

MARINA GELI  
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

4

# DROGUES I SALUT



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

CICLE DE CONFERÈNCIES





© Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Cicle de conferències  
Octubre 2005  
Dipòsit legal: B-6359-05

**MARINA GELI**

Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

## DROGUES I SALUT

PRESENTACIÓ

**QUECO NOVELL**

Periodista

INTRODUCCIÓ

**SANTIAGO DE TORRES**

Delegat del Govern de la Generalitat de Catalunya a Madrid

13 d'octubre de 2005



---

## PRESENTACIÓ

### **Queco Novell** periodista

---

No estic gaire acostumat a fer això, però... Honorable Consellera, autoritats i públic en general, gràcies, bona tarda i benvinguts a aquesta conferència de la consellera de Salut, Marina Geli, sobre el tema de drogues i salut, i que comptarà també amb la presència de Santiago de Torres, que és l'actual delegat del Govern de la Generalitat a Madrid i exdirector general del Pla nacional sobre la droga.

Abans que res, voldria fer un aclariment. La meva presència aquí no és com a consumidor, contràriament al que algú pugui pensar, veient la forma com em guanyo la vida; que quedi clar. Només cal veure alguns dels personatges que sovint treuen el nas per televisió -i no he dit «nas» per casualitat. I el mateix passa sentint algunes tertúlies de ràdio. Tant en un cas com en l'altre, no seria forasseñyat pensar que és condició indispensable per treballar de segons què estar sotmès a la tirania d'alguna substància estupefaent. Amb tot, els confesso que quan l'Honorable Consellera em va convidar avui aquí, el primer que vaig pensar és: *«Fas mala cara i la consellera vol el testimoni directe d'un consumidor»*. Sortosament, aviat es va resoldre el meu neguit quan em va dir: *«No, només has de presentar l'acte»*. Perfecte.

Aquesta conferència porta per títol «Drogues i salut». Recordo que en ple debat parlamentari sobre l'Estatut, vaig coincidir amb la consellera pels passadissos del Parlament.

Obro un parèntesi. Les reaccions que ha provocat en alguns l'aprovació de l'Estatut són pròpies de tractament de desintoxicació. I tanco el parèntesi.

Torno al Parlament. Aquell dia vaig preguntar a la consellera: *«Drogues i salut són forçosament incompatibles?»*. I no desvetllaré la resposta que em va donar, perquè no vull practicar l'intrusisme professional, però en vaig treure les meves conclusions. És evident que les drogues no són el millor complement que la persona pot buscar per gaudir d'una bona salut. Això és obvi; però en canvi, darrerament, sentim a parlar molt de l'ús d'alguns components, no

tant per millorar la salut d'alguns malalts, com per reduir-los el malestar i el dolor que els provoca la malaltia que pateixen. Per tant, potser també per millorar la seva salut, depèn de com s'entengui.

Amb això de les drogodependències val a dir que les coses han canviat molt. Quan jo era petit, no era estrany menjar pa amb vi i sucre, fer un glop de cava per Nadal i, fins i tot, fer una pipada de la cigarreta de qualsevol familiar en una festa assenyalada. Ara, tot això és impensable. Actualment, s'han canviat els papers i els qui fumen d'amagat ja no són els fills, sinó els pares. Això en el millor dels casos, si és que abans els fills no els han denunciat a l'Organització Mundial de la Salut.

Ara els nostres fills saben que fumar és dolent. Encara falta molt pel que fa al consum de drogues, malauradament perquè encara no està del tot estesa la tesi que prendre drogues és igualment dolent o pitjor. I aquí entren factors socials de molts tipus, però hi ha una cosa que em sembla que està clara: no serà per falta d'informació; d'informació n'hi ha molta, més que temps enrere. Passa el mateix, més o menys, en el camp sexual. Tinc un conegut que està molt fotut per una depressió, perquè un dia es va armar de valor amb això de la informació sexual i li va dir al seu fill: «*Noi, hem de parlar d'això del sexe*» i el fill li va dir: «*Molt bé, pare, parlem-ne. Què en vols saber?*». I el paio ha quedat una mica trastocat. Però, deixem el sexe i tornem al tema de les drogues. De fet, no deixen de ser dues addiccions per a alguns, oi?

De drogues, n'hi ha de molts tipus. Hi ha persones que estan enganxades a un programa de *tele*. No seré jo que digui que mirar la *tele* és dolent, però veient els efectes que alguns programes produeixen en els telespectadors, està clar que el seu efecte és molt pitjor del que pot provocar una droga catalogada oficialment com a tal. O l'amor, per exemple; no em diran que la cara de felicitat d'alguns enamorats no pot portar a la confusió. Tinc un altre amic -en tinc pocs, però a tots els passen coses- que es va estar dues hores en un control intentant convèncer els mossos que no havia pres ni ingerit cap substància estupefaent, que simplement estava enamorat, i això l'hi va retenir un parell d'hores. Però, no és d'aquest tipus de drogues de què parlarem avui, sinó d'unes altres que fan més mal.

Sembla difícil convèncer la gent que, segons el que et fiquis dins el teu cos, aquest no ho tolera. Senzillament, tan fàcil com això, però

tan difícil d'entendre. I en això, alguns models no són precisament els més indicats i torno al començament de la meva presentació. En poso un exemple: el fet que el personatge televisiu de la temporada passada fos un *pastillero* de Castelldefels, d'entrada, no és negatiu. Et pot agradar més o menys el treball interpretatiu de l'actor que encarna el personatge, que en això no hi entrarem ara. El problema jo crec que arriba quan algú confon la realitat o la pot confondre i pot pensar que ser un *pastillero* no tan sols no és tan dolent com es diu; sinó que, fins i tot, pots arribar a ser un personatge famós, televisivament parlant.

Per no parlar tampoc de la hipocresia social al voltant de la droga. Estem cansats de veure casos de ciutadans que potser es declaren sensibles a la problemàtica dels drogodependents, però si se'ls pot curar o ajudar lluny de casa seva, millor que millor.

Per tant -i ja per anar acabant, perquè em sembla que no han vingut a sentir-me a mi- arribem a una conclusió que no per òbvia és menys evident: queda encara molta feina per fer, però l'important és que se n'està fent i que se'n faci.

Primer de tot, donaré la paraula al senyor Santiago de Torres que, des de juny del 2004, és el delegat del Govern de la Generalitat de Catalunya a Madrid. És una persona que aquests dies no està avorrida, precisament. No sé si ha triat el millor moment per ser delegat de la Generalitat a Madrid. Abans havia estat director general del Pla nacional sobre drogues al Ministeri de Sanitat, en concret des del seu començament, l'any 85, i anteriorment havia estat cap de la Secció de Toxicomanies de l'Hospital del Mar de Barcelona. Per tant, li cedeixo la paraula, quan vulgui.



---

## INTRODUCCIÓ

**Santiago de Torres**

**delegat del Govern de la Generalitat de Catalunya a Madrid**

---

Molt bé. Moltes gràcies. Bona nit i, en primer lloc, vull agrair a la consellera que hagi tingut la confiança de proposar-me que faci una petita introducció a la seva conferència d'avui sobre salut i drogues. El que diré jo serà molt menys interessant del que acaba de dir qui m'ha precedit en l'ús de la paraula.

En qualsevol cas, crec que és un moment realment bo per fer una reflexió global sobre el tema de la salut i les drogues, i és un moment que escau fer una mirada enrere, parar una mica i dir: «*Bé, i ara què fem en els pròxims anys?*» I com que he vist ja el que la consellera presentarà, crec que d'això es tracta: de fer-ne una reflexió, fer-ne una valoració i, a partir d'ara, dir quins són els elements que tenim per tirar endavant.

Ara fa uns vint-i-cinc anys que vam obrir la primera unitat de toxicomanies a l'Hospital del Mar. I ara fa també uns vint-i-cinc anys, o una mica més, que es va crear aquí, a Catalunya, el Grup *Vigía*, per promoure el debat i la reflexió sobre les drogues. I ara fa uns vint anys que es va crear el Pla nacional sobre drogues. I ara fa uns deu anys que es va crear l'Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies. Per tant, el que crec és que ara sabem bastant, tenim molta informació i tenim un coneixement científic i professional veritablement gran sobre la qüestió. La casuística és àmplia i, d'alguna manera, tenim uns sistemes d'informació establerts que funcionen i que ens donen moltes dades per preveure'n les conseqüències i aplicar-hi polítiques concretes.

I ara, del que ha passat aquests anys, en podem treure algunes conclusions, però hi ha unes idees que sí que em sembla que estan sobre la taula. Una és que estem davant d'uns canvis importants en els patrons de consum, a tot Europa -aquí a Catalunya, sens dubte, i al conjunt d'Europa-, quant a substàncies de consum, edats de consum, tipus de consum -els que no són tan addictius, sinó que són més de cap de setmana.

Tenim canvis importants en les vies d'administració de les drogues que, sens dubte, estan provocats per l'epidèmia de la sida.

I tenim unes polítiques assistencials cada vegada més integrades en les xarxes de salut i de salut mental, perquè és cert que les drogues emergents, sobretot els derivats de les amfetamines -com l'èxtasi i d'altres-, provoquen trastorns psicològics que requereixen la integració de molts dels pacients a la xarxa de salut mental, i perquè tenim patologies duals cada vegada més prevalents. Això també ens fa entendre que la resposta ha de venir per part del sistema de salut mental, moltes vegades.

Tenim polítiques de manteniment amb opiacis massives. Milers, desenes de milers de pacients, a Europa, estan cada dia anant a prendre metadona o altres derivats. A Espanya, hi ha alguns programes i aquí, a Catalunya, en concret, hi ha assaigs clínics amb heroïna. Però potser el més interessant és entendre que els programes de manteniment són programes totalment normalitzats i que ningú no s'estranya que es faci això, i que dintre de les polítiques de prevenció de riscos o de donar xeringues, tampoc no sorprèn ningú pràcticament, o almenys la gent entén, que són pràctiques que tendeixen a disminuir les patologies derivades del consum de drogues.

Tenim xarxes professionals de treball. Tenim moltes xarxes, molt *networking*, a Europa, i Catalunya participa en un nombre important d'elles -prevenció, assistència, avaluació. L'Observatori de Drogues acumula, dirigeix i pivota diverses d'aquestes xarxes de *networking*, de treball.

En canvi, seguim tenint alguns problemes que pensàvem que els havíem superat, com pot ser el de l'acceptació per part dels veïns de recursos terapèutics propers als seus habitatges. I aquest és un problema que hem tingut sempre, que es torna a reproduir en aquests moments aquí, a l'Hospital Vall d'Hebron, i que requereix molta tasca d'informació, de sensibilitat, d'explicar que és molt millor tenir un centre de tractament, encara que sigui de venipunció, que no tenir-lo. I això és una tasca diària d'anar explicant el perquè aquests centres tendeixen a reduir l'impacte patològic del consum de certes drogues.

El futur és de normalització del fenomen. És un futur de control de qualitat del que fem. En aquests moments, el que cal en moltes de les polítiques que es van aplicar més, polítiques d'avaluació, d'eficiència del que estem fent, de si el que realment estem esmerçant -els recursos- és el que realment hem de fer i, per tant, quins indi-

cadors d'eficiència apliquem al que estem fent. Jo crec que hem d'avaluar-ho tot. L'increment de les patologies mentals associades al consum de drogues és un altre dels grans sectors emergents i, per tant, requereix recursos i formació per a això.

Aquest conjunt de polítiques que s'han fet des de la Generalitat, en aquests potser vint-i-cinc anys, i una mica el que ara podem escoltar a la consellera, es concreta en una xarxa d'atenció que, d'alguna manera, és un bon exemple d'integració de recursos -perquè hi ha un percentatge elevat de recursos integrats a la xarxa de salut pública i a la de salut mental. Alhora, és un bon exemple de prevenció comunitària i a l'escola, és un bon exemple de normalització, d'explicar i d'abordar el fenomen com un fet de normalitzar des de l'atenció solidària i social de les persones afectades.

Jo crec que és una feina ben feta, la d'aquests vint-i-cinc anys. És millorable, com tot. Però en qualsevol cas, el que hem pogut constatar, veient el que passa al conjunt d'Europa, és que les polítiques de resposta a aquest fenomen van tendint totes cap a models semblants al que s'aplica aquí, a Catalunya. És a dir: prevenció comunitària escolar, integració de resposta sanitària, polítiques de salut pública i de tractament mental en els problemes de patologies duals i d'altres, i polítiques d'informació suficient per tenir -almenys- un coneixement exacte del que està passant.

Aquest és un fenomen llarg, que serà molt llarg. Òbviament, cap dels qui estem aquí no veurem que això un dia s'eradiqui o es deixi d'eradicar. Sempre hem dit que hem de conviure amb aquest fenomen i, per tant, des de les administracions públiques i des de les polítiques, el que s'ha de fer és donar la resposta més normalitzada i proporcionar eines a la societat; perquè el sentiment que a vegades hi ha, que aquest és un dels grans problemes que avui té el col·lectiu de les nostres societats, rebaixi nivells d'intensitat i de preocupació, i es vegi que la resposta que s'està fent des dels sectors públics i privats és que s'intenta buscar solucions concretes a problemes concrets. La droga no és un ens abstracte; les drogues són substàncies que afecten la salut de les persones i l'Administració té la capacitat de donar resposta a aquests problemes que afecten les persones.

La consellera de Salut, que avui ens parlarà del tema de salut i drogues, és una metgessa que, a més, coneix bastant bé aquestes

qüestions des de la base, perquè ha treballat bastants anys professionalment a l'àmbit de la resposta al problema de la sida, que ha estat -com sabeu- en un percentatge molt elevat molt vinculat a l'ús de drogues per via parenteral. Per tant, crec que és una persona que reuneix, en aquest cas, dues vessants importants: ser la responsable política de la salut del Govern de la Generalitat de Catalunya i, d'altra banda, és una persona que -des de la base- ha conegut bé almenys una part, una cara o una faceta del fenomen de les drogues. En aquest cas, doncs, és una persona perfectament indicada per plantejar-nos aquesta sessió d'avui sobre drogues o salut i drogues.

I res més, sols vull donar-li la paraula i agrair-li que m'hagi permès introduir-la, almenys durant deu minuts, en aquest tema.  
Moltes gràcies.

### **Queco Novell**

Gràcies, senyor De Torres. A continuació, com deia, té la paraula l'Honorable Consellera de Salut, la senyora Marina Geli.

Moltes gràcies. Abans que res, vull agrair al senyor Novell i al senyor Santiago de Torres que hagin volgut acompanyar-nos en un tema que per mi era obligat i que potser calia posar en aquesta agenda de reflexió i també de debat d'elecció política, ja que aquesta n'és la quarta sessió: en la primera, parlàvem de des-centralització i participació; en la segona, de dones i salut; en la tercera, de recerca i innovació; i avui, de salut i drogues.

Intentarem fer una anàlisi del que ha passat en els últims anys, tant en patrons de consum com també de xarxa assistencial o xarxa sanitària. Però, si em permeten, calen uns termes previs. Primer -i ho deia el senyor Novell-, drogues i salut deuen ser incompatibles. Evidentment, el que no podem fer és una negació que en el nostre món no existeixen les drogues, perquè segurament, doncs, el que hem de fer és conviure en un món on hi ha diferents substàncies que podrien portar a l'addicció. Però també les addiccions formen part de la personalitat de la gent i, en ocasions, no són només addiccions a les drogues.

També cal acceptar que en parlem molt poc i que també es diu amb molta facilitat -i avui en parlarem, però podria ser l'últim debat en profunditat- que hi ha addiccions a drogues farmacològiques que les assumim com a normals, simplement perquè han estat prescrites per un grup professional. Per tant, aquests són uns altres elements.

També voldria discutir amb vostès, evidentment, que el nostre nivell de tolerància amb una societat com la que tenim és molt variada. Estem davant d'una aprovació d'una llei estatal en relació al tabac i hi ha tota una campanya generada en contra dels -diríem- fumadors o a favor dels no fumadors o fumadors passius. De cap manera no parlem de la mateixa forma amb l'alcohol. Per què? Doncs per raons més sociològiques, antropològiques... si m'ho permeten. Hi ha persones afectades per l'alcoholisme i, a les carreteres, cada dia, un cinquanta per cent -aproximadament- dels accidents de circulació tenen a veure amb els consums d'alcohol i els d'altres substàncies.

Si parléssim d'accidents laborals o d'agressivitat i virulència, o també de la nostra pròpia tolerància a les drogues, la casuística

n'és plena i per això és tan difícil la salut pública. Hi ha uns patrons culturals, dels quals parlaré, en un món de consums, en un món individualista, amb uns valors com la competitivitat, el lleure o d'un determinat lleure imposat a la nostra societat, que fa que siguin molt més fàcils determinats tipus d'addiccions que, a més, no es veuen com a addiccions. I per això nosaltres, amb el nostre model del Departament de Salut, que en qualsevol tema van implícits la salut pública, l'assistència i l'espai socio-sanitari, i també amb les drogues, per descomptat, no volem defugir cap d'aquestes parts.

Per tant, si em permeten iniciar aquesta conferència, o reflexions o idees polítiques, parant un moment, diguem allò que és obvi, però que ens ho hem de tornar a dir: l'alcohol i el tabac continuen sent les substàncies, des del punt de vista de salut pública, més importants en relació als consums. I ha estat constatat ja, clarament, un increment del consum habitual de cànnabis que es situa ja, en la població catalana de catorze als divuit anys, en un nivell similar al consum de tabac. Ens agradi o no, la iniciació al cànnabis està substituint o acompanyant en aquesta iniciació a l'adolescència. I aquest és un fenomen històricament relativament nou -del que després parlarem, perquè ja avui el cànnabis és la tercera substància consumida entre la població general, després de l'alcohol i del tabac.

Evidentment, és preocupant el consum de cocaïna esporàdic i habitual, que continua creixent en molt poc temps -en deu anys, es pot veure com se n'ha incrementat el consum. Dic esporàdic, però després en parlarem, perquè, com tot en salut pública, allò que és esporàdic, inclòs el consum de cocaïna, no genera percepció d'addicció, quan en realitat ho és; el que passa és que és una altra forma d'addicció. Això també està passant amb el canvi de patrons del consum d'alcohol, especialment entre gent jove. Altrament, el consum d'èxtasi decreix en els últims anys.

Passarem alguns gràfics per veure on estem. En els últims mesos, quan es pregunta als joves de Catalunya d'entre catorze i divuit anys si han consumit tabac o alcohol o cànnabis, en els últims trenta dies: el 68% ha consumit alcohol, el 31% ha consumit tabac i el 31%, pràcticament, també ha consumit cànnabis.

Quan es pregunta a aquests joves de catorze a divuit anys, a Catalunya, sobre el consum -basant-nos en una sèrie històrica (del 1994 al 2004), als últims deu anys-, poden observar clarament com s'està incrementant: un 3,4% d'aquests joves diu que ha consumit cocaïna -estem parlant d'un 3,4%, en els últims trenta dies- i un 1,1% que ha consumit èxtasi.

Quan analitzem estudiants de segon cicle d'ESO, de catorze a setze anys, i els preguntem per l'ús diari, en aquest cas, de tabac, veuen com hi ha en general una tendència a la disminució, però l'increment és molt menys important en les noies joves, que continua sent fins i tot superior al dels nois de la mateixa edat.

Quan ampliem una mica aquesta franja d'edat, hi ha algunes diferències, però no gaires: l'alcohol continua sent clarament el primer problema de salut pública des del punt de vista dels consums: el 54% són fumadors o han fumat en els últims trenta dies; el 27% ha consumit cànnabis -i aquí baixa, perquè hem ampliat aquesta franja-, però també el 2,1% de la població entre quinze i vint-i-nou anys, a Catalunya, diu que ha consumit cocaïna en els últims trenta dies i un 1,5% afirma que ha pres èxtasi.

Si ampliem aquesta evolució de la prevalença en els últims temps i en la població de quinze a seixanta-quatre anys, l'alcohol, el tabac, el cànnabis i la cocaïna baixen, perquè estem ampliant la població. Aquests indicadors continuen sent molt clars, ja que són allà on hem d'esmerçar clarament els esforços i, evidentment, de manera diferenciada.

A l'evolució del tabaquisme en la població catalana adulta hi ha un increment del consum entre les dones -això ho vam parlar quan fèiem una mirada per sexes, a la salut- i una disminució progressiva de la tendència general, que es produeix entre els homes, que clarament s'estabilitza perquè es compensa per l'increment del tabaquisme entre les dones.

Quan ho analitzem des de l'Observatori Català de Nous Consums, hi ha alguns elements que han de dirigir la política sanitària. Aquesta és una mirada als hàbits dels joves. El cap de setmana concentra els màxims consums; per tant, aquest patró s'està consolidant. És un patró clar de consums lligat al lleure: tant amb l'alcohol, amb la cocaïna, amb drogues estupefaents, com amb cànnabis hi ha una clara associació, fins a la intoxicació etílica. Però tot és lligat al lleure i això comporta de forma clara una percepció absolutament diferent, perquè entre setmana el consum normal és inexistent o molt moderat. I això també està passant amb la cocaïna. Per tant, no hi ha cap percepció o arriba més tard, a la nostra xarxa d'atenció a les drogodependències, perquè el consum està molt lligat al lleure i, per tant, té molt poca incidència... i fins s'arriba a la banalització d'aquest patró de consum.

El consum d'èxtasi ha tendit a disminuir. Els consums d'èxtasi

líquid i el d'LSD són molt minoritaris, i curiosament no hi ha cap diferència -això és una cosa nova, en termes històrics- entre noies i nois, a l'edat d'inici. Vaig comentar que hauríem d'haver analitzat en els últims temps, molt més que fins a aquests últims anys, si ser dona o noia era un factor protector per iniciar-se a les drogues. En canvi, ara, ha deixat de ser-ho. En el cas del tabac, és al contrari; mentre que amb l'alcohol i altres substàncies comencen a haver-hi diferències. Fins ara, sempre eren majoritaris els consums patològics entre els nois que entre les noies, o més en homes que en dones.

Sí que és veritat que encara es conserva i, per tant, hi ha una esperança de feminitzar el comportament dels nois en relació als consums i que les noies no tinguin que masculinitzar els seus comportaments en relació al consum. Les noies, malgrat que s'inicien a la mateixa edat, tenen un consum posterior més prudent i controlat, potser per aquesta anàlisi més social, si em permeten.

Per què aquest canvi de patrons de consum? Tenen a veure molt més amb canvis socials o canvis de valors que realment amb la xarxa purament assistencial o amb un concepte clàssic de sistema de salut. Tenen a veure amb aquests elements: els canvis socials -dels quals en parlem potser poc com a factors desencadenants d'aquests canvis-; la competitivitat com a valor; la prolongació de l'etapa de la joventut que, segurament, es produeix perquè no tenen recursos per independitzar-se, per llogar o comprar un habitatge i han de continuar vivint a casa dels pares, per tant, potser l'única sortida és un lleure de dijous, divendres i dissabte a la nit, amb més diners de butxaca que tampoc no els arriben per independitzar-se; l'extensió del cap de setmana a més dies; la importància del consumisme en la societat occidental; l'oci i un altre patró de consum, amb persones més grans, especialment lligat a la cocaïna, d'èxit immediat. Perquè hi ha, i no faig cap culpabilització, una franja d'edat, que s'amplia, de consumidors de cocaïna, que són persones amb alt nivell cultural, amb un nivell de renda alt i que aquest consum forma part de la seva vida, com a esnobisme o com la cerca de l'èxit que es pugui obtenir amb un efecte més immediat, tant a la professió com a la vida privada. Per tant, realment, aquí hi ha al darrere de tot alguns condicionants socials en aquests canvis de patrons de consums.

Quan mirem què ha passat a la xarxa d'atenció a les drogodependències, en aquests últims anys, observem que hi ha hagut canvis. Aquí tenim una seriació més llarga. Aproximadament, unes 15.000 persones demanen assistència sanitària als centres d'atenció de toxicomanies.

Del 1991 al 2004, l'alcohol continua tenint la demanda més

alta i s'incrementa; l'heroïna ha baixat clarament, perquè ha baixat el seu consum; està incrementant-se de manera importantíssima la demanda assistencial de cocaïna; i el cànnabis, malgrat que n'ha augmentat molt el consum, no és percebut ni té demanda d'assistència sanitària.

Què ha passat amb els consumidors d'heroïna, a Catalunya? Com deia el senyor Santiago de Torres, n'hem après molt durant aquests últims anys. Vam discutir-ne molt als anys vuitanta, a finals d'aquella dècada. Espanya va arribar tard als programes de reducció de danys, que van arribar de la mà de la sida, i per això, segurament, vam tenir l'epidèmia de sida més important d'Europa. I va ser de la mà de la sida -no dic gràcies a ella-, perquè afirmar que tingués algun efecte positiu aquesta epidèmia quasi és impossible. En aquells moments, a finals dels vuitanta, va ser quan va haver-hi un consens en plena epidèmia de la sida, quan dèiem: «*Aquí hem de fer alguna cosa.*» I n'hi vam fer més d'una. En política sanitària, els tècnics, per descomptat, vàrem dir: «*Hem de donar tractaments alternatius a l'heroïna*». En aquell moment, varen començar els programes de reducció de danys, que s'han mantingut fins ara. A Catalunya, actualment, en tenim casos actius: unes vuit mil persones que estan en tractaments substitutius amb metadona.

La política crec que ha de valorar: què hagués passat si no haguéssim decidit això? Ja no sabrem mai quantes infeccions de sida, quantes hepatitis C, quants morts i, fins i tot, quantes persones amb més situacions a la frontera de la delinqüència es van aturar. No ho sabrem mai perquè, en salut pública, d'allò que va bé no saps mai què n'has estalviat. Però això ens orienta a pensar que el reforç ha d'estar molt adaptat als nous consums. Amb la cocaïna no tenim el mateix que amb la metadona. En tot cas, hem de pensar que si els tractaments van ser útils en aquell moment, en el futur també ho han de ser, tal com ho estem fent, investigant altres vies de programes, amb una lliçó d'humilitat i, a més a més, sense dogmatismes. Recordo perfectament els debats que hi havia a finals dels vuitanta, després d'un llarg franquisme, en els quals dèiem: «*El que s'ha de fer són programes lliures de drogues*».

És veritat, aquesta és la gran prioritat. La vida ens ensenya que això s'ha de fer així i, alhora, s'han de fer programes de reducció de danys que, en termes històrics, també han servit. A més, hi ha la sensació que ha millorat el sistema sanitari, que les drogues -almenys en una fase aguda- maten poc. I això és veritat. Maten molt, però no sabem fins quant. No hi ha cap manera d'esbrinar-ho amb la mateixa concepció que ho podem fer amb l'infart de miocardi o amb el càncer. Entre el tabac i el càncer de

pulmó hi ha una associació evident. Aquesta relació l'hem remarcat en especial, perquè hem de dir clarament i ho diu tota la literatura mèdica, aquells que classifiquen malalties: «La toxicomania és una malaltia crònica residual que pot entrar en remissió en un període llarg d'abstinència», però o entenem això o ens costarà explicar quin és el nivell d'èxit assolit -i ara parlo des de la salut, després també hem de desmitificar que les polítiques assistencials no són útils.

Per tant, en la situació actual, fent un repàs del que hem fet, de com han canviat els consums, però també del que hem heretat, es pot dir que l'alcohol i el tabac -en termes històrics- continuen sent els elements clarament causants de la morbiditat i la mortalitat més altes. El descens del consum d'heroïna està fent baixar la demanda assistencial, comptant que tenim vuit mil persones en tractament substitutiu amb metadona, i que només augmenten el consum de cocaïna i la demanda assistencial pel seu ús.

També ens hem de dir, clarament, que hi ha una baixíssima percepció de risc entre els joves, especialment en relació als consums i molt més específicament en relació al cànnabis -aquí també podríem posar: drogues estimulants, èxtasi, psicofàrmacs, etcètera-, perquè està molt lligat al lleure. De moment, s'ha aconseguit un canvi -i això és positiu- en termes de salut pública: la via endovenosa és cada vegada menys freqüent; s'esnifa o es fuma, fonamentalment.

L'hepatitis C, malgrat tot, continua sent molt prevalent entre les persones que es varen injectar o que s'injecten. La situació actual també, amb aquest canvi, amb els vells i els nous consums, continua comportant una clara morbiditat psiquiàtrica i orgànica; això només fa que incrementar-se amb el consum, especialment amb l'increment de consum de cocaïna. Que si bé no és percebut, perquè està molt lligat i potser és més esporàdic, la relació de la cocaïna amb infart de miocardi, accident vascular cerebral i brot psicòtic és ben evident i està prou demostrada. Per tant, també ens hem d'acostumar a veure -igual com vam fer amb els consumidors d'heroïna, els d'alcohol o de tabac, dels quals en sabem més-, quina és la vessant orgànica dels nous patrons. Ho hem de publicitar i ho hem de dir; jo crec que encara estem en una fase poc explícita. De l'alcohol sabem els seus efectes orgànics i psiquiàtrics, del tabac i l'heroïna també; però, en canvi, del cànnabis i la cocaïna ho hem publicitat poc. La gent té poca percepció del risc que corre, encara que sigui amb un consum esporàdic; perquè, més òbviament, la cocaïna pot provocar i provoca problemes orgànics i psiquiàtrics freqüents.

Estem parlant d'un subgrup petit numèricament; però que, en canvi, és el que ben segur que omple més titulars i conflictes socials, precisament els que comentàvem, fins i tot en la necessitat d'anar incorporant determinats tipus de recursos a la societat. És un subgrup marginal de consumidors. I fem sempre l'estruç: mirem la punta de l'iceberg i ens preocupa molt, molt, molt. Aquesta punta de l'iceberg són aquests consumidors molt marginals i costa trobar els recursos per a ells. Però la visió global del tot, que ha de ser de tots, és molt difícil, perquè continuen formant part, a vegades, de les vides privades, i tot allò que no passa a fora, en un món cada vegada més individualista... I compte! que el consum d'alcohol barrejat amb d'altres té uns efectes extraordinaris; molt més important que el d'aquest grup marginal. Només cal posar l'exemple dels accidents de circulació: les primeres causes de mortalitat per franges d'edat de gent jove, junt amb la velocitat, són l'alcohol i la falta de subjecció.

Quin és el model que plantejem? I no parlo de tornar a començar. Nosaltres construïm sobre la base del que s'ha fet durant molts anys -i ben fet-, tenint en compte les noves necessitats i revisant quines són les grans oportunitats i els canvis que hi hem de fer.

Això no està gaire lluny del que hem fet. Amb algunes qüestions que hem d'enfortir, continuem apostant per la prevenció -eina específica per a l'àmbit assistencial-, per la reducció de danys, per la reinserció sociolaboral, per alguns canvis legislatius, per un rigor en l'avaluació de qualitat i perquè el món ha de tenir una coordinació internacional clara en polítiques de drogues.

En l'àmbit preventiu això és diàfan; per això, al nou Pla director del Departament de Salut vam unificar el Pla director de salut mental i addiccions. Per nosaltres, l'àmbit preventiu inclou promoure la salut mental i, evidentment, fer prevenció de la malaltia mental, enfortir els projectes de prevenció comunitària: a l'escola -que ja hem començat-, als barris, als equips d'atenció primària, amb tots els altres, amb totes les altres administracions. Que aquí en tenim cultura i, especialment, Catalunya té força cultura; el món local ha fet una feina extraordinària, poc escrita a la història, si em permeten. Però nosaltres la continuem i, a més, amb el nou model d'organització del nostre sistema de salut, hi trobarem grans oportunitats -ja en parlaré després- amb els models territorials de salut.

En l'àmbit preventiu, per nosaltres el programa *Salut i escola*, el nou programa *Salut i escola*, és una aposta decidida perquè el sistema de salut -que és als centres sanitaris- anirà als instituts; això també és un programa d'implantació progressiva dels depar-

taments d'Educació i de Salut, on volem enfortir els programes d'educació sanitària i de promoció de la salut, també en drogues, estar al costat dels ensenyants, de les famílies i també dels joves. Amb aquesta consulta anònima, on els joves de tercer i quart d'ESO poden venir a la infermera o el metge a explicar qualsevol tema, hem avançat molt. Ara, quan estem avaluant la primera etapa del curs passat, ens trobem que les preguntes en relació amb els tòxics són una part important de les consultes que fan els nostres joves als instituts, en aquesta consulta anònima.

Decididament, cal insistir en el treball amb les famílies. En la ironia del senyor Novell, respecte al fill que li diu al seu pare: «*Què vols saber de sexe?*», crec que -segurament- també deu passar en l'apartat de les drogues. Han canviat tant els patrons de consum entre els pares i els fills, que fins i tot no parlen el mateix llenguatge. Els mons del lleure s'han diversificat: hi ha joves que surten de tarda, de nit o de matinada. N'hi ha que dormen abans... perquè comencen a sortir a la una i tornen a les set, quan els pares es desperten a les vuit. Per tant, hem segregat els mons del lleure i d'aquest àmbit és difícil parlar-ne, si no t'ho proposes seriosament. Però no es viuen diferents mons del lleure junts; estic parlant en les edats de l'adolescència.

No pensin que des de Salut volem canviar els patrons del lleure, cosa que es podria millorar. En faig una constatació: aquí també necessitem connectar amb els fills del llenguatge del que passa, perquè els mons del consum s'han diferenciat amb una única generació. I per nosaltres, els centres de salut són un element prioritari. Hi anem treballant molt, de manera molt generalitzada, en la capacitació, en la introducció de manera eficaç, diària, en qualsevol intervenció, en la detecció precoç i en la intervenció breu dins del consum de drogues -alcohol i tabac, especialment, però també en d'altres.

En aquest moment, el 96% dels nostres centres de salut han estat formats en el programa d'intervenció breu *Beveu menys*, amb gairebé set mil professionals formats en tota la xarxa i a més amb la xarxa de referents d'alcohol en assistència primària. És exactament el mateix que estem fent als centres sense fum, ja que no es tracta només de deixar de fumar als nostres centres, sinó de donar la capacitació als nostres professionals per a què estiguin al costat dels pacients, per a què preguntin sempre, per a què acompanyin la gent, per a què no s'iniciïn en el tabac o per donar solucions a aquells que ho volen deixar, per a què els ajudin. L'any 2005, la cobertura d'aquests centres sense fum era del 75%; al 2006, serà del 100%.

També estem treballant en un programa amb els hospitals, que tot just iniciem. És un programa internacional de l'Organització Mundial de la Salut: els hospitals amb visió de salut pública. De moment, n'hi tenim acreditats dos: l'Hospital del Mar i l'Hospital Josep Trueta de Girona. Però aquest procés ha de ser progressiu. La mirada dels hospitals també ha de ser molt important en la detecció precoç i en la derivació, quan hi ha un cas de consum, a la xarxa assistencial comunitària. I encara hi ha moltes altres qüestions de programes dintre els hospitals.

I, per descomptat, continuem amb pragmatisme anant allà on hi ha més consums: el programa *Nit segura* -que ja el coneixen-; intervencions en grups de prevenció SOMNIT; difusió de materials de reducció de danys i de riscos -a l'estiu, especialment- en aquests llocs on els consums són més importants i en poblacions receptores de turisme, en webs especialment adreçades a diferents públics juvenils. Ara en podran veure una petita mostra: aquest, per exemple, diu on pots calcular el que has pres i aquí calcula el nivell de risc que hi ha amb els consums que es fan -és un joc interactiu. I no hi ha només material didàctic, sinó també programes ben lúdics... Aquests són de primària i interactius; també n'hi ha d'educació secundària, d'ESO i de batxillerat; materials per als agents educadors i per als universitaris, amb un llenguatge fet per ells mateixos. En l'àmbit de l'oci, estem en contacte amb els empresaris d'aquest sector, uns agents que han d'estar al nostre costat -sens dubte-; perquè, al final, els empresaris entenguin que és un bon valor afegit per al seu negoci i per a la seva activitat, que hi hagi un consum responsable.

Ara veuen diferents materials que, en llenguatge sempre molt adequat i amb estètica -si em permeten-, va adreçat al públic a qui nosaltres ens adrecem. Aquesta és una mostra de programes pensats per a llocs turístics de la costa, especialment adreçat també a poblacions que siguin responsabilitat de les mútues, més que del sistema de salut. També és evident que hem de fer prevenció en l'àmbit laboral i, amb molt especial interès, en la prevenció en col·lectius específics. Hi ha suficients demostracions que ens recorden que hem d'estar molt amatents amb els fills de persones afectades per diferents consums, com les persones de risc; perquè no s'hereta el patró de consum, però sí que s'aprèn i, per tant, aquest és un subgrup poblacional important.

Cal fer una especial incidència en les minories ètniques i els immigrants que estan a casa nostra, cada vegada més freqüents; no perquè siguin minories ètniques i immigrants, sinó per les males condicions de vida en què viuen, en moltes ocasions.

Evidentment, cal no oblidar els centres penitenciaris. Hi ha un alt, altíssim percentatge de persones amb privació de llibertat, que tenen consums de drogues o n'han tingut antecedents.

A més, cal assenyalar els joves amb situacions de més risc social i també els col·lectius de persones lligats al sexe comercial.

La xarxa d'atenció als drogodependents, a Catalunya, s'ha anat estenent de manera molt important pel territori: tenim seixanta centres d'atenció, amb unitats de desintoxicació i moltíssims programes de manteniment amb metadona, que també estan lligats amb centres d'integració social.

Què ha passat en els últims vint anys? La tendència general és que els centres d'atenció als toxicòmans es vagin integrant a la xarxa sanitària. Avui, on estan ubicats aquests CAS? Un 22% en el mateix espai dels centres de salut; un 9% en els centres de salut mental; un 20% en els hospitals generals; i la meitat, aproximadament, estan segregats.

Tot ens fa pensar que anirem cap a un model de CAS integrat a la xarxa sanitària, fins i tot ubicat, que això és el que demanen els nostres professionals. Per què? Perquè és més fàcil treballar conjuntament amb els altres professionals, perquè -ho dèiem abans- les patologies orgàniques i les psiquiàtriques necessiten que es treballin amb els «primaristes», els experts en psiquiatria i, per descomptat, els experts en toxicomania. I, fins i tot, als hospitals generals això no és avui un problema o no hauria de ser-ho. En alguns moments ho és, quan -curiosament- els recursos són vistos més com a un conflicte social que com a solució sanitària. El centre d'atenció de toxicomanies és un centre sanitari, exactament igual que un centre de salut, que un de salut mental o que un hospital general. El que fem a dintre són diferents programes, per descomptat; un d'ells pot ser el d'intercanvi de xeringues o una zona de venipunció higiènica, però són recursos sanitaris.

Són diferents eines, perquè entenem que, des dels programes lliures de drogues fins als de reducció de danys, hi ha una esca-la que hem après i que han demostrat ser efectius en els últims anys. Crec que hem de tornar a un discurs sanitari i, quan dic sanitari, incorpore el que és sociosanitari; perquè, sinó, em sembla que costarà explicar el que hem après en els últims vint-i-cinc anys: que els recursos sanitaris ajuden obertament, també, a poder fer programes socials, i això és un objectiu de salut. Aquesta és la distribució geogràfica, a tot Catalunya, per descomptat.

I també cal dir que, des de Salut, hi ha èxits amb aquest tractament de la malaltia crònica, els mateixos èxits que tenim amb altres malalties cròniques com la diabetis, la hipertensió o l'asma, en què els pacients recauen entre un 30 i un 70%. D'això hi ha estudis recentment publicats, al 2005.

Ens ho diem poc, però si acostem els toxicòmans a la xarxa sanitària, el nivell d'èxit és molt millor que si no els hi acostem. Hi hem d'emprar tot el que tenim a les nostres mans, pensant que no podem renunciar a res.

Aquests són alguns estudis publicats de quins són els nivells d'èxit en relació a alguns patrons de consum. Quan es parla de la dependència a l'heroïna, sense tractament, hi sol haver un 5% d'abstinents i un 95% de recaigudes. Amb una bona desintoxicació, al cap d'un any, hi ha un 46% d'abstinents; un 14% de consums puntuals a l'any i un 65% d'èxits terapèutics.

Si parlem de programes de manteniment amb metadona, l'índex de retenció que hi trobem -que vol dir sense altres consums, continuant amb la metadona- és del 80% als dos anys; evidentment, amb una notable disminució de les probabilitats de mort per sobredosi, d'incidència del VIH i d'altres tipus de conflictivitat legal.

Analitzem què passa entre el consum de cocaïna i els tractaments: si no se'n fa, hi ha entre un 5-10% d'abstinents; si es fa desintoxicació tres mesos, un 80%; al cap d'un any, un 50%; i amb tractaments més específics es poden aconseguir uns èxits que giren a l'entorn del 60%.

Quant a l'alcohol, en estudis de Catalunya publicats, es pot dir que fent dos anys de tractament d'una addicció alcohòlica, al cap de deu anys, el 40% no torna a consumir-ne.

Respecte al tabac, si hi ha tractament amb unitats especials, un 35% en deixa el consum; amb tractament farmacològic, ho aconsegueix un 20%; amb consell, un 8 o 10%, i sense ajuda, un 3,5%.

Hem posat aquesta anàlisi perquè, dins de la meva responsabilitat i la de la xarxa, hem d'enfocar les actuacions vers la prevenció, la detecció precoç, l'acostament dels recursos als addictes; ja que els tractaments són eficaços en la mesura que també ho són en les malalties cròniques. I ningú no dubta que un asmàtic, un bronquític crònic, un diabètic o un hipertens ha d'anar a un recurs sanitari, malgrat les recaigudes.

Tanmateix, aquesta idea basada en pensar que és una malaltia crònica d'addicció, que pot estar lliure de consums; però que, en realitat, té una base psicopatològica de predisposició genètica, ambiental, cultural, social... està molt bé assumir-ho. Ara bé, quan esdevé addicció, l'hem de tractar com el que és.

He dit abans que hem elaborat el Pla director de salut mental i addiccions, i que el vam presentar dilluns 10 d'octubre, precisament en el Dia de la Salut Mental. A partir d'ara, després d'aquesta revisió, hem de créixer amb alguns elements, amb alguns programes específics. Ja en tenim una patologia dual: drogoaddiccions i trastorns mentals. Ens és igual què és primer i què és segon; a vegades, unes drogues indueixen la malaltia mental i, en d'altres, la malaltia mental indueix, també, els consums. Això està incrementant-se.

Indiscutiblement, hem d'estar més amatents en els casos en què hi ha dones, especialment en les prostitutes. Percebem que hi ha un canvi bastant desconegut encara dels patrons de consum en les minories ètniques immigrants, perquè tenen uns perfils culturals diferents, per descomptat. Hem d'estar presents al costat dels cossos de seguretat, continuar estant molt presents en les institucions penitenciàries amb privació de llibertat, i també les de justícia juvenil. Hem posat el model de Can Brians, perquè estem dissenyant un nou model de CAS -un centre d'atenció als toxicòmans, dintre de les presons. El 44% de les persones amb privació de llibertat, a Catalunya, tenia antecedents de consum de cocaïna; el 36%, d'heroïna, i el 23%, malgrat que a fora ha baixat molt, el seu patró de consum continua sent per via parenteral.

L'alta concentració de toxicòmans a les nostres presons i a la justícia juvenil ens està fent replantejar que no en tenim prou amb el que teníem fins ara, que ha estat absolutament útil, i que hem de reforçar l'atenció als toxicòmans interns, fins i tot, com una de les possibilitats posteriors de reinserció. Evidentment, hem d'estar molt amatents en els programes específics de revisió i també d'habilitació; hem d'estar molt al costat dels nostres professionals sanitaris, que s'han anat adaptant a aquest canvi de patró de consum de l'heroïna, mentre cada vegada hi ha una demanda més creixent d'atenció als cocaïnòmans.

En l'àmbit assistencial, el Pla director ens diu -i ho estem fent- que cal revisar les condicions dels professionals. La segregació de la xarxa d'atenció a les toxicomanies ha fet veure que els professionals que es dediquen a aquest sector han de ser diferents als altres i no només per la seva formació, que ha de ser així, però no per ser malvistos ni en les condicions salarials, ni en les

condicions de carrera professional, com la resta de la xarxa. Són una part del sistema a qui hem d'anar integrant i donant, evidentment, les mateixes possibilitats que té el personal mèdic o sanitari dels centres de salut, o els professionals dels nostres hospitals. Per què no poden tenir accés a la carrera professional? O a altres consideracions de tipus remuneratiu?

Hi ha un altre element aclaridor: la provisió de serveis generals. S'ha de pensar que també s'han d'anar incorporant per als qui poden patir les conseqüències de no anar a cap lloc sanitari; però, sobretot, per poder fer una segona intervenció de tipus social. Aquesta és la realitat d'una varietat de recursos que van més cap a programes lliures de drogues fins als de molt baixa exigència i que s'han demostrat útils.

Per què deia que ens costa, en aquest moment? Perquè en aquest subgrup de toxicòmans que existeix a casa nostra, politoxicòmans en general, persones amb pocs recursos socials, els seus patrons de consum vénen i estan en relació amb un món en conflicte social. Però aquestes estratègies són intents de solució i no de generació de conflicte, i ho hem de pactar amb els ciutadans, amb els barris, amb les entitats -evidentment-, amb les formacions polítiques. Ara els explicaré el pacte que molt aviat tornarem a signar i, indiscutiblement, hem de continuar fent accions especials en zones d'exclusió social.

Estem treballant en un programa que es dirà *Barris i salut*, d'acord amb el Departament de Política Territorial i amb els ajuntaments. En aquestes zones on hi ha un pla de barri, de comú acord amb Política Territorial i amb l'ajuntament implicat, el Departament de Salut farà un programa amb els altres actors locals de salut comunitària, prioritzant els territoris de Catalunya amb més dificultats. Per tant, la incidència del barri hi serà molt més específica.

Estem parlant, amb aquesta diversificació, d'un assaig sobre l'heroïna que és multicèntric i que comentava el senyor Santiago de Torres; aviat podrem presentar-ne les conclusions, a finals d'aquest any. Aquest subgrup del que parlàvem és petit: té quaranta-cinc persones, que veurem si pot ser una alternativa a una minoria de persones que no responen als tractaments substituïts de metadona. Hi hem de tornar i és difícil, evidentment, perquè hi ha prou patiment entre les famílies. Cal estar al costat de les famílies i de les persones afectades que són als moviments associatius, perquè ens ajudin, amb la seva participació i amb aquestes estratègies. Tanmateix, hem de continuar confiant que hi ha i és possible un àmbit de reinserció sociolaboral. Amb els altres departaments implicats estem acabant una guia sobre

com podem ajudar els itineraris de reinserció sociolaboral, quan estem en els CAS.

Hi ha una vessant legislativa que hem de fer efectiva. Hem obviat, potser per ser més coneguda, la nova normativa de la regulació del tabac -que l'any 2006 entrarà en curs-, tot allò que fa referència a la publicitat de begudes alcohòliques i la convergència amb un marc europeu de debats molt importants sobre la venda, promoció i limitació del consum i dels seus espais. El nostre món no és solament català o espanyol, sinó que és un àmbit, com a mínim europeu, i internacional, sens dubte.

Hem de continuar-hi cooperant, fent de la recerca i del rigor la nostra força, igual que en qualsevol àmbit. Catalunya té una història llarga amb xarxes internacionals sobre intervencions breus en problemes d'alcohol; projectes europeus sobre atenció primària i alcohol amb el suport de la Comissió Europea; un projecte sobre la potenciació de la legislació i l'autoregulació al voltant de la publicitat i l'alcohol; projectes europeus de metodologia adreçada a joves, pares i mares, i de formació d'iguals. També participem amb molt interès, des de fa poc, en un programa important i ambiciós de promoció de la salut mental i prevenció de la malaltia mental.

Hem de continuar enfortint allò que, des de Salut, en diem els àmbits de qualitat. Els sistemes d'informació són una necessitat epidemiològica bàsica per a les anàlisis i les avaluacions d'estratègies, i inclouen: la formació dels professionals, la informatització de la xarxa, l'elaboració de guies clíniques, l'avaluació de plans de qualitat. Hi ha algunes novetats d'enfortiment en els canvis al nou Pla de salut mental i addiccions.

Les necessitats són les que fan i les que decideixen les prioritats. La promoció de la salut i la prevenció de trastorns fan aquest abordatge integral. Cal evidenciar que les decisions són tècniques, que nosaltres prenem decisions segons el rigor tècnic, que estem avaluant i hem d'avaluar si els recursos que hi posem són efectius, que hem de tornar als consells en consciència entre experts, que hi ha d'haver -potser de nou- un lideratge polític i tècnic.

Catalunya té una llarga tradició de consens polític sobre drogues. Això ha tingut unes repercussions absolutament importants, que han permès durant molts anys no fer electoralisme partidari en relació a les drogues. Això ha tingut una cara negativa, ja que potser el lideratge més extern ha estat més feble, si em permeten.

Hem de recuperar el consens polític. No dic que s'hagi trencat,

sinó que l'hem estat revisant durant aquests últims mesos i, molt aviat, el Parlament de Catalunya tornarà, en sessió plenària, a ratificar quin és el consens sobre les drogues de tots els partits polítics amb representació parlamentària. Ho hem tornat a dir i ho hem tornat a escriure que, com que hem arribat a un acord, ningú no donarà suport a cap grup que ajudi a la impossibilitació de posar-hi recursos. I aquest és un element remarcable. Per això, crec que ho hem de tornar a revisar i ho hem estat discutint amb els grups parlamentaris, i no ha de fer invisible el discurs polític amb relació a les drogues. Aquest és un altre element important, molt important.

Hi hem de parlar des de la vessant de la salut pública, no com si fos un problema insoluble, ni posicionant-nos en contra; sinó considerant que és un problema de salut pública importantíssim, que el nostre model és d'integració i de normalització de xarxes, que ha de ser accessible i flexible dins el món local. Amb el nostre model de descentralització del sistema de salut, a les vegueries, a les regions, i també a aquests nous governs territorials de salut que, com ja saben, a partir de final d'any crearem a tot Catalunya, amb les alcaldies, farem una governança nova del sistema de salut. Així anirem junts i, en aquestes comunitats que coneixerem bé i als districtes en el cas de la ciutat de Barcelona, en mancomunitats de municipis, on els proveïdors de tot el sistema de salut i els de drogues treballaran conjuntament. I també, per descomptat, tornarem a crear comissions de participació ciutadana on discutirem amb dades a la mà el que ha passat i el que està passant amb les drogues, a cada un d'aquests territoris. I també, evidentment, consensuarem el que hem de fer per fer prevenció o assistència, ubicació de recursos, models amb un àmbit més petit, més conegut, més pròxim.

El nostre model és treballar amb els altres sectors i en convergència amb Europa, és avaluar la qualitat en la participació als afectats, sempre socio sanitari, i per això cal un nou, gran acord polític, al que hem de passar després, per descomptat. Dic polític perquè el professional i científic està escrit; l'hem tornat a escriure. Ara falta passar d'un àmbit polític per revertir-ho al món social. La possibilitat d'aquesta taula d'acords, des del meu punt de vista, ha de tornar a generar un estat d'opinió solidari amb les diferents respostes.

Cal evidenciar que les polítiques de drogues han d'estar basades -i ho estan- en l'evidència i en l'avaluació, reforçar aquest abordatge integral de les polítiques de drogues, promoure la recerca de noves alternatives, vetllar per un tractament ètic en els mitjans de comunicació del que està passant amb les drogues; promoure una actitud ferma i dialogant davant d'alguns moviments

veïnals més reactius; fomentar un debat social i polític obert, i sense prejudicis sobre les drogues, tant les legals com les il·legals.

I ara, per acabar, s'ha de dir que les drogues, des de la humilitat de l'antropologia, segurament han existit sempre. Existeixen i probablement existiran. Aniran canviant de forma, anirem canviant-ne el nom. Alguns decidiran que algunes són legals, que les altres són il·legals. Però en aquest món, amb drogues i amb personalitats afectades per les condicions socials que afavoreixen les addiccions, cal tornar a dir que la nostra actitud, la de tothom, ha de ser col·lectiva. Primer, ha de ser d'humilitat; ja que qualsevol de nosaltres pot tenir una addicció. De fet, en tenim amb coses amb menys importància, que creen aparentment menys problemes; si ens revisem, en cadascú de nosaltres veurem conductes addictives. El que passa és que potser hem tingut la sort que la nostra addicció no ha estat alguna droga de les que en diem «drogues». Per tant, hi cal aquesta humilitat; però també -des de la meva responsabilitat política- dic que intentarem millorar-ho. De fet, estem revisant amb molt realisme, des de la salut pública, des de l'assistència i també des de l'espai sociosanitari, tots aquests elements clars -com deia al principi-, perquè les velles i les noves necessitats en el camp de les drogues han de generar la continuïtat de les respostes i, sobretot, de les noves respostes.

Moltes gràcies.

### **Queco Novell**

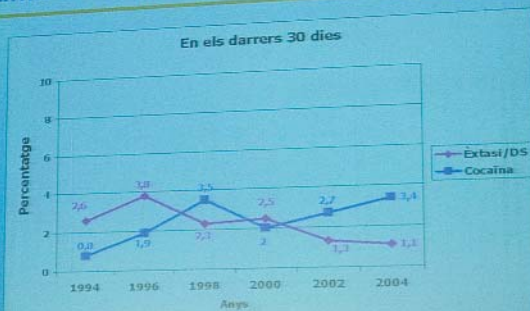
Gràcies, consellera. I agraiïm també la presència del senyor Santiago de Torres.







### EVOLUCIÓ DE LA PREVALENCIA DE CONSUM ENTRE LA POBLACIÓ DE 14-18 ANYS A CATALUNYA (%)



Font: Enquesta Escolar, Departament de Salut







## Queco Novell Clausells

---

Queco Novell Clausells va néixer a Barcelona l'any 1963. És Llicenciat en Ciències de la Informació.

Actualment, és guionista i presentador del programa *Minoria Absoluta* de l'emissora RAC1, i guionista i imitador del programa *Mire Usté* d'Antena 3 TV.

El seu passat com a periodista "seriós" el trobem a TVE-Catalunya on durant 13 anys es va especialitzar en la informació política. Del 1997 a l'any 2000 va presentar i editar l'Informatiu Migdia de TVE-Catalunya.

Un dia va veure la llum i va decidir acompanyar Toni Soler en una aventura: el *7 de Notícies*. Més tard, al *Set de Nit*. Després al *Minoria Absoluta*. I, actualment, a *Mire Usté*.

A més, ha col·laborat en programes com *Las Cerezas* de TVE amb Julia Otero, *El Club* de TV3 amb Albert Om, el programa esportiu de TV3 *Gol a Gol* o *La Columna* de TV3, també amb Julia Otero.

## Santiago de Torres Sanahuja

---

És llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona i especialista en Farmacologia Clínica.

Ha ocupat, entre d'altres càrrecs:

- Cap de la secció de Toxicomanies de l'Hospital del Mar (Barcelona)
- Director General del Pla Nacional sobre Drogues al Ministeri de Sanitat i Consum
- Sots-secretari del Ministeri de Cultura
- Sots-secretari del Ministeri d'Afers Socials
- Expert Nacional a la Secretaria General de la Comissió Europea

Al sector privat ha centrat la seva activitat en l'àmbit de les tecnologies de la societat de la informació, ha exercit càrrecs de responsabilitat en diverses empreses del sector.

És representant del Parlament Europeu a l'Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies.

Des de juny de l'any 2004 és Delegat del Govern de la Generalitat de Catalunya a Madrid.

Dirigeix el programa Catalunya Proposa, impulsat per la Generalitat amb l'objectiu de donar a conèixer al conjunt d'Espanya les propostes i idees que s'estan elaborant des de Catalunya.









Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**