sustancias puede ser de gran ayuda para evitar muchos de los efectos secundarios que padecen los consumidores de drogas ilegalizadas.

Si se cree posible influir –por medio de la prevención y la educación en la salud– en los consumidores de alcohol, tabaco y fármacos para que cambien sus hábitos hacia consumos más saludables –algo que se está consiguiendo–, ¿por qué no se puede adoptar la misma política respecto a los consumos de sustancias hoy en día ilegalizadas? Como señala José Prieto –catedrático de Microbiología de la Universidad Complutense de Madrid–, “las soluciones coercitivas nunca serán definitivas si no fomentan iniciativas educativas” (Ramírez de Castro 2003: 4-5).

²⁸ Publicidad de Torres 10 (El Semanal 841, 21-27 de diciembre de 2003, p.75).

i
tx

n
o

f
s

o
t

r
e

m
n

e
a

Parte II

Parte II

Parte II



I. EL CONSUMO DE DROGAS EN UN ESTADO SOCIAL Y DEMOCRÁTICO DE DERECHO

I.1. Problemas del consumo de drogas (usos, usos problemáticos, ilegalidad,...)

Todo acto de consumo implica un riesgo: al comprar una bolsa de naranjas o unos yogures, ya sea en un mercadillo o en un gran centro comercial, no tenemos una certeza al cien por cien de que dichos productos estén en buenas condiciones. De hecho, más de una vez en una bolsa de naranjas aparece alguna podrida. Sin embargo, existen medios para poder reclamar cuando un producto no está en las condiciones sanitarias adecuadas o cuando no reúnen las condiciones detalladas en la etiqueta o en contrato. De alguna manera, “el mercado siempre entrañará riesgos. Sin embargo, unos riesgos limitados y calculados de forma clara no disuaden al consumidor que actúa con la adecuada precaución. Es lo desconocido lo que genera miedo y parálisis” (Lawlor 1988:25).

El mercado de drogas legalizadas (alcohol, café, tabaco, fármacos,...) dispone de una regulación específica para garantizar que llegue en condiciones adecuadas a los destinatarios finales. Por ejemplo, si en la etiqueta de una botella de vino aparece la referencia “Rioja, reserva de 1998”, se garantiza que es de denominación de origen rioja, que es de la cosecha de ese año y que ha estado en una bodega de roble el tiempo suficiente para denominarlo reserva. El café y el tabaco también disponen de su correspondiente etiquetamiento para poder distinguir su calidad. En el caso de los fármacos, éstos disponen de un prospecto donde, entre otras cosas, se indica su composición, posología terapéutica y las posibles contraindicaciones.

La legislación en vigor respecto a las drogas legalizadas, trata de garantizar la calidad de las sustancias y de sugerir al potencial consumidor un uso responsable. Sin

embargo no todo el mundo que consume drogas legalizadas hace un uso responsable de las mismas: así, “se estima que el 10% de los ingresos hospitalarios está provocado por la utilización indebida de medicamentos” (Ramírez de Castro 2003:4-5), el tabaco, sustancia utilizada por 60 millones de personas, produce la muerte de 390.000 personas al año, o lo que es lo mismo, 650 personas de cada 100.000 usuarias (Moon 2000) y, en el caso del alcohol, sólo en el Estado español, un 10% de la población lleva a cabo “un consumo abusivo de alcohol, (...) problema que en España ha generado en el último año un coste social global de un billón de pesetas” (F. De la Villa, presidente de la Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados de España, El Diario Vasco [Edición electrónica], Viernes, 27-8-99, Sociedad). Las consecuencias relacionadas con el alcohol no se reducen sólo a aspectos de salud de los propios consumidores sino que también tienen fuerte incidencia en los accidentes de tráfico, en los accidentes laborales y en cuestiones de violencia doméstica.

De los datos expuestos se deduce que determinados consumos de alcohol, tabaco y fármacos, pese a disponer de una legislación que garantiza su calidad, también tienen sus riesgos y sus efectos nocivos para los propios consumidores. Las consecuencias negativas del consumo de alcohol, tabaco y fármacos, entran dentro de los riesgos asumidos socialmente, digámoslo, con cierta naturalidad. De lo contrario, sería muy difícil de entender el diferente rasero con que se miden los efectos negativos de las sustancias legalizadas y las ilegalizadas.

En las drogas ilegalizadas, además de los efectos primarios (consecuencia directa de los diferentes consumos), hay otra serie de problemas muy importantes derivados de su condición de ilegalidad (efectos secundarios) como han puesto de manifiesto tanto en el Grupo de Discusión de Consumidores “... porque el hecho de que sea ilegal te plantea un montón de problemas”, como en el Grupo de Discusión Socio-sanitario: “yo creo que el principal problema que tienen las sustancias es que son ilegales (...) la ilegalidad y luego lo que esa situación de ilegalidad genera, a nivel de desinformación, a todos los niveles: de sustancias, de tener que comprarlas en un mercado ilícito, de estigmatización social. Al estar consumiendo algo ilegal, algo que incluso los propios consumidores, muchos lo tienen asumido, que están haciendo algo malo, o sea, sensación de culpabilidad”.

Falta de información

Para garantizar una adecuada protección de las personas consumidoras es fundamental el disponer de una información veraz, en virtud de la cual poder optar a un determinado consumo o no. En el campo de las drogas legalizadas la información

viene dada tanto en la promoción de los productos como en su propio etiquetado. En el caso de las drogas ilegalizadas la falta de información supone un riesgo añadido al propio consumo. Al ser un mercado ilícito, sin ningún tipo de regulación legal, nadie garantiza ni el grado de pureza ni el grado de adulteración de la misma. De igual modo, un largo proceso de desinformación y distorsión sobre los peligros de determinadas drogas –muchas veces presentadas como si fueran labores de prevención– ha vuelto escépticas a las personas consumidoras de drogas acerca de la exactitud de las advertencias. Como consecuencia, gran parte de la información que reciben es por medio de otros consumidores (Linnel 2000). La propia ilegalidad impide una adecuada transmisión de la información y abre la puerta a unos consumos de mayor riesgo para las personas consumidoras.

Otras veces, no ha sido tanto la falta de información sino el empleo de una información sesgada basada en estereotipos negativos y estigmatizadores de las personas consumidoras. Baratta (1989:80-87) recalca que el sistema informativo-educativo, “en no pocas acciones llevadas a cabo en el marco escolar o a través de los medios de publicidad, se ha manifestado el límite estructural de una metodología educativa basada exclusivamente en el estereotipo negativo de las drogas y sus consecuencias, dominado simbólicamente por la criminalización, en vez de serlo en contenidos y proyectos positivos”.

Estigmatización

Aunque el uso o consumo de drogas por personas adultas es una parte de su vida privada, en la actualidad dicho uso o consumo soporta los efectos de la prohibición y del estigma social. Históricamente determinados consumos de drogas se han considerado no acordes con los valores dominantes y, por tanto, han sido juzgados como inmorales. Romaní (1999:153) subraya cómo “el campo de las drogas es una de estas zonas de la vida social que están estigmatizadas, a través de la construcción social del ‘problema de la droga’. Es evidente que esta estigmatización es también contextual y que puede tener diversos grados, desde que se trate de drogas institucionalizadas o no institucionalizadas, hasta cuál sea el ambiente que consideremos a nivel microsocioal”. La estigmatización social dio lugar a la estigmatización legal y supone una marginación de las personas consumidoras y, consecuentemente, una dificultad añadida para llevar a cabo labores de prevención y de consumos responsables. Colabora decisivamente a que las personas consumidoras no tengan conciencia de sus derechos y a sentirse culpables de sus consumos: Como interpela una de las personas participantes en el Grupo de Discusión Socio-Sanitario, “¿Y tu crees que tienen sensación

de derechos cuando están absolutamente fuera de la ley? Yo creo que no”. Otro de los participantes en el mismo Grupo de Discusión manifiesta: “... tienen muy interiorizada la sensación de culpabilidad, de que están haciendo algo ilegal, malo, dañino,...., es el típico ejemplo que no le aconsejaría a su hijo (...). Hay gente que lo prueba en determinadas etapas de su vida y que luego, pasada esa etapa, les oyes hablar y pueden tener un mensaje y un discurso con el tema de las drogas muy, muy carca”.

Tras la ilegalización de determinadas sustancias, sectores importantes de las personas consumidoras han experimentado el “entrar en un mundo marginal, de exclusión, de ilegalidad, en el que resulta mucho más difícil a veces pedir ayuda que en otros temas de enfermedades normales o de dependencias más asumidas socialmente” (Participante en el Grupo de Discusión Socio-Jurídico). Algunas personas consumidoras de drogas ilegalizadas sufren procesos de marginación por el mero hecho de consumir ese tipo de sustancias:

(Exconsumidora de opiáceos) – Yo conozco una persona, en concreto que se va a morir porque no le van a transplantarle el hígado porque es una persona (...) en estos momentos está en rehabilitación, era consumidor de heroína, y necesita un trasplante de hígado y en el hospital le han dicho que no se lo van a hacer.

(...) Y se va a morir porque no le van a transplantar el hígado y en estos momentos está intentando dejar la heroína pero bueno, hasta ese momento era heroinómano. Simplemente por eso, y la respuesta del médico fue que los consumidores de drogas no entráis en listas de espera para trasplantes.²⁹

(Voluntario en programa de testado de sustancias): – Yo, hace poco, acompañé a una amiga [al hospital] con un cólico al riñón y, en el momento que ella dijo que había consumido speed, etc., el trato fue totalmente diferente.

Pese a la tendencia generalizada de culpabilizar y castigar a todas aquellas personas que no comparten nuestro sistema de valores, el consumo de drogas “no priva del respeto debido a todos y cada uno de los seres humanos” (Gracia Guillén 1999:255). El mismo autor reconoce que a determinados consumidores de drogas ilegalizadas se les sigue viendo como seres humanos que han perdido su condición de tal y que por tanto, no merecen más que castigo y desprecio. En esta misma línea Moon (2000:309-312) considera que la política prohibicionista viola el principio de

²⁹ El Grupo de Discusión de Personas Consumidoras se realizó el 22 de julio de 2003. Con posterioridad a esa fecha, se admiten en la lista de espera para trasplante de hígado a personas consumidoras de opiáceos.

legitimidad democrática porque, entre otras cuestiones “al castigar a los consumidores les niega el respeto que les debemos como seres humanos e impone pesados costos a los miembros de la sociedad menos favorecidos por la fortuna”.

Los efectos sancionatorios suelen hacer mucho más daño a las personas más vulnerables. La legislación en materia de drogas se caracteriza por ser una legislación simbólica. En palabras de Moon (2000:327-329) “la ley funciona simbólicamente para definir cuál comportamiento y qué valores asociados a ese comportamiento son aceptables. Al hacerlo así, también define cuáles grupos y subculturas son aceptables, estableciendo una relación de dominio entre grupos de la sociedad, fundada sobre su aceptación (al menos aparentemente) de esas normas. Los grupos a quienes se asocia con las violaciones de las normas son estigmatizados como anormales y son vistos como amenazas a los valores legítimos o como sujetos de conmiseración, dignos de ser sometidos a programas diseñados para ayudarlos a corregir sus prácticas anormales”. Este mismo autor, también subraya que la legislación no sólo da expresión simbólica a una jerarquía social sino que consigue un aislamiento y se basa en lo que Carson llama un “sistema de amplificación de desvíos” para afirmar que por medio de éstos, “los individuos que violan las normas establecidas son aislados de la comunidad y terminan viéndose a sí mismos como desviados y, por tanto, terminan comportándose de una manera aún más desviada”. De esta manera nos adentramos un terreno resbaladizo del que es muy complicado salir indemne: cuanto más vulnerable es una persona, mayor riesgo de exclusión tiene y son precisamente las personas excluidas socialmente las que llevan a cabo más prácticas de riesgo relacionadas con el fenómeno social de las drogas.

Desde esta perspectiva, la legislación en materia de drogas no es neutra sino que claramente estigmatizadora para los propios consumidores, sobre todo de las personas dependientes con cuestiones pendientes con la Administración de Justicia. Varias personas participantes en el Grupo de Discusión Socio-Jurídico exponían entre las cuestiones estigmatizadoras el propio marco legal:

(Juez) –Incluso partiendo de la premisa que se opta por la política de la criminalización, (...) se acerca al Código Penal y ve el tratamiento concreto dentro del marco de la criminalización que se da al tema del tráfico de drogas, se va a encontrar con una penas medias, unas penas de una duración aproximadamente desproporcionada. (...) Si luego los conjugamos con las políticas de suspensión de ejecución de penas que son las que posibilitan el tratamiento de deshabitación o de mantenimiento nos damos cuenta que en el caso por ejemplo de que cause daño a la salud, la mera realización

de un acto de trapicheo, de una persona con un perfil en sí mismo, bueno evidentemente, representa una gravedad limitada pues nos damos cuenta que la pena mínima sería tres años³⁰ y entonces con eso lo que estamos diciendo es que no cabe opción de política de sustitución o de suspensión.

(...) El echar por tierra cualquier posibilidad de opción, el entorno judicial obliga además a hacer planteamientos tremendamente discutibles porque uno se enfrenta a realidades de personas jóvenes, gente con trapicheo en el que se da cuenta evidentemente, la pena mínima va a imposibilitar cualquier política de suspensión y la única opción que le queda es la opción de indulto, que tampoco la puede articular en base a la falta de proporcionalidad del derecho y la pena, porque parece que esa es ya una opción legal por decirlo de alguna forma y parece que uno está cuestionando desde un plano jurisdiccional una opción legal y entonces tiene que ir por la puerta de atrás y centrarse mucho más ya en el perfil subjetivo de la persona, edad, contornos, estructuras familiares, que en cierta manera pudieran justificar que en el caso concreto se pueda suspender o intentar por lo menos la opción de que haya un indulto parcial que rebaje la pena por debajo de los tres años y posibilite ya la entrada en juego de las políticas de suspensión o de sustitución de la pena de prisión.

(Fiscal) – Comentabas que para buscar una solución frente a la dureza de la ley tienes que buscar soluciones falsas por la puerta de atrás, o atenuantes que te inventas, lo cual lleva también no a la disparidad sino que, a lo mejor, en un sitio te juzgan de una forma y en otro sitio te juzgan de otra forma completamente distinta.

(Miembro del Equipo del Ararteko) – Existe un desproporcionado castigo a todo el tema de la drogadicción, esta cuestión tiene repercusiones negativas en el tratamiento de los temas que estamos hablando y ha tenido el efecto perverso y negativo en todo el derecho penal, yo creo que como ese ha sido el demonio de nuestra época y sobre el que se ha querido volcar toda la fuerza de una forma, bajo mi punto de vista, bastante irracional del derecho penal, lo que ha hecho es abrir la puerta a una serie de renunciaciones a principios básicos del derecho penal como el principio de legalidad o de precisión de la respuesta.

(...) Esta política de drogas de criminalización, genera riesgos derivados sólo del tema de que sea un mundo, eso ilegal, prohibido y, por tanto, genera en sí mismo problemas nuevos, que no existirían si estuviese regulado de otra forma y, entre esos efec-

³⁰ El Grupo de Discusión Socio-Jurídico se realizó el 13 de septiembre de 2003. Con posterioridad a esa fecha, mediante la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, se reformó, entre otros, el apartado 1 del artículo 87 del Código penal, en virtud del cual el tiempo se amplía a cinco años.

tos, en gran modo vacía de contenido los intentos que todavía son pocos, pero que está poniendo de moda la política de reducción de riesgos, toda esa política que de alguna forma habría que avanzar bastante por ahí, al movernos en un ámbito de lo ilícito, de lo clandestino. (...) Otro tema hablando de las contradicciones, hablamos de unas penas bestiales pero, al ver el caso concreto, tienes que buscar subterfugios, subterfugios y caminos, que no siempre son iguales para todos, depende de muchas cosas, de la información que tenga el abogado, la familia, etc. (...) El tratamiento en prisión supone una gran contradicción porque al enorme porcentaje de personas que se les condena por este tipo de delito, en teoría, no hay drogas y es el sitio donde más drogas hay, además con un claro efecto funcional de la droga para que la prisión siga funcionando, porque sino explotaría.

La desproporción de las penas, ha sido considerada uno de los elementos más estigmatizadores de la actual política criminal en materia de drogas porque supone un obstáculo –muchas veces insalvable– a la hora de suspender la ejecución de las penas para posibilitar el tratamiento o la inserción de las personas drogodependientes. Es la parte perversa de la legislación en materia de drogas ante la cual, en algunas ocasiones, operadores jurídicos intentan buscar una salida personal que mitigue los efectos siniestros de la legislación. Esfuerzos ímprobos no exentos de una fuerte inseguridad jurídica. La ley 15/2003, de 25 de noviembre, que reforma entre otros artículos, el artículo 87 del Código penal, donde se permite la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad hasta cinco años, es a todas luces insuficiente para afrontar la situación en la que se encuentran muchos consumidores de sustancias ilegales.

I.2. La protección-desprotección de las personas consumidoras de drogas

Se ha señalado anteriormente que la estigmatización de los consumidores ha supuesto, entre otras cuestiones, no tener conciencia de todos sus derechos. En la práctica, el consumo de determinadas drogas “priva a los consumidores más desestructurados de sus derechos civiles. Obligándoles por falta de recursos a los que puedan asistir y viéndose durmiendo en la calle sin sus necesidades de alimentación, higiene, sanitarias, jurídicas, etc. Estos usuarios son frecuentemente rechazados y no atendidos en los servicios... de atención” (Montalvo 2001:76).

Un ejemplo claro del rechazo que sufren este tipo de usuarios es el problema que algunos de ellos tienen para poder empadronarse en determinados municipios. Los obstáculos que se encuentran para empadronarse suponen no tener derecho a

ayudas sociales que cualquier otro ciudadano empadronado tendría. Otros casos de desprotección de algunas personas consumidoras ha sido expuesto en el Grupo de Discusión Socio-Jurídico:

(Miembro del equipo del Ararteko) – Yo creo porque en estos temas como en muchos otros hay que introducir un poco lo de la perspectiva de género y distinguir problemas de hombres y mujeres, porque no siempre son los mismos, a veces miramos el colectivo como si fuese algo abstracto y luego es mentira en la vida real los problemas son diferentes si son hombres o mujeres, en el tema de las mujeres está muy directamente asociado, yo creo el tema de la prostitución y todo lo que eso supone de riesgos., bueno todas esas cosas que sabemos. Luego, hay otros problemas que en nuestro trabajo hemos encontrado en el tema de violencia contra las mujeres, en el tema de maltrato, que muchas veces también este grupo de mujeres drogodependientes, es un grupo especialmente vulnerable también en ese tema, luego se encuentra que se ven excluidas en muchos recursos por ejemplo, las casas de acogida para mujeres que han sufrido violencia, no se admite a las mujeres drogodependientes. El tema de si tienen hijos o hijas, que el hecho mismo de ser drogodependiente suele ser un factor para que directamente se les quite la custodia, es decir, que yo creo que en esto como en todo a la hora de ver los problemas habría que tener en cuenta esa perspectiva.

I.3. Los consumos de drogas como derecho

El consumo de drogas no aparece recogido como tal ni en la Declaración Universal de los Derechos Humanos ni en la Constitución. Sin embargo, los usos y consumos de drogas son una realidad y muchos de estos usos y consumos están protegidos por diversas legislaciones. Si se limita el consumo de alcohol y tabaco a menores, implícitamente se reconoce la libertad de los adultos de consumir alcohol y tabaco y, en el caso de las drogas legalizadas, la calidad de las sustancias está garantizada por la correspondiente legislación.

Anteriormente se ha puesto de manifiesto cómo se ha construido un estereotipo de consumidores de drogas ilegalizadas en base, entre otras cuestiones, a prejuicios morales y a datos que nos eran ciertos. Todo ello ha repercutido en presentar a quienes consumen estas sustancias como viciosos, enfermos (drogadictos) y delincuentes. Sin embargo, hoy en día los datos demuestran que “la gran mayoría de las personas que consumen drogas ilegales son capaces de controlar el uso de esas sustancias, de la misma forma que otras personas controlan su consumo de tabaco o de alcohol” (Scheerer 2003:60-62). Es más, este mismo autor asevera que “en la actualidad hay

pruebas de que, en general, las personas consumen drogas no sólo por alguna deficiencia oculta (neuro)psicológica, sino también porque optan racionalmente por hacerlo. Las personas que consumen sustancias estupefacientes no son ni cobardes ni psicópatas, son personas tan normales como cualquier otra persona normal, incluido el segmento de alcohol y tabaco. Las sociedades contemporáneas registran una demanda intensificada de sustancias estupefacientes no porque estén inmersas en un proceso de degeneración, sino porque están inmersas en un proceso de aumento de la autoestima y reivindicación de los derechos de las minorías –y también porque algunos productos que producen placer dedicados a explorar nuevas experiencias (desde el turismo de aventura hasta la escalada libre y el paracaidismo) parecen capaces de cubrir la carencia de identidad y significado de la ética consumista. Desde este punto de vista ‘el consumo de drogas ilegales e incluso peligrosas como actividad de ocio parece ser una forma inteligible de la búsqueda autorizada legalmente de lo extraordinario– en lugar de un producto extraño de mentes patológicas, disfunciones sociales, regímenes corruptos o empresarios rapaces (O’Malley y Mugford 1992:57). En vista de esta nueva evaluación del placer y la emoción mediante el consumo de sustancias, parece bastante improbable que en el futuro se produzca una reducción a largo plazo de la demanda general de estupefacientes o que se reduzcan las tensiones entre el punto de vista tradicional y el nuevo punto de vista, entre la prohibición y la reducción de daños”.

Los diferentes Grupos de Discusión basan el derecho al consumo de drogas en la libertad personal y en la capacidad de elección. Sin embargo, el Grupo de Discusión Socio-Jurídico realiza las siguientes aportaciones

(Miembro del equipo del Ararteko) – ¿A qué llamamos derecho?, ¿A algo protegido por la ley? Pues no será, pero como posibilidad del libre desarrollo de la personalidad, en esa perspectiva, todo puede entrar, (...)

(Juez) – Parece que es más facultad que derecho. Si el derecho sería la capacidad y protegido por el Estado. Sería un derecho subjetivo, como facultad y como capacidad que tiene uno para tomar una decisión, en el ejercicio de su propia libertad porque, evidentemente, sí la hay, sin duda.

(Fiscal) – Sí, pero el derecho a consumir drogas legales y no derecho a no consumir drogas ilegales es simplemente algo que está escrito, (...)

(Miembro del equipo del Ararteko) – Hoy está la raya aquí y mañana allí.

(Abogado) – Sí, pero como es la ley...

(Miembro del equipo del Ararteko) – Pero la ley cambia.

(Juez) – Esa sería la diferencia entre la facultad y el derecho. Si yo tengo el derecho a consumir drogas, no estoy diciendo que tengo capacidad de consumir drogas, que la tengo, sino que tengo la capacidad de exigir del Estado que me facilite el control de drogas. Claro, hemos dado ahí un paso muy importante, eso sería el típico derecho subjetivo, no sólo es que tenga capacidad de hacerlo sino el exigir a la institución que me facilite la posibilidad de llevar a cabo esa actuación. Entonces, desde esa perspectiva, no hay derecho subjetivo al consumo de drogas, ahora, como ejercicio de la facultad propia, en la libertad para llevar a cabo una actividad de consumo, sin duda.

Hay argumentos suficientes para afirmar que una persona adulta tiene facultad para consumir aquella sustancia legal que desee y las actualmente ilegalizadas en privado. En un Estado social y democrático de Derecho el respeto al libre desarrollo de la personalidad, es un derecho básico. De igual modo, sustancias que pueden ser tanto placenteras como terriblemente perjudiciales para la salud de las personas consumidoras –por ejemplo el alcohol– gozan de una protección legal. Desde el principio de igualdad existe un argumento analógico entre la permisión del consumo de alcohol y la autorización del consumo de sustancias hoy en día ilegalizadas. Un uso responsable se puede hacer tanto de las sustancias legalizadas como de las ilegalizadas.

I.4. Compilación de los derechos de las personas consumidores de drogas

a) Derechos básicos

Derecho a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad

Toda persona tiene derecho a que se le reconozca su valor intrínseco, sea cual sea sus circunstancias e independientemente de su edad, sexo, procedencia étnica, estatus socio-económico y otras circunstancias personales o sociales. El respeto a las personas consumidoras y la promoción de su dignidad, sobre todo de los colectivos más vulnerables, supone una profundización en la democracia.

En una sociedad abierta existe el derecho a optar por un estilo de vida que implique la capacidad de asumir responsabilidades relacionadas, entre otras cuestiones, con la propia salud. Toda persona adulta debe poder decidir sobre los riesgos que quiere asumir en su estilo de vida. El consumo de drogas es una facultad que, en el caso de ser realizado por personas mayores de edad, debe ser respetado. Parte significativa de la legislación en materia de drogas afectan a cuestiones fundamentales como es la capacidad de autonomía de las personas y el control sobre el propio cuerpo.

Derecho a la igualdad y a la no discriminación

El derecho a la igualdad y a la no discriminación también ampara a los consumidores de drogas. Las garantías que tienen las personas consumidoras de drogas legalizadas (derecho a la información, a la educación, a la calidad de las sustancias,...), deben extenderse a las personas consumidoras de sustancias hoy en día ilegalizadas. Bobbio y Ferrajoli (Añón 2002:297-300) afirman que la igualdad, como valor constitucional tiene un contenido central: “igualdad en derechos fundamentales –políticos, civiles, de libertad y sociales– e igualdad en el disfrute efectivo y las garantías capaces de asegurar su eficacia”. Para Añón, “este contenido da lugar a un principio complejo que comprende las exigencias básicas: la promoción de la igualdad, la prohibición de discriminación y la tutela de las diferencias”.

Derecho al conocimiento y a la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas

Toda persona tiene derecho a la seguridad jurídica, al conocimiento y defensa de sus derechos, en condiciones de igualdad. El Estado social y democrático de Derecho se caracteriza por utilizar la sanción penal como ultima ratio y por la proporcionalidad entre las sanciones y las lesiones a los bienes que se quieren proteger.

Derecho a la participación

Las personas consumidoras de drogas tienen derecho –tanto personal como colectivamente–, a la participación activa, desde su experiencia, en las políticas sobre el fenómeno social de las drogas, tanto en el campo de la prevención, como en el campo de la asistencia y en campo de la inserción.

b) Derechos sociales y económicos

Derecho a la protección de la salud: Este derecho implica:

- Derecho a la asistencia con el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas usuarias.
- Derecho a la información, tanto sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder (incluyendo los requisitos necesarios para su uso, como sobre su proceso, diagnóstico, pronóstico, y alternativas terapéuticas).
- Derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas.
- Derecho a la libre elección de médico.

- Derecho a la elección entre las diversas opciones que le presente el responsable médico.
- Derecho al rechazo del tratamiento.
- Derecho a que conste por escrito todo su proceso diagnóstico o terapéutico.
- Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.

Derecho a los servicios sociales

Las respuestas a las demandas sociales de las personas consumidoras más estigmatizadas (derecho a la salud, derecho a empadronarse, derecho a un ingreso mínimo,...), debe enmarcarse dentro de la profundización en los derechos sociales, es decir, en la potenciación de una sociedad abierta y plural, donde todas las personas consumidoras, también las excluidas, marginadas o en situación de riesgo, tengan la posibilidad real de integración en igualdad de condiciones. “Para superar y subsistir el día a día, de las personas en tratamiento y después del tratamiento, para poder seguir manteniendo su autonomía como persona es [la inserción social y laboral] un pilar básico para integrarse en la sociedad como ciudadano con pleno derecho”. (Montalvo 2001:76).

Derecho al trabajo

El acceso al trabajo previene la exclusión social y es una de las bases para la integración social de todas las personas. Las personas trabajadoras que tengan problemas con determinados consumos de drogas (tanto legalizadas como ilegalizadas), dispondrán de los medios previstos en el campo de la salud laboral para afrontar esas cuestiones desde las vertientes preventiva, asistencial y de inserción. Sin embargo, el Estatuto de los Trabajadores, en su artículo 54.2, recoge la posibilidad de despedir al trabajador por incumplimiento contractual, cuando su embriaguez habitual o toxicomanía repercuta negativamente en su trabajo.

Recientemente la sentencia 4214/2003 del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña ha declarado improcedente el despido de un trabajador de la construcción por fumar hachís de vez en cuando en el lugar de trabajo. Dicho trabajador, encargado de la obra, manifestó que no era consumidor de hachís de forma habitual y que de vez en cuando fumaba porros junto con otros dos compañeros de trabajo –que también eran socios capitalistas de la empresa– en horas de trabajo. Dicha sentencia argumenta que el trabajador “nunca fue objeto de advertencia previa, como criterio que permita vislumbrar el requisito de habitualidad de su conducta”, el consumo “era de

forma aislada y esporádica”, la actitud del trabajador “no ha tenido una repercusión negativa en el trabajo” y “la dirección de la empresa era conocedora de esa situación”. Por todo ello, no está justificado el despido de un consumidor de cannabis en horas de trabajo, pese a trabajar en el campo de la construcción.

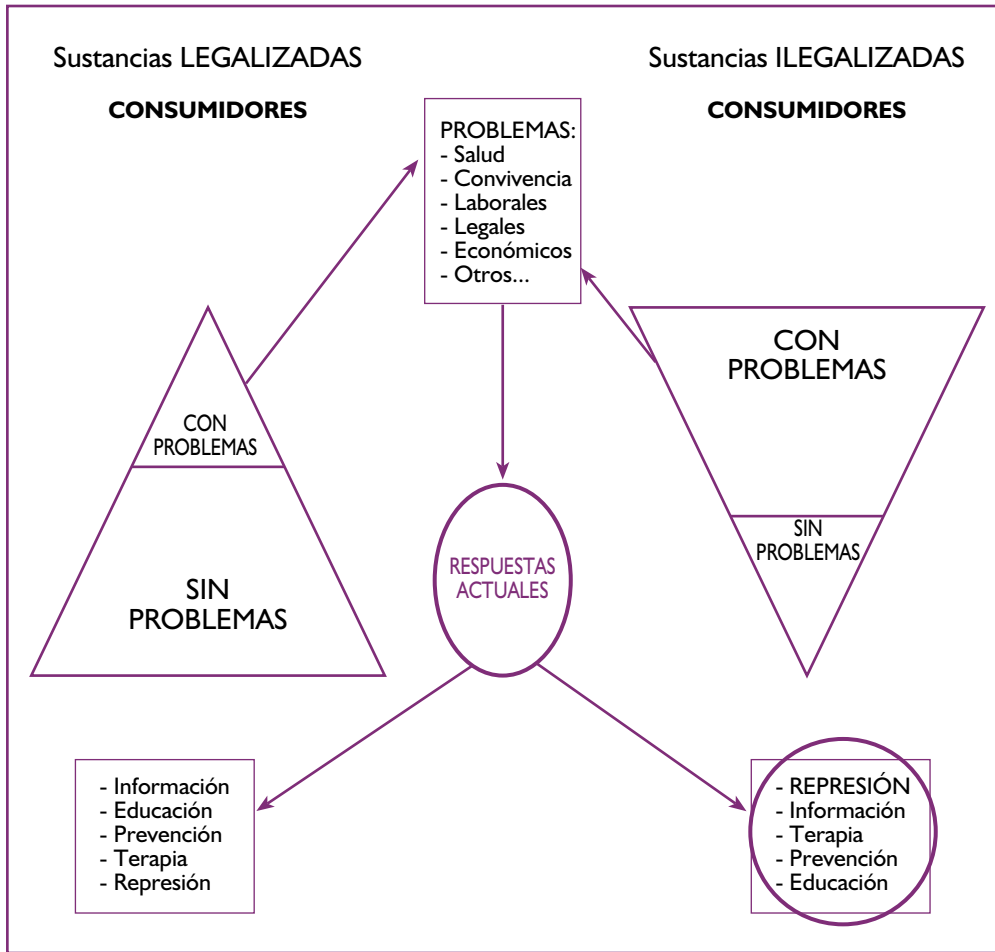
Derecho a la vivienda

Toda persona tiene derecho a acceder a una vivienda cuyas condiciones sean las adecuadas para vivir dignamente. Actualmente en Estados Unidos, la legislación federal sobre viviendas sociales para personas de bajos ingresos, exige que se denieguen viviendas a determinadas personas entre los que se incluyen “toda familia que cuente con un miembro que esté consumiendo drogas de manera ilegal” (Jensen 2003:152). El derecho a una vivienda que tienen las personas con menos recursos, no puede estar condicionado por el hecho de consumir sustancias hoy en día ilegalizadas.

Como puede observarse, el consumo de drogas entraña riesgos que, de una u otra manera, son –según las sustancias– asumidos socialmente. La legalidad o ilegalidad de lo que socialmente se entiende por drogas no es sinónimo de menor o mayor peligrosidad para los consumidores. Actualmente la mayoría de las personas consumidoras de drogas legalizadas hacen un uso de las mismas sin que tengas problemas especiales. Sin embargo, una parte pequeña de los consumidores de este tipo de sustancias (FIGURA I) tiene problemas con sus propios consumos que repercuten en cuestiones de salud, convivencia, relación laboral, economía etc. Socialmente existe una amplia gama de respuestas para solventar o reducir los problemas unidos al consumo de drogas legalizadas que abarca, entre otros, los siguientes campos: información, educación, prevención, asistencia y la represión de determinadas conductas.

En el caso de las personas consumidoras de drogas ilegalizadas, la pirámide se invierte (FIGURA I) porque sólo una minoría de las mismas no tiene problemas especiales. La mayoría de este tipo de consumidores se encuentra con problemas, por un lado, comunes a las personas consumidoras de sustancias legalizadas (salud, convivencia, relación labora, cuestión económica,...) pero, por otro lado, tienen una problemática añadida, fuertemente condicionada por la actual política en materia de drogas donde, la tendencia a reprimir –bien por la vía penal o por la vía administrativa– la mayoría de las conductas necesarias para poder consumir, invade, contamina y –en una parte significativa– pervierte las labores de información, educación, prevención y asistencia.

Figura I



En la medida que se lleven a la práctica los derechos que hoy en día se reconocen a los consumidores de sustancias legalizadas (derecho a la información, a la educación, a la protección de la salud, a la representación y consulta,...) los riesgos a los que están avocados gran parte de los consumidores de sustancias ilegales van a disminuir (FIGURAS II y III). La situación ideal sería 100% de derechos y 0% de riesgos a la hora de consumir, sin embargo en la práctica esta situación no se da.

Figura II

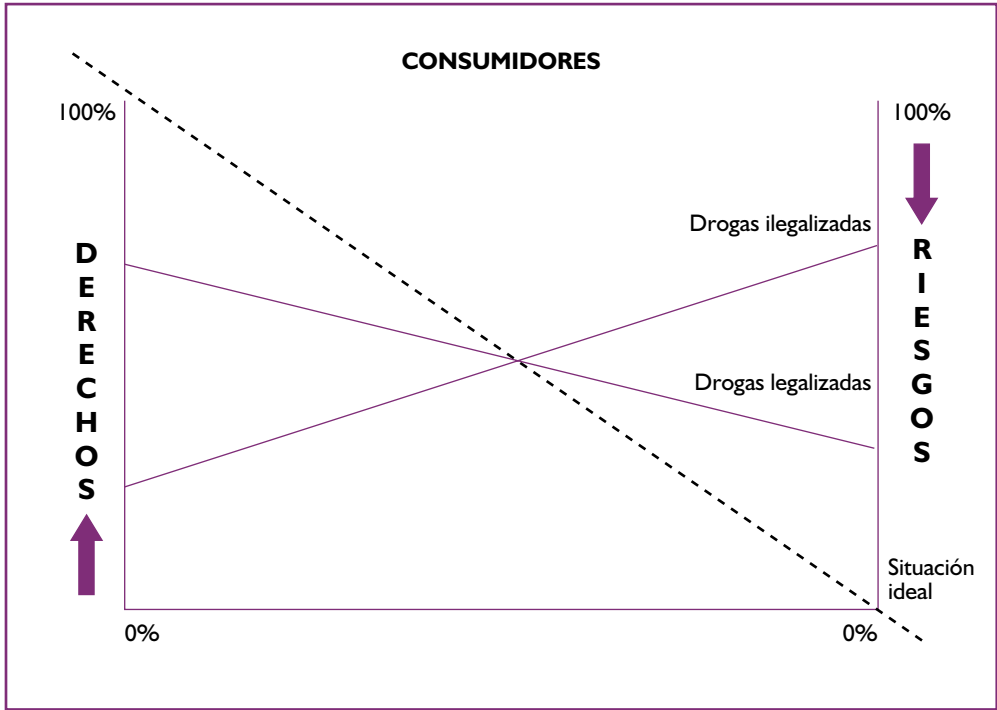
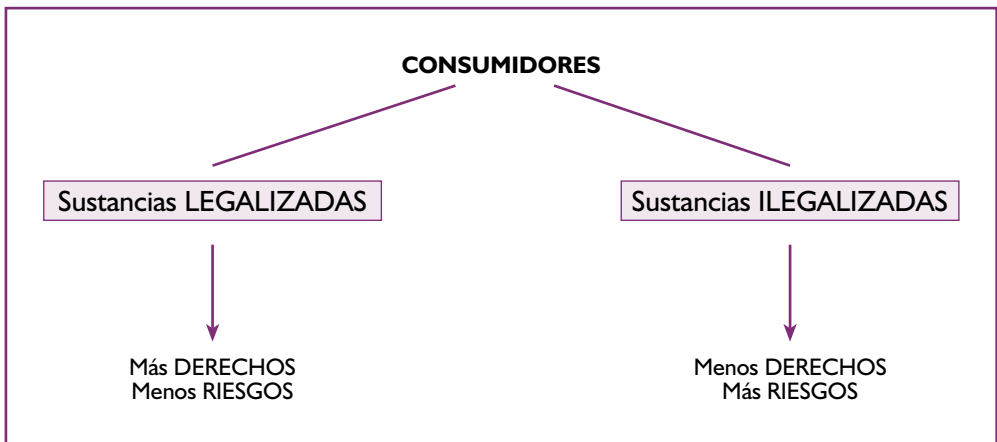


Figura III



Los consumidores de drogas ilegalizadas soportan muchos más riesgos –por el mero hecho de consumirlas– que las personas consumidoras de drogas legalizadas. Desde hace algo más de un par de décadas, gran parte de los esfuerzos han ido encaminados a los programas de reducción de riesgos para paliar los efectos que la política prohibicionista han tenido –y tienen– en los consumidores de este tipo de sustancias. Un modo de desagrar a estas personas (estigmatizadas como viciosas, enfermas, delincuentes, traficantes,...) es el reconocer su condición de sujetos de derecho y, por tanto, de respeto a sus estilos de vida. Desde esta perspectiva, la profundización en los derechos de todas las personas consumidoras de drogas es una manera de hacer prevención y de reducir riesgos porque, entre otras cuestiones, la prevención deja de ser complemento de políticas represivas y se convierte en un límite a las injerencias en cuestiones de libertad personal (Arana 2002:101).

II. ESTATUTO JURÍDICO DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

II.1. Oportunidad de una Carta de Derechos para los usuarios de drogas

La realidad del consumo de drogas ilegales, al igual que en el caso de las drogas legales, abarca distintos tipos de consumidores y diferentes maneras de consumir. Sectores importantes de usuarios las consumen sin especiales problemas y cuando los tienen, disponen de recursos para dar una respuesta adecuada.

Sin embargo, también hay consumidores que, por la marginación que sufren en la práctica, no disfrutan de determinados derechos individuales y sociales, tal y como se muestra en el estudio, encargado por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, sobre la situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco (Iraurgi, 2003). La relación entre la drogodependencia y la exclusión social no es de carácter causal, ya que la exclusión social “no afecta a todos los consumidores de drogas” (Tomas, 2001).

Además, la misma situación de marginación en la que se encuentran, incluso su autopercepción como grupo excluido, tiene como consecuencia la ausencia de denuncia de las situaciones de vulneración de los derechos más fundamentales. Las dificultades de acceso a la justicia de este colectivo agravan su situación de indefensión.

II.1.1. Vulnerabilidad, marginación y exclusión de los usuarios de drogas

En nuestro entorno, uno de los colectivos que ocupa una de las posiciones más marginales y excluidas dentro de la escala social es el de los drogodependientes, tal y como se indica en el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2001-2003. Dentro de los grupos más marginados, encontramos a los drogodependientes, personas afectadas por el alcoholismo, y personas afectadas por el Sida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-a: 22-24).

Determinadas situaciones de riesgos unidas a algunos consumos de drogas podrían considerarse ya sea una consecuencia o bien una causa de la exclusión social (Carpentier, 2002), pues este tipo de consumos puede provocar el deterioro de las condiciones de vida, pero, por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir una razón para comenzar a consumir drogas (OEDT, 2003: 67).

En el Informe de Exclusión social 2002 elaborado por Médicos del Mundo se explica que los consumidores habituales de algunas drogas son considerados como colectivos excluidos socialmente (Médicos del Mundo, 2002: 14). En el mismo sentido, el estudio sobre la situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco antes mencionado muestra cómo los consumidores de heroína históricamente han constituido un grupo objeto de exclusión social (Iraurgi, 2003: 13).

Un participante del Grupo de Discusión de Consumidores, ex consumidor de heroína, actualmente en tratamiento de metadona, expresaba de esta forma la situación de marginación sufrida por este colectivo: “el consumidor de heroína siempre ha sido el yonki, el arrastrado, el...”; “nosotros éramos los tiraos y los mierdas”.

Para explicar esta situación de marginación y exclusión social es necesario comprender el origen, la situación real y el entorno de algunos usuarios de drogas. El consumo de heroína y otras sustancias se ha centrado normalmente en áreas desfavorecidas situadas, la mayoría de las veces, en los barrios periféricos. Barrios caracterizados por la degradación urbanística y un clima social alterado donde los individuos se autoperciben como marginados y en los que la droga es el destino de muchos jóvenes sin recursos.

El diagnóstico sobre la situación de exclusión social en España realizado dentro del Plan Nacional de Acción para la Inclusión social 2001-2003, alude también al hecho de que el nivel educativo de los drogodependientes más marginales “es muy bajo (habitualmente son analfabetos o con estudios primarios sin completar), no viven con

su familia, muchas veces porque su vida irregular e inestable con frecuentes crisis es incompatible con el orden y la rutina doméstica, y casi la mitad de ellos son portadores del virus del Sida. En torno a un 80%, es decir 4 de cada 5, son hombres y en torno a dos terceras partes se encuentran en paro o están excluidos de los circuitos reglados del mercado de trabajo” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-a: 24).

Efectivamente, el acceso al trabajo es uno de los problemas a los que se enfrentan determinados consumidores de drogas. Un participante del Grupo de Discusión de Consumidores, ex consumidor de heroína, actualmente en programa de mantenimiento con metadona, comentaba su situación laboral: “soy (fontanero) pero no puedo trabajar, no puedo desarrollarlo. Ese es el problema”.

El entorno descrito consigue cronificar la situación social de determinados usuarios de drogas limitando sus posibilidades de acceso al mercado laboral, a la vivienda, etc. Nos encontramos ante un colectivo de extremada vulnerabilidad social. “Las demandas explícitas de los/as usuarios/as de drogas que se encuentran en esta situación, además de su dosis diaria, son básicas y se limitan a la alimentación, el alojamiento, algo de higiene, atención sanitaria en casos de emergencia y poco más. La sociedad prefiere aislar y alejar de la vista aquellas situaciones que no sabe cómo absorber, las que rompen las normas establecidas y que hieren la moral de la clase dominante” (Médicos del Mundo, 2001: 9).

La exclusión implica fracturas en el tejido social y la ruptura de ciertas coordinadas básicas de integración. Son varias las causas de la exclusión, (fragmentación social, crisis del empleo, limitaciones de las políticas de bienestar...), donde concurren diferentes circunstancias desfavorables normalmente interrelacionadas entre sí, concretándose en diferentes ámbitos: pobreza, en el sentido de ingresos económicos, dificultad en la integración laboral, problemas de acceso a la educación y los mínimos educativos, ausencia de una vivienda digna, carencia de salud, de capacidad psico-física o de asistencia sanitaria, ausencia o insuficiencia de apoyos familiares, ámbitos de marginación social, dificultad en el acceso a la justicia, problemas para el acceso o aprendizaje a las nuevas tecnologías (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-b: 5-6). Las circunstancias mencionadas las podemos observar entre algunos de los usuarios de drogas. Uno de los participantes en el Grupo de Discusión de Consumidores, ex consumidor de heroína, simplificaba en la siguiente frase lo antes comentado: “la sociedad me ha planteado unas trabas imposibles de superar, la sociedad y las instituciones, respaldadas por la sociedad”.

Carencias	Colectivos Afectados										
	Infancia	Jóvenes	Adultos > 45 años	Mayores	Mujeres	Discapacitados	Drogodependientes/SIDA	Sin hogar	Habitan. barrios degradados	Minorías étnicas	Ex reclusos
Empleo		XX	XX		XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Educación	X	XX	X			X		X	XX	XX	
Formación		XX	XX	X	X	XX	X	XX	XX	XX	XX
Vivienda		X		X		X		XX	XX	XX	
Renta		X	X	X	XX	X	X	XX	X	X	X
Salud				XX		X	XX	XX	X	X	X
Apoyo familiar							X	XX	X		X
Integración cultural y social				XX		X	X	XX	X	XX	X
Información asistencial				X			X	XX	X	X	X

Fuente: *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2001-2003*. [en línea] 2001-a [citado octubre 2003]. Disponible en World Wide Web: <http://www.cermi.es/documentos/descargar/PNAINC/pnain.pdf>

Si analizamos los diferentes colectivos sociales que se consideran afectados por las circunstancias que conllevan a la exclusión social, podemos observar cómo los drogodependientes son uno de los grupos más perjudicados.

El Diagnóstico sobre la situación de la exclusión social en España elaborado para el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2003-2005 pone de manifiesto que existen algunos grupos con mayor riesgo de exclusión social. En dicho informe se enumeran las personas mayores, una población cada vez más numerosa, en ocasiones dependiente de las ayudas familiares o sociales y con recursos económicos limitados, las personas con discapacidad que sufren impedimentos para desarrollar una vida normalizada, los niños sin recursos familiares y/o económicos, las familias monoparentales, que por su propia naturaleza se enfrentan a mayores dificultades que otros tipos de unidades familiares, los drogodependientes y los enfermos de Sida, con una situación de marginación social acusada, ligada a niveles bajos de educación, exclusión del mercado laboral y carencia de apoyos familiares, los inmigrantes, que cuentan en gran medida con baja cualificación profesional, acceso a trabajos de remuneración salarial escasa, además de graves problemas de desestructuración familiar, como consecuencia de la propia naturaleza del fenómeno de la inmigración,

los reclusos, por su situación de marginalidad, desestructuración familiar y dificultades asociadas a la reinserción social y laboral posterior, la población gitana, con numerosos obstáculos en el acceso al mercado laboral, a la educación, a la sanidad y a la vivienda, las personas maltratadas, en la mayoría de las ocasiones por familiares cercanos, y las personas que ejercen la prostitución que, en la mayoría de las ocasiones, se mantiene al margen de los servicios sociales y sanitarios (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003: 34).

En este mismo estudio, al aludir al perfil socioeconómico de las personas usuarias de drogas sometidas a tratamiento, se subraya cómo hay un deterioro biopsicosocial cada vez mayor, mostrando un superior aislamiento social y familiar, centrándose este deterioro en “un menor nivel socioeconómico del colectivo atendido, que presenta graves carencias económicas y de alojamiento, lo que dificulta su acceso a los recursos existentes en la red; el envejecimiento de la población (aumento de la edad media del admitido a tratamiento); y en problemas asociados de patología mental y de deterioro de salud” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003: 44).

Según el Plan Nacional para la Inclusión social existen diferencias entre los dependientes del alcohol y las personas dependientes de otras sustancias, sin embargo podemos comprobar, tal y como se menciona en este mismo contexto, que las condiciones y problemas de exclusión para los dependientes de drogas ilegales pueden aplicarse al grupo extremo que forman los alcohólicos.

El alcoholismo, un fenómeno en expansión en la mayor parte de los países, no solo desencadena graves problemas de salud en quienes sufren esta adicción sino que también están en la base de los problemas de integración laboral, de la pérdida de empleo, de la incapacidad de encontrar uno nuevo, de la violencia doméstica y la desestructuración familiar y, en definitiva, de toda una serie de trastornos psicológicos como la demencia, la depresión, el suicidio o el trastorno del pánico en quienes sufren esta dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-a: 25). En el Grupo de Discusión de Consumidores, al que asistió un ex alcohólico, comentaba a este respecto: “a cualquiera no le puedes decir no bebo porque soy alcohólico, ya te tienes que inventar”.

A todas estas cuestiones hay que añadir el hecho de que en algunas ocasiones la marginación social de algunos usuarios de drogas se ve agravada debido su relación con hechos delictivos, dirigida principalmente a la obtención de recursos para conseguir las sustancias.

No cabe duda que parte del colectivo de usuarios de drogas sufre una importante marginación. La exclusión que padecen, agravada con la percepción social y su pobre autopercepción, los convierte en un colectivo altamente vulnerable.

II.1.2. La privación y/o limitación de los derechos humanos de los usuarios de drogas

Una de las consecuencias directas de la marginación y exclusión padecida por una parte significativa de los usuarios de drogas, sobre todo de sustancias ilegalizadas, es la vulneración de los derechos humanos de estas personas. En primer lugar habría que señalar la discriminación como principal consecuencia negativa de su marginación. Esta total falta de igualdad frente al resto de la sociedad tiene como resultado la vulneración de otros derechos esenciales, como el derecho a la salud o el acceso a la justicia, derechos lesionados con mayor frecuencia y de forma más evidente.

En España, como en muchos otros países del mundo, los consumidores de drogas pierden, con frecuencia, no sólo su libertad frente a la droga o drogas consumidas, sino también sus derechos más importantes, al trabajo, a la protección social, a la salud, a la dignidad (Médicos del Mundo, 2002: 18). En la Carta de Reducción de Daños asociados al Consumo de Drogas de Médicos del Mundo firmada a principios de año 2000, y explicada en su VI Informe de Exclusión social 2001, se denuncian los obstáculos existentes en el acceso a la atención sanitaria, a la ciudadanía de los usuarios y las violaciones de los derechos humanos.

Atención sanitaria al usuario de drogas

Como ya hemos indicado anteriormente, uno de los colectivos sociales que presenta mayores problemas de salud es el de los usuarios de drogas. Conforme al Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2001-2003, los problemas de capacidad psíquica y física o de salud implican un riesgo de exclusión, más allá de las propias dolencias o limitaciones que impone la afección referida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-a: 22-24).

Hay que subrayar los problemas concretos generados en el ámbito sanitario a los usuarios de drogas. Nos encontramos, por ejemplo, con la existencia de protocolos de atención al drogodependiente en los servicios sanitarios, pero en la práctica “dentro de la patología psiquiátrica, los consumidores de tóxicos son los marginados, su patología dual está clara, pero no son tratados igual que los enfermos per se a pesar de que son enfermos” (Psiquiatra del Grupo de Discusión Socio-Sanitario).

El Sida y algunas enfermedades asociadas al consumo de drogas generan problemas no sólo en el ámbito estrictamente de la salud sino también en la esfera social de los usuarios de drogas. Uno de los colectivos considerados como con graves carencias de capacidad psico-física, de salud y de asistencia sanitaria son el formado por las personas portadoras del virus del Sida, destacándose que una gran parte de los casos en los que aparece esta enfermedad se debe a las prácticas de alto riesgo que se asocian a determinadas toxicomanías. Los riesgos y situaciones de exclusión social que se derivan de ser portador del virus del Sida son los propios que se derivan del desarrollo de esta enfermedad, así como los de índole social que por miedo o desconocimiento generan rechazo social hacia las personas que se identifican como portadores de este virus o que han mostrado ya externamente los primeros signos físicos de la enfermedad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-a: 26).

A esto hay que añadir que en el caso de los consumidores de drogas por vía parenteral, si no presentan el virus del Sida, se encuentran con mayores problemas para buscar asistencia. Resulta muy gráfico el comentario de uno de los participantes del Grupo de Discusión Socio-Sanitario: “Si tienen VIH tienen el recurso ese, pero si no lo tienen no hay ninguno donde meterles”.

Con independencia de la dolencia que padezcan, un sector de los usuarios de drogas son considerados como pacientes conflictivos, lo que tiene como consecuencia que, en ocasiones, no reciban la misma consideración en el trato que cualquier otro paciente y sean atendidos de forma poco adecuada, sintiéndose los pacientes tratados de manera superficial, despedidos rápidamente, e incluso, rechazados en las salas de emergencia (Médicos del Mundo, 2001: 11).

En este mismo sentido, el Ministerio de Trabajo y Asuntos (2001-a: 26), señala las dificultades de acceso de este colectivo al sistema público de salud. Dificultades derivadas de su peculiar situación de exclusión social explicando que las carencias en el ámbito de los servicios de salud “tiene que ver más con las trabas que estos colectivos sufren en la atención primaria, o con su propia autoexclusión derivada de su situación objetiva y del refuerzo psicosocial que los sujetos elaboran, que con una carencia o insuficiencia de atención médico-sanitaria especializada”.

En los Grupos de Discusión, concretamente en el Socio-Sanitario, podemos observar varios comentarios y ejemplos en este sentido: “yo creo que a nivel social no tienen ningún recurso donde acudir gente con problemas psiquiátricos no tienen claro que son la mayoría, no hay donde acudir”; “incluso dentro de la patología psiquiátrica, son los marginados, son consumidores de tóxicos, o sea está clara la

patología dual, en muchos casos está clara, pero no son tratados igual que los enfermos per se a pesar de que son enfermos”; “la gente que presenta patologías no se les trata igual por el hecho de ser usuario de drogas”; “sí que es real que se les trata diferente”; “siempre han estado marginados”; “yo hace poco acompañé a una amiga con un cólico al riñón y en el momento que ella dijo que había consumido speed, etc., etc..., el trato fue totalmente diferente”.

Desde el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social se indica que la Ley General de Sanidad extiende la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, aunque existe una parte de la población que tiene dificultades de acceso a la cobertura sanitaria pública. Los hábitos de vida condicionantes del nivel de salud empeoran en general conforme se desciende en la escala social. Los más desfavorecidos tienen hábitos de vida menos saludables y reciben menos asistencia preventiva (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-b: 21). Tal y como mencionan desde el Grupo de Discusión Socio-Sanitario es conveniente recordar que “uno de los derechos que tenemos como ciudadanos es el derecho a la salud pública y a la salud, a velar por nuestra salud”.

Acceso a la Justicia

En sus inicios, el consumo de heroína generó en la sociedad una percepción de inseguridad ciudadana que todavía persiste, vinculándose así con la delincuencia. Todo ello tuvo como consecuencia una serie de respuestas que favorecieron la marginación social de este colectivo (Gamella, 1997: 21). En este sentido se afirma que “los efectos negativos del prohibicionismo ciego” abocan a una situación de marginación, “un mayor riesgo para la vida y la salud (por ejemplo por adulteración de las sustancias) y el continua enfrentamiento con el sistema penal a que se aboca a los drogodependientes” (Blanco, Cuesta, 2002: 203).

La comisión de hechos delictivos por parte de un sector de consumidores de sustancias ilegalizadas tiene repercusiones evidentes en el proceso de marginación de éstos. “Independientemente a la exclusión que la sociedad propicia a este colectivo, existe otra forma de exclusión devenida del propio proceso de adicción. El consumidor asiduo de heroína a menudo queda atrapado en un círculo vicioso: el uso continuado de esta sustancia genera un proceso de tolerancia que lleva a incrementar la cantidad necesaria para obtener los mismos efectos y en la mayoría de los casos para evitar el síndrome de abstinencia: ello exige conseguir ‘la dosis’ como fuere –generalmente delinquiendo–, acumulando causas pendientes con la justicia y embarcándose en una proceso de marginación que dificulta el desarrollo de un estilo de vida

‘normalizado’. En la mayoría de los casos, con el tiempo y de forma progresiva, su salud, su mundo relacional y sus recursos vitales se deterioran hasta situaciones que pueden ser límites instaurándose fuertes carencias sanitarias, sociales y legales” (Iraurgi, 2003: 13).

Las dificultades de acceso a la Justicia pueden agravar la situación de las personas o grupos más vulnerables, incluyendo entre éstos a los usuarios de drogas, o incluso constituir una de las causas de dicha situación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003: 21).

Al acceder a los mecanismos de defensa legalmente establecidos, “una de las constantes en los procesos penales es la escasa eficacia de los sistemas de defensa pública (de oficio)”, que las normas internacionales de derechos humanos establecen como forma de garantizar el derecho de defensa (Francia, 1998: 55).

El acceso a la Justicia se encuentra además con otros obstáculos como sería la cuestión de las penas alternativas a la prisión donde se contempla la aplicación de medidas de tratamiento para drogodependientes. Una de las principales dificultades en la aplicación de estas medidas alternativas estriba en el hecho de que confluyen dos sistemas, el sistema judicial y el sistema sociosanitario, la divergencia entre ambas perspectivas origina en la práctica dificultades para el trabajo conjunto. En este sentido, hay que señalar la investigación sobre “la concesión de los cumplimientos alternativos a prisión desde las Audiencias Provinciales 1998”, realizado por la entidad Servicio Interdisciplinar de Atención al Detenido (SIAD) y subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en la que se destaca que aunque existe una actitud favorable por parte de la judicatura para aceptar los tratamientos alternativos, la realidad es que en el momento del juicio lo que más interesa a los Magistrados y los Fiscales es saber cómo estaba realmente el sujeto en el momento de cometer el delito (Observatorio Español sobre Drogas, 1999).

Alguna de las aportaciones realizadas en el Grupo de Discusión Socio-Sanitario ejemplifica la situación real de los usuarios de drogas en este ámbito: “- ¿Y tú crees que tienen sensación de derechos cuando están absolutamente fuera de la ley? yo creo que no

– No, sensación de derechos no, conciencia de qué derechos pueden tener en un momento dado sí pero que al final están frustrados porque continuamente ven que les pasan por encima sus derechos y al final no tienen método de defensa”; “los (consumidores de drogas) ilegales no tienen conciencia de derecho”.

Especial situación de vulnerabilidad de la mujer consumidora

Los estudios realizados desde una perspectiva de género demuestran la especificidad de la condición femenina y su proceso de socialización diferente al hombre (Olmo, 1998: 15). Uno de los participantes en el Grupo de Discusión Socio-Jurídico expresaba a este respecto: “en la vida real los problemas son diferentes si son hombres o mujeres”.

Las estadísticas de la población muestran cómo las mujeres presentan un nivel menor de alfabetización y acceso a la educación, más pobreza y desempleo, menos ingresos y oportunidades económicas. En general encuentran peor ambiente legal, menos respuestas políticas eficaces y menor protección de sus derechos humanos (Médicos del Mundo, 2001: 12). Su situación de vulnerabilidad se aprecia por el hecho de que la mujer se encuentra aún en una situación de desventaja frente al hombre, particularmente en lo relativo a los recursos económicos y al poder (Francia, 1998: 53).

Las mujeres se estructuran en la sociedad mediante relaciones de poder. En la mujer, predomina el temor al abandono, el desafecto y, en última instancia, la búsqueda de aprobación de parte del hombre (Olmo, 1998: 15).

Como ya se ha explicado, la precariedad y las dificultades de acceso a los servicios son evidentes para los drogodependientes. Esta situación se acentúa especialmente en el caso de las mujeres.

Como muestra el VI informe de exclusión social 2001 elaborado por Médicos del Mundo (2001: 11), en el consumo problemático de drogas intervienen dos componentes bien diferenciados: el riesgo individual y la vulnerabilidad social. Esta última se ve influenciada por tres grupos de factores: socioculturales, económicos y políticos, muy diferentes en los hombres y en las mujeres debido a los distintos papeles que tradicionalmente han desarrollado.

La conducta del consumo de drogas es percibida por la sociedad como peor en el caso de las mujeres frente a los hombres, siendo más condenable en el caso de ellas por considerarse más lejos de su papel. Y es que a la mujer se le asigna un papel dependiente del hombre y se le relaciona más con la privacidad.

La mujer suele encargarse de la economía doméstica, la búsqueda de dinero para conseguir la sustancia para ella y su pareja, normalmente a través de la prostitución, lo que aumenta su estigmatización y marginalidad, disminuyendo al mismo tiempo su autoestima (Médicos del Mundo, 2001: 13).

Hay que destacar el incremento de mujeres usuarias de drogas. Una gran parte de éstas comienzan en el consumo de drogas alentadas por sus parejas (Médicos del Mundo 2003: 17). Por otra parte, gran número de ellas son arrastradas al delito por vínculos afectivos y relaciones de dependencia (Olmo, 1998: 16). “Hay casos en los que las mujeres son detenidas y procesadas por haberse encontrado droga en su casa, la cual puede ser propiedad de sus parejas o hijos” (Francia, 1998: 53). En Europa, entre los delitos cometidos por mujeres, los relacionados con las drogas ocupan un lugar muy importante, la mayoría de las internas se encuentran recluidas por este tipo de delitos (Azaola, 1998: 37; Francia, 1998: 52).

En este sentido, hay que subrayar los graves problemas de las mujeres presas, concretamente en la CAV el 80% de las mujeres en prisión sufre problemas de salud, tal y como se desprende del estudio sobre la *Situación de las mujeres en las cárceles del País Vasco* realizado en 2003 por Juana Balmaseda y César Manzanos. En este informe se señala el hecho de que cerca de la mitad de las presas tienen hijos a su cargo pero no pueden convivir con ellos en prisión ya que ninguno de los centros penitenciarios vascos cuenta con unidades específicas para madres. Asimismo, se pone de manifiesto la discriminación y el abandono que padecen las mujeres en prisión al ser su situación penitenciaria peor que la de los hombres (Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, 2003: 16).

Por último, en el Grupo de Discusión Socio-Jurídico, y también en relación a las mujeres, se comentó la figura de la asistencia voluntaria que suelen recibir los usuarios en general, y que parece necesario recordar aquí: “cuando se habla de derechos de consumidores, hay una figura que siempre queda absolutamente en la sombra invisibilizada, que casualmente suelen ser las mujeres, que es la persona el cuidador, o las cuidadoras, o la que esta detrás del drogodependiente [...] yo creo que el considerar a la persona cuidadora, como usuario también de los servicios y de las políticas de drogodependencia y de prevención de riesgos [...] contemplar un poco también las necesidades de esas personas que están detrás, o sea, cuando se dan respuestas a los derechos de los drogodependientes contemplar indirectamente y tal pero también es un colectivo, que yo creo, que es importante”.

II.1.3. El trabajo a favor de los derechos humanos de los usuarios de drogas

La exclusión social y vulneración de los derechos de los usuarios de drogas es una preocupación presente en los programas de intervención de las diferentes instituciones tanto públicas como privadas. Se percibe como necesaria la defensa, en el marco de cualquier intervención, de los derechos de estas personas.

Como se explica desde Médicos del Mundo (2001: 63), “hay que seguir luchando para sensibilizar a la población general y, sobre todo, a aquellos sectores que interactúan directamente con los usuarios de drogas, como el sector socio-sanitario, la policía o los estamentos judicial y penal para que multipliquen sus escrúpulos a la hora de no vulnerar los derechos de unas personas que ya sufren una clara precariedad social. También los planificadores de salud deberían prestar atención a la hora de establecer las líneas de actuación para no olvidar que la desventaja de la que parten estas personas limita o impide el acceso a determinados servicios, de manera que se dupliquen los esfuerzos para lograr la captación y la adherencia de estas personas a aquellas intervenciones que necesitan”. Desde esta misma organización, en su Carta de Reducción de Daños, se resaltan las actividades realizadas como la denuncia de situaciones de vulneración de los derechos de los drogodependientes como ciudadanos y personas (Médicos del Mundo, 2001: 16).

En el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2001-2003, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, se recoge dentro de las actividades previstas para este período, impulsar una política de salud integradora y para todos llevando a cabo campañas de sensibilización e información sobre salud, “garantizando el acceso a los servicios correspondientes, a los colectivos y zonas más desprotegidas, especialmente en el entorno de la prostitución y la drogodependencia” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001-b: 22).

La defensa de los derechos humanos de los usuarios de drogas es una constante en los programas de las diferentes instituciones y organismos que trabajan para superar los problemas derivados de este fenómeno. Sin embargo, el problema de la vulneración de los derechos de gran parte de este colectivo sigue siendo una realidad que hay que superar.

Un primer paso para poder avanzar en la protección y defensa de los derechos de los usuarios de drogas, como personas y como ciudadanos, y en hacerlos efectivos es el reconocimiento de estos derechos. De esta forma, es necesario dotar a este colectivo de una Carta que reafirme y refuerce el reconocimiento y protección de sus derechos fundamentales.

Estos derechos deben basarse en determinados valores universales como la dignidad humana, la libertad, la igualdad o la solidaridad. Por ello, los derechos humanos deberían diferir poco o nada de un país a otro, a pesar de que las políticas utópicas puedan variar en gran medida en los diferentes lugares y épocas (Husak, 2003: 48).

II.2. Principales ejes de orientación de una Carta de Derechos para los usuarios de drogas

Tal y como se ha explicado anteriormente, la igualdad y el libre desarrollo de la personalidad son principios fundamentales que deben inspirar cualquier acción a favor de los consumidores de drogas. A la hora de exponer los principales ejes de orientación en torno a los cuales se estructurará la Carta de Derechos de los usuarios de drogas, debemos tener en cuenta estos principios: igualdad entendida como no discriminación (los usuarios de drogas no son diferentes al resto de la población), y libre desarrollo de la personalidad que supone la elección de un estilo de vida propio y también el respeto a dicha opción.

Junto a estos principios inspiradores de la Carta de Derechos, los ejes en torno a los cuales se articulará dicha Carta serán: el derecho a la información, a la educación, a la protección de los usuarios de drogas, el acceso a la justicia, y la organización, representación y consulta de dicho colectivo.

II.2.1. Información

La información, debido a los conocimientos que aporta, constituye un elemento indispensable para los consumidores (Bourgoignie, 1994: 119). La información es necesaria, aunque, como indicamos a continuación, no suficiente en el proceso de la educación.

La información debe completarse con una formación más amplia que capacite a la persona para tomar las decisiones más satisfactorias en cada momento, para su vida, así como para la resolución de situaciones conflictivas concretas (Ayuntamiento de Zaragoza, 2003: 37).

La información para los usuarios de drogas puede contribuir a la prevención de algunas situaciones no deseables, así como ayudar a superar algunos de los problemas que se presentan en este colectivo. De esta forma, tal y como se indicia en el Informe Anual 2003 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, algunas enfermedades pueden prevenirse facilitando a los consumidores de drogas por vía parenteral información sobre la transmisión de enfermedades (OEDT, 2003: 24).

La importancia de la información era recalcada en el Grupo de Discusión de Consumidores de la siguiente manera: “Yo creo que uno de los mayores problemas de antes y de ahora es también la información. Eso es lo importante”.

También desde la perspectiva europea, y en esta ocasión centrándose en el problema del alcoholismo, la Carta Europea para el Alcohol, elaborada en 1995 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud recoge como una de las estrategias para la acción sobre el alcohol el “informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, y sobre qué medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando amplios programas educativos que comiencen desde la primera infancia”.

Aunque se debe subrayar que tan esencial como la necesidad de información es la naturaleza de las informaciones, y las vías y modos de comunicación empleados. El proceso de información, para desempeñar adecuadamente su papel, debe cumplir al menos dos exigencias: ser completo y exhaustivo, y velar por la pluralidad de fuentes y vías de información. Para velar por la pluralidad de fuentes y vías de información, el sistema social organizará sistemas de información neutros e independientes que ofrezcan una mayor garantía de objetividad (Bourgoignie, 1994: 120-121).

En este sentido, en el Grupo de Discusión de Consumidores, alguna de las aportaciones fueron muy significativas: “la información respecto a todo, no sólo a saber de las drogas sino también de dónde conseguirla y para qué las usas”; “algún sitio donde todos pudiéramos tener información, supiéramos lo que hacíamos, los efectos que tuviera reales”.

Bourgoignie también explica que “la información para ser completa deberá contener también elementos de información negativa referente, por ejemplo, a los peligros y riesgos, a los derechos del consumidor”. El proceso global de información concebido de este modo velará también por el respeto a la diversidad de intereses de los consumidores y a la heterogeneidad del grupo de los consumidores en la elección de canales y modos de expresión de la información destinada a ellos (Bourgoignie, 1994: 121).

La necesidad de la información es evidente. Parece especialmente ejemplificativa la afirmación de uno de los participantes al Grupo de Discusión de Consumidores, que forma parte de un asociación de usuarios de drogas, al expresar que: “la gente que me estoy encontrado enfrente y me estoy entrevistando y con la que estoy hablando, en general, tienen muy poca conciencia de los derechos que tiene como consumidor”, “no conocemos los derechos que tenemos”.

II.2.2. Educación

No es fácil enumerar las causas de los problemas que genera el fenómeno social de las drogas. Una forma de expresar de manera sencilla su etiología sería, tal y como

afirma Megías, que los problemas de las drogas son el resultado de la coincidencia de la presencia de sustancias psicoactivas con unas situaciones de fragilidad, personal o colectiva y, a su vez, con unas situaciones de riesgo. Podríamos aceptar que el consumo de drogas es el resultado de un modelo multidimensional, muy cambiante, en el que los múltiples aspectos influyentes interaccionan continuamente en función de las características de la persona, de las propiedades farmacológicas de la sustancia y del contexto sociocultural en que se consume (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002: 12).

Según esta interpretación, para hacer frente a estas circunstancias, resulta esencial ayudar a que las personas y los grupos se fortalezcan, llegando a ser capaces de distinguir situaciones amenazantes para su integridad y conseguir defenderse de ellas. Ese proceso, que es un proceso de maduración, en gran medida puede superarse desde estrategias educativas (Megías, 1999: 7).

Existe acuerdo entre los expertos en la materia a la hora de considerar a la educación como una de las respuestas o recursos imprescindibles a tener en cuenta a la hora de evitar o paliar los problemas y los perjuicios potencialmente derivados del consumo y abuso de drogas, estén o no culturalmente asumidas (Megías, 1999: 12; Vega, 2000: 199).

Las dificultades que pueden presentarse entre los consumidores de drogas son de índole muy diferente. Pero no cabe duda de que la ausencia de una educación adecuada puede ser el origen o agravar estas situaciones conflictivas. En este sentido, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías explica en su último Informe Anual, correspondiente al año 2003, que determinados consumidores de drogas pueden tener dificultades para acceder a la atención médica, debido a su renuencia a tratar con los servicios o por falta de educación. Aquí debemos tener en cuenta que numerosos consumidores de drogas tienen un bajo nivel de educación (OEDT, 2003: 67-68).

A la vista de esta situación, podemos afirmar que la educación debe ser considerada como un instrumento imprescindible a la hora de tomar medidas contra usos problemáticos de drogas. Como indica Vega (2002: 231) “la educación es un recurso imprescindible tanto para la prevención como para el tratamiento y reinserción de los drogodependientes”. El objetivo principal de la educación consiste en promover la independencia del individuo, su autonomía, en definitiva su libertad. Megías (1999: 16), explica que la educación es dirección (intervención) y desarrollo (perfeccionamiento), lo que es esencial para mitigar las consecuencias “de un fenómeno muy an-

clado en el desarrollo personal, pero también en lo social y lo cultural”. Estaríamos ante la educación entendida como la formación individual, la capacidad para recibir y procesar adecuadamente la información recibida en casos puntuales o en situaciones concretas. Sería la base para recibir información.

Es evidente que la educación no puede reducirse a dotar de información sobre drogas por muy objetiva que sea y aunque se realice con los métodos más didácticos (Megías, 1999: 16; Vega, 2000: 200). La educación va más allá de la mera información, aunque esta última, como veremos a continuación, es también imprescindible para abordar el fenómeno social de las drogas.

La educación sobre drogas no es otra cosa que “la puesta en marcha de los medios adecuados para asegurar la formación o el desarrollo de los individuos y grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud colectiva” (Vega, 2000: 200). Este mismo autor nos indica los criterios básicos de la educación sobre drogas, señalando entre otros: la comprensión profunda de la problemática del abuso de las sustancias en su conjunto; la confianza en la educación como tarea eficaz ante el abuso de las diferentes sustancias; el debate previo entre los miembros de la comunidad educativa para delimitar criterios de actuación y distribuir funciones educativas; la evaluación continua del proceso educativo.

Además de ayudar a superar los problemas derivados de determinados usos de drogas, la educación puede convertir a los ciudadanos en agentes activos del cambio deseado, mediante una concienciación de la realidad de su entorno. La educación aumentan la capacidad para utilizar la información, expresar las peticiones de los usuarios, sus necesidades, comprender la dimensión jurídica de los actos de consumo, exigir el cumplimiento de sus derechos, y movilizar sus fuerzas dentro del grupo de consumidores para asegurar la defensa y representación de sus intereses colectivos (Bourgoignie, 1994: 119).

Entre los principios éticos y las metas que se recogen en el artículo 2 de la Carta Europea para el Alcohol, elaborada en 1995 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud se indica que “todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad”. Igualmente, desde la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/3, artículo 4, apartado A, se insta a los Estados a que “hagan plenamente efectivo el derecho a la educación y garanticen el reconocimiento y el ejercicio de este derecho sin discriminación de ningún tipo”, insistiendo asimismo en el apartado C a promover un buen

entorno escolar, la sanidad escolar, la educación preventiva contra el vih/Sida y el uso problemático de drogas (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2003).

La ley 18/1998, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias del Parlamento Vasco, en su artículo 6 –educación para la salud–, hace mención a la colaboración entre la Administración educativa y sanitaria para promover la salud en el ámbito educativo a través del desarrollo de los temas de salud en el curriculum escolar de todas las etapas educativas.

II.2.3. Protección

La protección de los consumidores de drogas, desarrollada en apartados anteriores de este mismo trabajo, es otro de los ejes en torno a los cuales se articula la Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas.

Dicha protección se centrará no sólo en la defensa frente a una información engañosa, incompleta, confusa o sesgada, sino que esencialmente se dirigirá a reducir los riesgos y daños derivados de diferentes usos de las sustancias.

Como indica Bourgoignie (1994: 122), las medidas de información y protección deberán coexistir, mostrándose no como orientaciones que se excluyen entre sí, sino como alternativas complementarias, en el seno de un enfoque global e integrado de una política cuyo objeto es asegurar la promoción efectiva de los intereses de los consumidores.

Entre las áreas específicas de intervención de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, a la hora de abordar la cuestión de la reducción de la demanda, centrandose el interés en la prevención del consumo, aparece como uno de los objetivos generales el desarrollo de instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones (objetivo 8).

En el informe sobre testado de sustancias realizado desde el IVAC-KREI en 2002, explicábamos cómo las intervenciones en reducción de riesgos y daños reconocen la libertad de los individuos en la búsqueda de su propio bienestar, para lo que es esencial su protección. Y es que, con las políticas de reducción de riesgos se pretende dar respuesta a las diferentes problemáticas asociadas a los usos de drogas.

Mediante un enfoque que asocie las mediadas de educación, información y protección de los consumidores se puede descubrir la diversidad de necesidades y prioridades de las diferentes categorías de consumidores (Bourgoignie, 1994: 123).

II.2.4. Acceso a la justicia

Como cuestión previa necesaria al abordar el acceso a la justicia, debemos recordar aquí que en el Derecho penal rige el principio de intervención mínima. Esto quiere decir que el Derecho penal “no es un sistema de control social a aplicar frente a cualquier ilegalidad” (Blanco, de la Cuesta, 2002: 213).

Teniendo en cuenta este principio, debería recurrirse al Derecho penal sólo para reprimir las conductas más graves. Como explican Blanco y Cuesta (2002: 207), en materia de drogas, “los bienes jurídicos penalmente dignos de protección han de ser la salud pública, las poblaciones especialmente vulnerables y el orden socioeconómico” (Blanco, de la Cuesta, 2002: 207).

En la primera parte de este trabajo se ha abordado la legislación penal en materia de drogas, donde se ha destacado las excesivas penas que se aplican en este tipo de delitos. La situación se ve agravada con los problemas de acceso a la justicia a los que se enfrenta el consumidor de drogas que ya hemos explicado.

Una política de verdadera ayuda al consumidor debe establecer mecanismos que permitan asegurar la expresión de sus peticiones, de sus necesidades, incluso de sus conflictos. Las preocupaciones de una política activa de consumo son la de un movimiento social más amplio que pretende favorecer el acceso de los ciudadanos a la justicia (Bourgoignie, 1994: 126).

A través de la defensa de los intereses individuales se consigue la protección de los intereses colectivos. Asimismo, una forma de superar algunas de las dificultades de acceso a la justicia consistiría en facilitar el reagrupamiento de los usuarios para defender intereses colectivos, del grupo.

La política que pretende garantizar el acceso de los consumidores a la justicia debe contar con una reorganización de los servicios de consulta jurídica destinados a los consumidores. Esta misma opinión fue recogida de un participante al Grupo de Discusión Socio-Sanitario de forma muy escueta: “tener un servicio de asesoría jurídica”. Desde la propia Administración de justicia –por medio de las oficinas judiciales– y desde otros operadores jurídicos –mediante la especialización de los turnos de oficio en los colegios de abogados, o por medio de organismos que canalicen las

labores de asesoramiento (información sobre su situación, detención, libertad provisional, ingreso en la cárcel, medidas penales alternativas,...)– se debe fomentar ese acceso a la justicia.

Muchas personas consumidoras de sustancias ilegalizadas se sienten desamparadas cuando se les sanciona administrativamente, en virtud de la Ley Orgánica 1/1992 sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana, por tenencia o consumo en público de una sustancia ilegalizada. En la primera parte del expediente, antes del contencioso, la persona afectada no tiene acceso al expediente, cuestión que le causa cierta indefensión. Si a esto le sumamos el coste económico del contencioso, el acceso a la justicia se limita sobre todo si son jóvenes, no tienen ingresos y no quieren comentarlo con sus padres.

En las conclusiones derivadas de las reflexiones de un grupo de expertos del ámbito de las drogas y las drogodependencias, Iñaki Markez al recopilar las diferentes aportaciones, menciona una cuestión esencial que no debemos olvidar: el principio de Justicia obliga a proporcionar las mismas oportunidades sin discriminación alguna a la ciudadanía (Markez, 2002: 298).

II.2.5. Organización, representación y consulta

La agrupación y organización de los consumidores de drogas es una forma eficaz de defender los intereses de este colectivo. Asimismo, la representación de los consumidores resulta un instrumento indispensable para aplicar de forma efectiva las políticas de ayuda a los consumidores.

Como se expresa desde el Grupo de Discusión de Consumidores: “uno no es consciente de sus derechos como consumidor hasta el momento en que tiene un marco donde pueda expresar y donde pueda desarrollarse en sí mismo, es así de sencillo.”

La organización de los usuarios de drogas se orienta a promover su protagonismo, asociándolos a las acciones para mejorar su calidad de vida (Cymerman 2003). Apoyando esta afirmación uno de los comentarios vertidos en el Grupo de Discusión de Consumidores mencionaba lo siguiente: “la cosa avanzaría en muchos más sentidos si la coordinación que hay entre todos los grupos de consumidores que tienen papel activo y que tienen algo de relación con las instituciones...”.

La organización y representación del interés colectivo debe realizarse de una manera eficaz que permita al grupo “consumidor” afirmarse como verdadero

interlocutor frente a los poderes políticos y a los representantes de las esferas de la producción y la distribución. Y es que los usuarios de drogas tienen mucho que aportar, tal y como se expresó en el Grupo de Discusión de Consumidores: “son capaces de autoorganizarse y de alguna forma de unir, de unirse en la defensa de sus intereses, yo creo que sí porque ellos tienen el conocimiento [...] yo creo que sí tienen mucho que aportar [...] sobre la realidad”.

Una política de respeto a las personas consumidoras deberá allanar las dificultades, contribuyendo a la constitución de grupos representativos de los intereses de los consumidores, y procurando a estos últimos los medios para una asociación directa en los diferentes mecanismos de decisión política, económica y social (Bourgoignie, 1994: 130).

Una de las intervenciones del Grupo de Discusión de Consumidores explica cómo actualmente ya existen algunas asociaciones que trabajan a favor de la defensa de los usuarios como grupo: “en el ámbito de las drogas pues hay veinte, treinta colectivos que, cada uno a su manera, intentan transmitir una situación e intentar cambiarla”. Y ellos mismos afirman que: “somos nosotros quienes transformarnos la sociedad”.

Desde su experiencia, las personas consumidoras pueden aportar sus vivencias, la posibilidad de consumos responsables y las propuestas para realizar labores de prevención, asistencia e inserción en clave de respeto al libre desarrollo de la personalidad de las personas adultas. Como sentencia Trujols (2001:104), cuando analiza las políticas e intervenciones de reducción de daños, el “proceso de deliberación ética no será nunca, a su vez, ético, si no incorpora como participantes de pleno derecho y en un plano de equidad relacional, a los propios usuarios de drogas y a las asociaciones o plataformas que los agrupan o representan. Esta perspectiva dialógica y participativa, planteada, promovida y practicada por los propios PRD [Programas de Reducción de Daños], constituye uno de los eslabones de un proceso emergente de normalización del uso de sustancias psicoactivas, de reconocimiento generalizado de los usuarios de drogas como personas responsables y competentes para determinar y organizar sus propias vidas y, en definitiva, de respeto de los derechos humanos del usuario de drogas como de cualquier otro ciudadano”.



Parte III

Parte III

Parte III



I. CONCLUSIONES

- En la mayoría de las sociedades se han realizado, se realizan y se van a seguir realizando, diversos tipos de consumos (terapéuticos, religiosos, lúdicos,...) de drogas, sobre todo de las sustancias que disponen de fuerte arraigo en sus propias culturas. La supeditación a una visión etnocentrista del fenómeno de las drogas ha facultado diferentes tipos de hostilidades con las sustancias que vienen de otras culturas y con los consumidores de este tipo de sustancias. La beligerancia ha ido en aumento, entre otras cuestiones, desde que estas sustancias se convierten en mercancías (pasan de un valor de uso a un valor de cambio) y desde que se universalizan los discursos sobre las drogas tras la II Guerra Mundial (sobre todo por medio de los diversos Convenios Internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas).
- En numerosos casos, la imagen que se tiene del fenómeno social de las drogas está estrechamente vinculada a juicios de valor y estereotipos. Estereotipos dominantes, los cuales determinan, aunque sólo sea parcialmente, opiniones y reacciones al respecto. Socialmente se estigmatiza el uso de sustancias ilegales y, sobre todo, a las personas consumidoras de las mismas.
- Nos encontramos en un sistema legislativo donde coexisten diferentes tipos de drogas, de consumos y de respuestas legislativas a los mismos, que abarcan desde la prohibición hasta los usos normalizados:
 - No existe sanción penal por el consumo o tenencia para consumo de las sustancias hoy en día ilegalizadas. En algunos casos que entran dentro del tipo del artículo 368 Código penal (consumo compartido o autoconsumo colectivo, entrega a personas consumidoras sin potencial difusión) y donaciones a drogodependientes por familiares o personas cercanas de cantidades mínimas,

con carácter gratuito (por motivos piadosos o para facilitar su deshabitación), la jurisprudencia –no siempre mayoritaria– entiende, entre otros criterios sopesando la adecuación social, que no son sancionables penalmente.

- En virtud del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, el consumo en público y la tenencia ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes y psicotrópicos está sancionada administrativamente. La mayoría de la doctrina entiende que el consumo privado y la tenencia para tal fin no deben de ser sancionados porque son conductas inofensivas para la seguridad ciudadana.
 - Aunque por norma general los medicamentos sólo pueden ser dispensados con receta, este hábito no impide la automedicación, práctica que cuando se realiza con medicamentos no suele ser sancionada. En cambio, si la automedicación se lleva a cabo por medio de sustancias ilegalizadas, las personas consumidoras puede ser sancionadas administrativamente.
 - La regulación del consumo de alcohol y tabaco es recogida en diversas leyes, reales decretos y en ordenanzas municipales. El consumo de estas sustancias, pese a los efectos nocivos que tienen sobre la salud, no está prohibido a las personas mayores de edad y, por el contrario, aparece promocionado por la empresa privada y también por instituciones públicas.
- A excepción del alcohol, café y tabaco, se observa una tendencia legislativa a ser permisivos con consumos de drogas actualmente ilegalizadas cuando estos consumos van dirigidos a mitigar algún tipo de dolor (uso terapéutico del cannabis, de la heroína y de la metadona, y uso compasivo de la heroína). Por el contrario, cuando los consumos de sustancias ilegalizadas van encaminados a usos lúdicos, a producir placer en quienes las consumen, la directriz legislativa es la sanción hacia las personas consumidoras.
- El consumo de drogas –tanto sustancias legalizadas como ilegalizadas– entraña riesgos, porque no son sustancias inocuas. La protección de los derechos de determinados sectores de la población (menores, personas incapacitadas,...) no es motivo suficiente para prohibir la facultad que tienen las personas adultas para consumir drogas.
- En nuestro entorno, algunos consumidores conforman uno de los colectivos que ocupa una de las posiciones más marginales y excluidas dentro de la escala social. Hay consumidores que, por la marginación que sufren, le son negados

derechos individuales y sociales. La propia situación de marginación en la que se encuentran, incluso su autopercepción como grupo excluido, tiene como consecuencia la ausencia de denuncia de las situaciones de vulneración de los derechos más fundamentales. Por tanto, la exclusión que padecen, agravada con la percepción social y su pobre autopercepción, los convierte en un colectivo altamente vulnerable y cronifica su situación social.

- Debemos subrayar asimismo la especial situación de vulnerabilidad de la mujer con problemas por consumo de drogas. Las mujeres encuentran peor ambiente legal, menos respuestas políticas eficaces y menor protección de sus derechos humanos. Su situación de vulnerabilidad se aprecia por el hecho de que la mujer se encuentra aún en una situación de desventaja frente al hombre. La precariedad y las dificultades de acceso a los servicios para los drogodependientes se acentúa especialmente en el caso de las mujeres. Determinados consumos de drogas están peor vistos socialmente cuando son realizados por mujeres.
- Algunas personas usuarias de drogas, por la marginación y exclusión social que soportan (sectores determinados de mujeres, usuarios de drogas con fuerte deterioro físico y mental,...), aun tratándose de grupos bien diferenciados y con especificidades propias, tienen en común el estar más propensos a ver vulnerados sus derechos. Debido a estas peculiaridades es necesario profundizar de una manera más detallada en sus derechos y necesidades.
- En la medida que se lleven a la práctica los derechos que actualmente se reconocen a las personas consumidoras de drogas legalizadas (derecho a la información, a la educación, a la protección de la salud, a la representación y consulta,...) a los consumidores de sustancias ilegalizadas, los riesgos a los que están avocados gran parte de éstos últimos pueden disminuir de manera importante porque, sobre todo en los derivados del cannabis, los efectos negativos están mucho más relacionados con la ilegalidad de la sustancia que con los efectos que tiene el cannabis en la salud de los consumidores. La profundización en los derechos de todas las personas consumidoras de drogas es una manera de hacer prevención y de reducir los riesgos, porque, entre otras cuestiones, la prevención deja de ser un complemento de la política represiva y se convierte en un límite a las injerencias en cuestiones de libertad personal.
- Un primer paso para poder avanzar en la protección y defensa de los derechos de los usuarios de drogas, como personas y como ciudadanos es el reconoci-

miento de los mismos. Es necesario dotar de un instrumento (Carta) que reafirme y refuerce el reconocimiento y protección de los derechos de las personas consumidoras.

- La igualdad y el libre desarrollo de la personalidad son principios fundamentales que deben inspirar cualquier acción a favor de los consumidores de drogas. A la hora de exponer los principales ejes de orientación en torno a los cuales se estructurará la Carta de Derechos de los usuarios de drogas, debemos tener en cuenta estos principios: Igualdad entendida como no discriminación (los usuarios de drogas no son diferentes al resto de la población), y libre desarrollo de la personalidad que supone la elección de un estilo de vida propio y también el respeto a dicha opción.
- Si las drogas van a seguir estando entre nosotros y su consumo es una realidad incuestionable, quizás se debería aceptar dicho consumo como algo intrínseco a esta sociedad y, por tanto, más que insistir en su prohibición, se debería optar por educar en un uso responsable de las mismas, sin que ello conlleve ningún tipo de promoción de este tipo de sustancias.

II. PROPUESTA DE CARTA DE DERECHOS DE LOS USUARIOS DE DROGAS

II.1. Preámbulo

Esta Carta proclama los derechos de las personas consumidoras de drogas, y se basa en los principios y filosofía que inspiran, entre otros, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Carta de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores.

En un Estado social y democrático de Derecho, basado en la dignidad personal y en la libertad, no puede imponerse una determinada concepción moral en cuestión de consumos personales. Ello no quiere decir que en el fenómeno social de las drogas no surjan una serie de comportamientos conexos frente a los cuales el Estado deba intervenir.

El objetivo principal de la presente Carta es reconocer, profundizar y garantizar los derechos de las personas consumidoras de drogas porque, actualmente, no todas estas personas gozan de los mismos derechos que el resto de la sociedad.

Las personas consumidoras de drogas son sujetos con derechos y con deberes. El consumir este tipo de sustancias implica la responsabilidad de afrontar las consecuencias, propias y ajenas, que dichos consumos puedan producir. El reconocimiento de los derechos de las personas consumidoras, no implica la potenciación de consumos, en todo caso es un estímulo a un uso responsable de ese tipo de sustancias.

II.2. Principios

La protección de los derechos de las personas consumidoras de drogas es una responsabilidad social que debe ser asumida por el Estado. Una sociedad democrática se caracteriza por la diversidad de estilos de vida y por el respeto a los mismos, ello supone asumir la pluralidad de opciones respecto a los diversos consumos existentes en un medio de integración social y no de estigmatización.

Las personas consumidoras de drogas no son irresponsables por el mero hecho de consumirlas. Toda persona consumidora de drogas debe ser responsable de sus consumos y de sus consecuencias.

Los usos o consumos problemáticos de drogas no limitan los derechos de las personas consumidoras. Se es sujeto de derechos por ser persona, independientemente de los consumos que se realicen.

II.3. Derechos básicos

II.3.1. *Derecho a la dignidad*

Toda persona tiene derecho a que se le reconozca su valor intrínseco, sea cual sea sus circunstancias e independientemente de su edad, sexo, procedencia étnica, estatus socio-económico y otras circunstancias personales o sociales.

II.3.2. *Derecho al libre desarrollo de la personalidad*

Derecho a optar por un estilo de vida que implique la capacidad de asumir responsabilidades relacionadas, entre otras cuestiones, con la propia salud. El consumo de drogas es una facultad que, en el caso de ser realizado por personas mayores de edad, debe ser respetado.

II.3.3. Derecho a la igualdad y a la no discriminación

El derecho a la igualdad y a la no discriminación también ampara a los consumidores de drogas. Las garantías de los consumidores actualmente aplicables sólo a las drogas legalizadas (derecho a la información, a la educación, a la calidad de las sustancias,...), deben extenderse a las personas consumidoras de sustancias hoy en día ilegalizadas.

II.3.4. Derecho al conocimiento y a la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas

Toda persona tiene derecho a la seguridad jurídica, al conocimiento y defensa de sus derechos, en condiciones de igualdad.

II.3.5. Derecho a la participación

Las personas consumidoras de drogas tienen derecho –tanto personal como colectivamente–, a la participación activa, desde su experiencia, en las políticas sobre el fenómeno social de las drogas, tanto en el campo de la prevención, como en el campo de la asistencia y en campo de la inserción.

II.4. Derechos sociales y económicos

II.4.1. Derecho a la protección de la salud

Este derecho implica:

- Derecho a la asistencia con el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas usuarias.
- Derecho a la información, tanto sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder (incluyendo los requisitos necesarios para su uso), como sobre su proceso, diagnóstico, pronóstico, y alternativas terapéuticas.
- Derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas.
- Derecho a la libre elección de médico.
- Derecho a la elección entre las diversas opciones que le presente el responsable médico.
- Derecho al rechazo del tratamiento.

- Derecho a que conste por escrito todo su proceso diagnóstico o terapéutico.
- Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.

II.4.2. Derecho a los servicios sociales

Las respuestas a las demandas sociales de las personas consumidoras más estigmatizadas (derecho a la salud, derecho a empadronarse, derecho a un ingreso mínimo,...), debe enmarcarse dentro de la profundización en los derechos sociales, es decir, en la potenciación de una sociedad abierta y plural, donde todas las personas consumidoras, también las excluidas, marginadas o en situación de riesgo, tengan la posibilidad real de integración en igualdad de condiciones.

Posteriormente a la conclusión de la presente investigación y antes de su entrega a la imprenta, el Parlamento Vasco aprobó el decreto 64/2004, de 6 de abril, sobre la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma de Euskadi, donde se recoge, entre otros, el derecho a la dignidad, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía, a la información, a la evaluación de necesidades, a un plan individual de atención, a la calidad del servicio, a la participación y al conocimiento y defensa de sus derechos.

II.4.3. Derecho al trabajo

El acceso al trabajo previene la exclusión social y es una de las bases para la integración social de todas las personas. Las personas trabajadoras que tengan problemas con determinados consumos de drogas (tanto legalizadas como ilegalizadas), dispondrán de los medios previstos en el campo de la salud laboral para afrontar esas cuestiones desde las vertientes preventiva, asistencial y de inserción.

II.4.4. Derecho a la vivienda

Toda persona tiene derecho a acceder a una vivienda cuyas condiciones sean las adecuadas para vivir dignamente.

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISBN 84-457-2140-2



9 788445 721407

P.V.P.: 9 €