

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS

“CONCEPTO Y BUENAS PRÁCTICAS”



RED IBEROAMERICANA DE
ONG QUE TRABAJAN CON
DROGAS Y ADICCIONES

EDITA Y PRODUCE:



CONTENIDOS:

Coordina:



Josep Rovira Guardiola.

Área de drogas, ABD. Miembro de la comisión de reducción de daños de RIOD.

Ernesto Cortés.

Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID).
Miembro de la comisión de reducción de daños de RIOD.

Claudio Vidal Giné.

Energy Control, Fundación Acción Bienestar y Desarrollo. Miembro de la
comisión de reducción de daños de RIOD.

Ester Aranda Rodríguez (TS, MPH).

CAS Baluard (Barcelona, España) servicio de la Agencia de Salud Pública de
Barcelona (ASPB)

Gemma Balarguer Armengol.

CAS Baluard (Barcelona, España) servicio de la Agencia de Salud Pública de
Barcelona (ASPB)

Núria Calzada Álvarez.

Energy Control, Fundación Acción Bienestar y Desarrollo.

Rafael Clua García.

Episteme. Investigación, intervención y evaluación. Facultat de Ciències de la
Salut de Manresa, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic - UCC).

Mireia Ventura.

Energy Control, Fundación Acción Bienestar y Desarrollo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Germán Rodríguez Perujo para



© RIOD 2018

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS

“CONCEPTO Y BUENAS PRÁCTICAS”



RED IBEROAMERICANA DE
ONG QUE TRABAJAN CON
DROGAS Y ADICCIONES

SALUDO DE LA PRESIDENTA



La RIOD, no es ajena a los debates políticos y normativos que, en los diferentes niveles se desarrollan, pero sobre todo, no es ajena a las demandas y necesidades de las personas y las comunidades con las que trabajamos; entre quienes nos genera especial inquietud aquellas personas que, por su especial situación de vulnerabilidad, no se acercan a la red, ni a los dispositivos que se establecen para dar respuesta a las situaciones de consumo de drogas.

En este sentido, y cumpliendo con nuestra misión de incidir en las políticas públicas y los problemas relacionados con el consumo de drogas y adicciones, desde un enfoque de Derechos Humanos, nos estamos centrando, durante el año 2018, en el desarrollo de una estrategia para el fortalecimiento e impulso de políticas y programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas en Iberoamérica.

Con nuestras acciones pretendemos facilitar la labor de responsables de políticas públicas de drogas y de organismos e instituciones que intervengan sobre el terreno, pero también a toda la población en general entre la que esperamos poder desmontar los mitos y reforzar las realidades que existen alrededor del enfoque de reducción de daños, consiguiendo, en definitiva, una actitud y unos marcos normativos que nos permitan llegar a los que no acceden a estos servicios.

La estrategia se ha desarrollado a través de varias acciones, de las cuales tiene entre sus manos el resultado de una de ellas: la recopilación de experiencias orientadas a buenas prácticas en una guía que, además, nace con vocación de ser una herramienta que ayude a la incorporación del enfoque de reducción de daños, y el

monitoreo de la calidad de la atención y evaluación del desempeño en las políticas y recursos dirigidos a personas usuarias de drogas en situaciones de alta vulnerabilidad socio-sanitaria.

En definitiva, desde RIOD queremos hacer una llamada de atención sobre la reducción de daños, un enfoque solidario, ético y eficaz, necesario en toda estrategia de drogas para acercar a las personas más vulnerables a los recursos existentes y a través del cual, poniendo el foco en la persona, se puede atender a cada cual en el momento y nivel de necesidad en el que se encuentra, respetando sus ritmos y haciéndoles sentir protagonistas de su propio cambio, garantizándoles el trato digno que toda persona merece. Esperamos, con esta guía, lograrlo.

Por último, queremos agradecer al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la confianza depositada en RIOD, apostando por nuestro proyecto y permitiéndonos llevar a cabo esta publicación que esperamos sea una herramienta no sólo de lectura y aprendizaje, sino también de transformación.

Margarita María Sánchez Villegas
Presidenta de RIOD

PRÓLOGO

Solemos juzgar los actos de las demás personas por las experiencias vividas por cada cual, pero la diversidad es tan grande como personas hay en el mundo; un mundo de desentendimiento y de contraposiciones, que a menudo no tiene en cuenta toda la gama de grises existente entre el blanco y el negro. Abordar los fenómenos sociales desde las soluciones mágicas, populistas, sin base científica o desde las respuestas punitivas es ahondar en un mundo sin empatía con la diferencia, con las personas que sufren la exclusión social o procesos de marginalidad como es el caso de muchas personas con problemas derivados del consumo de drogas.

A pesar de que el fenómeno de las drogas se nos presenta a menudo como una problemática contemporánea, su uso data desde los inicios de la humanidad. Esta relación ha adoptado diferentes formas y ha estado integrada en la vida cotidiana de diferentes maneras. La diferencia es que en una sociedad global y de consumo, las drogas han pasado a ser el producto por excelencia. Aceptar esta realidad de antemano, y que las políticas contra las drogas no han dado el resultado esperado, nos evitaría muchos problemas.

Al margen de los imaginarios colectivos que establecen las propias fronteras de lo que se considera o no una “droga” (a menudo en términos dicotómicos basados en la “legalidad o ilegalidad”, lo “natural o sintético”, etc.) consideramos que una droga es cualquier sustancia natural o sintética que, al ser consumida, altera el estado de ánimo, percepción y/o conducta. Así pues, una droga es una sustancia que por ella misma no puede considerarse ni “buena” ni “mala”, sino que es la manera de vincularse con las drogas la que nos llevará a hablar de riesgos y daños a las personas consumidoras. Podemos decir que se está produciendo una dependencia cuando hay un aumento cuantitativo y cualitativo de consumo, hasta el punto que no existe un proyecto de vida independiente al consumo.

En el ámbito de la intervención, las entidades del tercer sector trabajamos específicamente la línea de la reducción de la demanda, es decir, las acciones sanitarias

y sociales que tienen como objetivo la prevención, la reducción de daños, el tratamiento o la reinserción social. Sin embargo, no podemos desestimar las graves consecuencias derivadas de las políticas penales en la lucha contra las drogas y, especialmente, contra las personas que las consumen, ya que su endurecimiento progresivo sobre las personas más vulnerables, la criminalización de la pobreza y la prisión como solución a los problemas sociales son los daños colaterales de una intervención penal que requiere de muchos replanteamientos.

Las políticas públicas en ambas líneas deben servir para buscar estrategias que equilibren desigualdades, faciliten la calidad de vida y de convivencia de todas las personas. Es por esto que los equipos políticos y técnicos de los gobiernos y de las diferentes administraciones deben dotarse de formación, de conocimiento y contenido que les ayuden a defender y poner en práctica políticas públicas, servicios y programas imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo, a pesar de que por novedosos, por desconocimiento o por miedo puedan recibir críticas o deban afrontar dificultades en su implementación.

Dada la complejidad del consumo de drogas, durante los últimos 60 años un gran número de metodologías de intervención se han puesto en práctica y se han evaluado extensamente en diferentes contextos sociales y culturales. No todas ellas se han fundamentado en la atención integral de la persona, ni en el posicionamiento de salud pública, ni en el respeto a los derechos humanos, ni en el principio fundamental de la libre elección personal a la hora de ingresar o no en un programa de tratamiento. Sin embargo, hoy en día, en algunos países se siguen aplicando sistemas de castigo y reclusión basados en una concepción delictiva del consumo y, por tanto, en el control policial como método básico de abordaje.

En este escenario, la propuesta de reducción de daños es un enfoque que se viene desarrollando en las políticas de drogas a nivel mundial desde hace varias décadas y que, en los últimos años, ha tomado mayor fuerza, tanto en la política internacional como en políticas locales. Se trata de un enfoque pragmático y humanitario orientado a la disminución de los daños personales y sociales asociados al consumo de drogas, llegar al que no llega y, desde su realidad, iniciar y acompañar en su proceso de intervención. Los programas de reducción de daños son complementarios a los programas libres de drogas. Simplemente reconocen que para muchas personas que usan drogas son objetivos lejanos, impensables y, por lo tanto, lo que pretenden es contactar con esta población desde la realidad de su situación y sus posibilidades para iniciar un proceso que puede acabar en programas libre de drogas o, al menos, en mejorar su calidad de vida, reduciendo los daños y riesgos para sí mismas y para la sociedad, y evitar que se convierta en un problema de salud pública.

En la reciente historia, el consumo de drogas llegó a ser la primera causa de muerte en España entre la juventud de las grandes ciudades a principios de los años noventa. Si bien se contaba con una red articulada de servicios específicos para el tratamiento de las adicciones (servicios hospitalarios, ambulatorios, comunidades terapéuticas, pisos de inserción, etc.), el abordaje a través de los tratamientos orientados únicamente a la abs-

tinencia resultó ser insuficiente e ineficaz para las personas con mayores dificultades.

Los programas de reducción de daños fueron la principal alternativa y permitieron el trabajo con la persona consumidora más allá de su consumo dando paso al abordaje simultáneo de las distintas problemáticas judiciales, familiares y carencias económicas, de vivienda, etc. A menudo, la visión sanitarista de las drogodependencias ha dejado el desarrollo de los abordajes educativos y sociales en una segunda línea, en muchos casos supeditados a la superación de la adicción. Esta lógica ha excluido justamente a la población que más lo necesita y, que por largos procesos de marginalidad, difícilmente se vinculan a los recursos especializados para abordar las problemáticas judiciales, sociales, mentales o económicas que arrastran.

Los programas de reducción del daño se entienden como todas aquellas “políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin abandonar necesariamente el consumo de drogas” (Reducción de Daños Internacional -HRI-, 2018). Es un concepto que engloba tanto a la salud pública como a los derechos humanos, una estrategia fuertemente arraigada en el humanitarismo que rechaza todo tipo de discriminación, estereotipo y estigmatización de las personas que usan drogas.

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

En el informe elaborado por la RIOD e Intercambios Asociación Civil, como representantes de la región de América Latina y el Caribe en el Civil Society Task Force para la UNGASS 2016, ya se planteaba que los objetivos de las políticas de drogas deberían centrarse en una atención integral que incluyese medidas de reducción de riesgos y daños basadas en la evidencia, siendo para ello necesario que los Estados reorientasen sus prioridades y llevasen a cabo una redistribución de la inversión. En relación a esto último, preocupan especialmente los datos presentados en el informe Harm Reduction International's Global State of Harm Reduction (2016), donde se muestra cómo desde 2014 no ha habido ningún aumento del número de países que implementan programas de reducción de daños, al tiempo que advierte que si continúa sin abordarse el retroceso de la financiación de este tipo de servicios, será inevitable que se produzcan nuevos repuntes en las infecciones por el VIH y la hepatitis C entre las personas usuarias de drogas.

Aquellos países que han incorporado el enfoque de reducción de riesgos y daños en

sus políticas nacionales han experimentado la posibilidad de implementar aproximaciones innovadoras y complementarias a las ya existentes. Por otro lado, los resultados obtenidos permiten asegurar la legitimidad que tienen las intervenciones basadas en el enfoque de reducción de riesgos y daños, ya que existe amplia evidencia de su efectividad e impacto en la salud y calidad de vida de las personas. Asimismo, además del reconocimiento que ha otorgado el vasto consenso científico, la reducción de daños también cuenta con el apoyo de la Asamblea General, del Consejo Económico y Social y del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

De forma aclaratoria, hablamos de prevención de riesgos cuando hacemos programas de prevención con población que está en un entorno de consumo con riesgo de iniciar o haciendo uso en lugares de ocio nocturno, con gran riesgo hacia la adicción, y/o daños colaterales por su mal uso. Tanto con los programas de intervención y tratamiento en población en situación de marginalidad, como los programas de prevención con población joven integrada, lo que pretenden es reducir riesgos y daños hacia la persona y hacia la comunidad. No obstante, en muchas partes del mundo todavía existe un débil desarrollo, comprensión, cuando no rechazo, de las políticas y abordajes en reducción de riesgos y daños, aun cuando la realidad que están experimentando precisa de este tipo de prácticas. Por tanto, lo que se pretende con esta Guía es transferir conocimiento entre fronteras, poniendo en valor nuestra experiencia.

No se pretende replicar experiencias, sabemos que los contextos sociales y políticos en cada territorio son diferentes y hay que adecuarse a ellos cuando se quieren implementar programas y metodologías de intervención experimentadas en otros territorios, pero la reflexión conjunta puede ser útil para toda la sociedad.

Felisa Pérez Antón
Vicepresidenta de RIOD

REFERENCIAS

- Harm Reduction International. (2018). *What is harm reduction?* Recuperado de: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.
- Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Recuperado de: <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.
- RIOD y Asociación Civil Intercambios. (2015). *Aportes de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe para UNGASS 2016*. Recuperado de: <https://riod.org/aportes-de-la-sociedad-civil-de-america-latina-y-el-caribe-para-ungass-2016/>.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. EL CONCEPTO DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS _____	10
2. EL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS. CONTEXTO EN ESPAÑA Y EN AMÉRICA LATINA _____	15
2.1. ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA _____	16
2.2. ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN AMÉRICA LATINA _____	22
3. IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS _____	25
3.1. ATENCIÓN SANITARIA BÁSICA Y ATENCIÓN VIH/VHC/ETS _____	26
3.2. CENTROS DE EMERGENCIA SOCIAL _____	29
3.3. INTERVENCIÓN DE PROXIMIDAD EN MEDIO COMUNITARIO (OUTREACH) _____	33
3.4. DISTRIBUCIÓN DE PARAFERNALIA HIGIÉNICA _____	36
3.5. PROGRAMAS DE SUSTITUCIÓN _____	39
3.6. SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO _____	42
3.7. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN MEDIO PENITENCIARIO _____	45
3.8. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN MEDIO EDUCATIVO _____	48
3.9. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CONTEXTOS DE OCIO NOCTURNO _____	51
3.10. PROGRAMAS DE ANÁLISIS DE SUSTANCIAS _____	55
4. HERRAMIENTAS CON INDICADORES DE AUTODIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PARA MEDIR LA CORRECTA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS _____	58
4.1. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS _____	61
4.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS _____	63
4.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS _____	65
4.4. EJEMPLOS DE INDICADORES DE CALIDAD DE PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS _____	68
5. IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS EN LOS QUE REPLICAR E INTRODUCIR LAS BUENAS PRÁCTICAS. ALGUNAS EXPERIENCIAS DE ÉXITO YA EXISTENTES EN AMÉRICA LATINA _____	73
5.1. HABITANTES EN CALLE _____	74
5.2. POBLACIONES ESPECIALES _____	77
5.3. CONTEXTOS DE FIESTA _____	79
5.4. REDES DE PERSONAS Y ORGANIZACIONES _____	81
6. EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA. INDICADORES MÍNIMOS PARA GARANTIZAR UNA BUENA PRÁCTICA EN EL TEMA _____	86
6.1. INTERVENCIÓN EN OCIO NOCTURNO _____	87
6.2. SERVICIO DE ANÁLISIS DE SUSTANCIAS _____	100
6.3. SERVICIO DE PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA EN CONTEXTOS DE OCIO _____	112
6.4. CHEMSAFE _____	118
6.5. CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA _____	127
6.6. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ CON DROGO-DEPENDIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL _____	133
6.7. PARAFERNALIA HIGIÉNICA _____	140
6.8. CENTRO SANITARIO Y SALA DE CONSUMO _____	155
6.9. SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO _____	161
6.10. SERVICIO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA MUJERES _____	168
6.11. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN PRISIÓN _____	181
6.12. PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS _____	185

01

EL CONCEPTO DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS



Aunque en el ámbito anglosajón parece haber un cierto consenso en hablar de reducción de daños (harm reduction), tanto en España como en Latinoamérica se han empleado un conjunto de términos que, aunque puedan tener un mismo sentido, pueden introducir una cierta confusión terminológica: reducción de daños y riesgos, minimización de riesgos, mitigación de daños, reducción de riesgos. Con todo, Reducción de Daños y Reducción de Riesgos y Daños son los términos más conocidos y utilizados.

La reducción de riesgos y daños es un marco lógico para pensar la problemática de drogas de una forma desprejuiciada y sin el sesgo que se desprende de lógicas prohibicionistas que han promovido modelos de abstinencia como única opción. Se trata de un enfoque pragmático y humanitario respetuoso con los principios de salud pública y de derechos humanos, que consideran a toda la población como personas de derecho y destinatarias de políticas de salud, indistintamente de si consumen o no drogas, y se muestran siempre contrarias a cualquier proceso discriminatorio y de estigmatización por su opción o condición de consumo de drogas, sean estas lícitas o ilícitas.

Tanto Reducción de Riesgos como Reducción de Daños son dos conceptos próximos pero no idénticos, pues la reducción de riesgos se halla más próxima a la prevención en cuanto opera sobre la probabilidad de que acontezca un daño, mientras que la reducción de daños atañe más a la faceta asistencial en cuanto el daño está ya presente. Por otra parte, esta diferenciación permite reafirmar la constatación de que, en la gran mayoría de la población que realiza algún tipo de consumo, sus circunstancias de consumo se vinculan a situaciones de riesgo y no por ello están afectadas por algún daño. No obstante, aun entendiendo que los abordajes en materia de salud parten de un continuum preventivo y asistencial, hallaremos los dos conceptos asociados como “reducción de riesgos y daños”. Sirvan dos ejemplos para ilustrar el solapamiento de ambos conceptos. Por una parte, para reducir los accidentes de tráfico (daño), es importante operar sobre factores de riesgo como la conducción bajo efectos del alcohol pero es también importante que la población conductora utilice el cinturón de seguridad para reducir el impacto del daño por accidente en caso de que este sucediera. Un segundo ejemplo lo encontramos en la población con problemática adictiva severa de heroína o cocaína a la que damos acceso a salas de consumo supervisado tanto para asistir de forma temprana a una sobredosis (reducción del daño), pero

también a un material higiénico que disminuya la probabilidad de infección (reducción del riesgo).

La reducción de riegos y daños no es un modelo nuevo ni alternativo, sino que sería la aplicación extendida de conceptos ya existentes y válidos tanto en el campo de la Salud como en muchos otros ámbitos de gestión social de problemáticas varias, como son los accidentes de tráfico, la salud laboral o la respuesta ante catástrofes naturales, por poner algunos ejemplos. Su ausencia o incorporación tardía en términos conceptuales y de políticas en el ámbito de los consumos de drogas en muchos países se ha debido a un sesgo prohibicionista y abstencionista originario inscrito en la lógica de “guerra contra las drogas” alejado absolutamente de la razón y del sentido amplio de la salud pública.

La reducción de daños, aun no existiendo una definición única consensuada, la podríamos definir como una estrategia dirigida a individuos o grupos que tiene como objetivo reducir los daños asociados con ciertos comportamientos. Cuando se aplica al consumo de sustancias, la reducción de daños acepta que un nivel continuo de consumo de drogas (lícito e ilícito) en la sociedad es inevitable, y define los objetivos focalizándolos en la reducción de las consecuencias adversas. Desde este enfoque existe una priorización en la minimización de los impactos tanto en la salud como en las consecuencias sociales y económicas.

Las estrategias de reducción de daños, por tanto, no pretenden la eliminación del uso de drogas, sino favorecer por medio de estrategias planificadas y articuladas un uso de drogas que ocasione los mínimos daños posibles en la sociedad. La estrategia fundamental se apoya en la educación sanitaria, que se dirige a alcanzar la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos

Existen diversos fundamentos de la estrategia de reducción de riesgos y daños, de los que podríamos destacar seis:

1. El uso de drogas en nuestras sociedades actuales es una realidad ante la cual no se puede mirar hacia otro lado o continuar aspirando a su desaparición. Hay personas que usan drogas que no contactan ni contactarán con servicios especializados ya que no tendrán problemas asociados y otras que, a pesar de

ciertos efectos negativos asociados al consumo, por distintas razones no están interesadas en abandonarlo. En este sentido, la reducción de riesgos y daños acepta la opción individual de búsqueda del propio bienestar, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas, al mismo tiempo que reconoce la complejidad y dificultad de la modificación de los comportamientos humanos.

2. Aún relacionando el consumo de drogas con el riesgo de que acontezcan ciertas consecuencias, al igual que ocurre en muchas otras circunstancias de la vida (hacer deporte, trabajar, enamorarse, etc.), estas no siempre son negativas sino que, desde el criterio de la persona consumidora, también las habrá placenteras y/o beneficiosas. De ahí que, tanto para la reducción de riesgos y daños como para cualquier intervención en el ámbito de la salud pública, sea importante no teñir dichas intervenciones de sesgos subjetivos y culturales insensibles y no respetuosos con la asignación de valores positivos o negativos que las personas realizan a sus conductas y experiencias particulares. La reducción de riesgos y daños rehúye imponer un estilo de vida sino que busca definir e implementar acciones que tiendan a preservar efectos de beneficio en las personas que usan drogas y proteger ante la aparición de daños particulares o colectivos asociados a ciertos consumos.
3. El uso de drogas es un fenómeno complejo y multicausal, que incluye distintos tipos de relación con las sustancias como el experimental, el recreativo, el moderado o la dependencia severa. Además, el potencial de riesgo derivado del consumo de drogas depende tanto de las características de la persona y sus expectativas, como del tipo y dosis de droga consumida, el patrón de consumo y las circunstancias ambientales y sociales. Así pues, las intervenciones deben ajustarse a las personas o grupos y sus distintos perfiles, teniendo en cuenta esa complejidad.
4. Los daños asociados al consumo de drogas son multidireccionales. Quien recibe el daño puede ser la propia persona, su contexto social más próximo (familia, amistades, vecindad, etc.), o la sociedad en general. Muchos de los daños relacionados con los consumos de drogas pueden ser evitados o atenuados sin que se imponga la necesidad de eliminar el consumo.
5. El hecho de que los objetivos preventivos y asistenciales orientados a la abstinencia hayan sido muy exigentes, rígidos y no consensuados con las personas

que usan drogas ha generado expectativas no realistas, frustración entre los y las profesionales y un enorme distanciamiento entre ambos. Es por ello que se impone la necesidad de promover objetivos preventivos y asistenciales que promuevan y promuevan las competencias y responsabilidades de las propias personas usuarias de drogas, implicándolos en el diseño de estrategias que respondan de manera efectiva a sus necesidades.

6. Finalmente, es fundamental reconocer que no todos los riesgos son generados por las personas usuarias de drogas, sino que una parte de ellos están directamente vinculados a las políticas internacionales y nacionales, así como a las acciones de otras personas o colectivos. Con ello se hace referencia a las respuestas prohibicionistas y excluyentes que aíslan y castigan a las personas que usan drogas y las conducen a situaciones de mayor riesgo y daño, bien empujándolas a un mercado no regulado con compuestos adulterados de alto riesgo o dañándolas por la vía del estigma, castigo y exclusión o dificultad de acceso a la ayuda social o médica.

02

EL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS. CONTEXTO EN ESPAÑA Y EN AMÉRICA LATINA



ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA

En la segunda mitad de la década de los 70 del siglo XX se produjo, en España, una importantísima explosión del consumo de heroína, que Juan F. Gamella (1997; 2014) y otros autores denominaron “la crisis de la heroína”. Esta situación implicó una rapidísima demanda asistencial no prevista que produjo un despliegue de respuestas más por impulsos individuales de iniciativa social y con el apoyo de algunos ayuntamientos que por una planificación organizada y coordinada, lo que comportó múltiples carencias, errores e importantes desigualdades de unas localidades a otras.

No es hasta primeros de la década de los 80 que se creó la Secretaría específica sobre drogas en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, siendo ese organismo el embrión del que nacería, en 1985, el Plan Nacional Sobre Drogas, institución creada para ordenar la expansión asistencial de las diferentes iniciativas sociales, locales, autonómicas, privadas y públicas que se habían ido creando.

Es a lo largo de los años 80 que el modelo de atención por medio de servicios ambulatorios y comunidades terapéuticas va tomando forma en todo el territorio español a través de la aplicación de los llamados programas libres de drogas. En España, a lo largo de esa década, se supeditó una auténtica política de salud pública (orientada a la minimización de los efectos del consumo de drogas sobre la salud y basada en la puesta en marcha de medidas pragmáticas, priorizadas y de validez científicamente comprobada) a una ‘política sobre drogas’ más generalista (basada fundamentalmente en criterios moralistas, cuyo único objetivo válido es el no consumo de ninguna sustancia psicoactiva, que niega u olvida la evidencia científica de que el riesgo para la persona que consume es muy diferente según el tipo de droga que consuma y los patrones de consumo que adopte para consumirla (De la Fuente y Barrio, 1996).

Ya en 1973 el comité experto en adicciones de la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 1974) había recomendado las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias. Aun así, en España, voces críticas que propongan un giro radical en el debate público sobre las drogas no las adivinamos hasta finales de los años 80, a través del Grupo Igia. Esta organización de profesionales, después de una búsqueda de modelos de referencia en diferentes lugares de Europa con programas de tratamiento y reducción de daños, y basándose en la evidencia científica disponible en ese momento, publica en 1989, con financiación del PNSD, el libro *Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación* (Pares, & Bouso, 2015).

No debemos olvidar que en España los programas de reducción de daños y riesgos se aplicaron con un retraso de diez años respecto a otros países de su entorno, y eso a pesar que los datos señalaban que España era el país con los mayores índices de seroprevalencia al VIH de Europa en población que realiza consumo de drogas por vía parenteral. En 1992, España era el primer país de Europa en cuanto a la tasa acumulada de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas, seguido de Italia, Suiza y Francia (DGNPSD, 1992). Recordemos que el primer caso de SIDA se detectó en España en el año 1981.

Algunos autores, como son Markez y Póo (2000), citan ciertos factores que resultaron fundamentales a la hora de impulsar y favorecer la necesidad y el desarrollo de los programas de reducción de daños:

- ▶ La constatación generalizada tanto de la limitada efectividad como de la insuficiente cobertura de la oferta terapéutica clásica basada únicamente en programas de intervención orientados a la abstinencia. Como señalan De Andrés & Rodés (1995), «muchos toxicómanos no se adaptan al ambicioso ‘deseo de abstinencia de los profesionales’; otros consumidores de drogas, dependientes o no, ni siquiera acuden a los servicios al no sentirse atraídos por la ‘oferta’».
- ▶ La existencia de un elevado colectivo que carece de un recurso eficaz y que a lo largo de los años entra y sale permanentemente de los dispositivos asistenciales con programas libres de drogas en los que no halla el beneficio paliativo a su situación, porque no quiere o no puede abandonar su consumo. No olvidemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 85% de las personas que consumen heroína de forma crónica tienden

a auto limitar sus consumos tras prolongarse en su adicción, y entre un 5% y un 10% se cronifican definitivamente.

- ▶ El fracaso manifiesto de contención de los problemas asociados al consumo de drogas: problemas sanitarios y sociales (prostitución, prisión, pérdida de trabajo, ruptura de vínculos socio-familiares, sin-hogarismo, etc.). Una población que se cronifica en su adicción y se marginaliza en sus condiciones y calidad de vida.
- ▶ El aumento de enfermedades infectocontagiosas transmisibles por vía endovenosa o vía sexual, y el hecho de que la marginalidad y/o conductas asociadas al consumo de drogas ilegales sea un factor de riesgo de tuberculosis. La elevada incidencia de casos de SIDA en personas que usan drogas inyectadas (UDI) y en sus parejas adquiere características de pandemia en España, ocupando las tasas más altas de Europa. La mortalidad por VIH en 1995–1996 son casi 4.300 muertes anuales (el VIH se había adquirido 6–11 años atrás), y el número de muertes por sobredosis en los años 90, especialmente en salidas de prisión y comunidades terapéuticas, fueron entre 20.000–25.000 personas. La necesidad de orientar las políticas en la defensa de la vida y la mejora de la calidad de vida tanto de las personas que usaban drogas como de la comunidad, era inaplazable.
- ▶ La progresiva, aunque aún tímida, tendencia a modificar la clásica relación jerarquizada profesional-usuario/a basada en el modelo médico tradicional de enfermedad y en una percepción sesgada y excluyente de la persona adicta (consumidora) como no competente, en un intento de incorporar la voz de los verdaderos protagonistas como interlocutores válidos en la definición e implementación de estrategias, programas y recursos con el objetivo de que respondan a sus necesidades y no a las prioridades de políticos y profesionales, muchas veces no coincidentes con las citadas necesidades.

Es necesario destacar la importancia en cómo cada uno de estos factores influyeron en una revisión profunda sobre las políticas asistenciales y preventivas que venían dándose, y la posibilidad de la existencia de los programas de reducción de daños a partir de los años 90. La tarea no fue sencilla, con cierta oposición profesional e institucional que tuvo que vencerse, y un retraso importante en términos cualitativos y sobre todo cuantitativos en la puesta en práctica de los programas de reducción de daños. El avance y extensión de las políticas de reducción de daños tuvo un ritmo desigual según Comunidades Autónomas, y no fue hasta finales de la década de 1990 cuando estos programas van normalizándose y hallando mayor desarrollo para el conjunto del territorio español.

Algunas particularidades de España para mayor comprensión del desarrollo en reducción de daños, son:

- ▶ En España, la posesión de drogas para el consumo personal nunca ha sido penalizada. Sin embargo, la Ley de Seguridad Pública de 1992 y de 2015 sanciona con fuertes multas la posesión y el consumo en lugares públicos.
- ▶ España está compuesta por 19 territorios subnacionales (Comunidades Autónomas). 17 comunidades autónomas han ido obteniendo competencias traspasadas por el gobierno estatal. Andalucía, Galicia, Navarra, País Vasco y Catalunya son las que tienen un mayor autogobierno.
- ▶ La importancia de la sociedad civil organizada, especialmente en algunos territorios, en su iniciativa de respuesta social y capacidad de generar consenso, y la importancia de la perspectiva comunitaria en su proceder.
- ▶ Las respuestas a las drogas se dan de abajo hacia arriba. Algunos territorios son pioneros en innovación social y sanitaria.

Destacar, el acceso a los Programas de Mantenimiento con Metadona de primeros de los años 90, y especialmente a partir de 1996 con un nuevo Real Decreto que les aporta mayor accesibilidad. Los datos de la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas no dejan lugar a dudas sobre lo que ocurrió: en 1990 había 3.000 personas recibiendo metadona, en 1993 ya eran 15.400 las personas que participaban en estos programas, en 1995 la cifra alcanzó 28.806, en 1997 se llegó a 55.813, y en 1999 se llegó a 70.000. De manera paralela se puede decir que el número de personas atendidas en algunos programas libres de drogas como Comunidades Terapéuticas o Unidades de Desintoxicación Hospitalaria se mantuvieron. Mientras que sí se registró un importante incremento del número de personas usuarias de los centros ambulatorios.

Aunque con mayores dificultades, destacar también la puesta en marcha y extensión de los Programas de Intercambio de jeringuillas que consisten en la distribución de material estéril para la inyección (habitualmente jeringuillas y otra parafernalia, como filtros, agua destilada, etc.), y la apertura, ya en los años 2000 de los Centros de emergencia social en varias comunidades con prestaciones socio-sanitarias de atención básica. La primera sala de consumo supervisado se abrió en el 2001.

La reducción de daños también se abre espacio en el ámbito preventivo, en los términos de disminución de riesgos, dedicada de manera específica a los contextos de nocturnidad y consumo recreativo a partir de 1997 con la fundación

del programa Energy Control, y que al año incorporará el testeo y análisis de drogas.

En cuanto a la tipología de los recursos y programas existentes en España, y para el caso de reducción de daños (DGPND, 2017), se pueden clasificar en tres grupos:

- ▶ Dispositivos fijos, de captación pasiva, a los que acuden los usuarios: Centro de Emergencia Social, Centros de la red asistencial y Dispositivos de Consumo Supervisado
- ▶ Dispositivos de captación activa de usuarios, incluidos bajo el epígrafe de “Otros programas”, generalmente dirigidos a aquellas poblaciones más difíciles de alcanzar, que además suelen ser los consumidores de mayor riesgo (Intercambio jeringuillas y parafernalia higiénica, prevención sobredosis, etc.).
- ▶ Dispositivos mixtos de acercamiento de los programas a los destinatarios que no hacen captación activa, como son las Unidades Móviles de reducción de daños

Y para el caso de minimización de riesgos, destacaríamos:

- ▶ Programas en ocio nocturno dirigidos al consumo recreativo de drogas.
- ▶ Programas de análisis de drogas de aplicabilidad en ciertos espacios de ocio nocturno (especialmente para el caso de grandes eventos de música y baile) o estacionarios (situados en dispositivos de atención entre semana)
- ▶ Otros programas (diversidad de metodologías comunicativas, de orientación y asesoramiento para población consumidora, y aquellos orientados a colectivos específicos, etc.)

España es uno de los países de la UE que más objetivos positivos ha logrado en la reducción de daños en las personas que consumen de mayor riesgo (según la evaluación de la Estrategia Europea), gracias a la variedad y cobertura de los programas (alta cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas, outreach, en contextos marginales y cobertura total de reducción de daños en prisiones). Destacar pues los grandes logros en la reducción de la infección por VIH+ y VHC+. En los últimos años, se ha evidenciado una importante reducción de la vía inyectada y de los casos de VIH+ y VHC+ (Estrategia Nacional, 2017-2024).

En la actualidad, aunque la reducción de daños cuenta en España de una amplia acep-

tación y desarrollo, y es reconocida como un pilar indiscutible en las políticas públicas de drogas, su posición y sostenimiento económico es aún frágil y muy subsidiario en comparación con los programas de abstinencia. Ello explicaría una desigual cobertura territorial, y especialmente en términos poblacionales según comunidad autónoma.

Las aproximaciones de reducción de daños se han ido implementando, aunque no en igual medida que para la heroína, hacia otras realidades y consumo de drogas, tanto para la esfera asistencial como preventiva.

El uso de la vía inyectada sigue siendo un importante problema de salud pública en población reclusa y marginal. Además, es necesario insistir en los programas de prevención de sobredosis, existentes solo en 7 Comunidades Autónomas, y en salas de consumo supervisado de drogas que solo las hallamos en dos comunidades (1 en el País Vasco y 12 en Cataluña).

REFERENCIAS

- De Andrés, M., & Rodés, A. (1995). La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. *Jano*, 1140, 97-104.
- De la Fuente, L., Barrio, G., Vicente, J., Bravo, M. J., & Santacreu, J. (1995). The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *American Journal of Public Health*, 85(1), 102-105.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). (1992). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 91*. Ministerio de Sanidad: Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). (2017). *Informe de evaluación final. Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*. Ministerio de Sanidad: Madrid.
- Gamella, J.F. (1990). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular.
- Gamella, J. F. (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de razón práctica*, 72, 20-30.
- Markez, I., & Póo, M. (2003). *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*. Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia= Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- OMS. (1974). *Expert Committee on Drug Dependence. Twentieth report*. World Health Organ Tech Rep Ser. p. 1-89.4
- Parés, O., & Bouso, J. C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. New York: Fundaciones Open Society.

ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN AMÉRICA LATINA

Latinoamérica es una región donde a la pobreza extrema y la exclusión social se le suma la guerra contra las drogas, que mediante leyes y políticas represivas ha intentado inútilmente eliminar el tráfico y el consumo de drogas; políticas que no solo han sido inefectivas, sino hasta contraproducentes. Por algo es la región con los mayores índices de desigualdad económica y las mayores tasas de homicidio intencional en el mundo. Es un modelo de control social fundamentado en modelos médico sanitarios y jurídico penales, donde se suelen utilizar etiquetas diagnósticas de “adicto” o criminológicas de “delincuente”, que profundizan el estigma y la exclusión social hacia las personas usuarias y que en vez de ayudarles fomentan la segregación y el castigo (del Olmo 1987; Touzé 2005).

En este convulso y cambiante panorama político y económico es en el que surge un enfoque de reducción de daños a finales de la década de los ochenta del siglo XX, durante los procesos de transición democrática de muchos países latinoamericanos y el auge del neoliberalismo económico que profundizó aún más la desigualdad económica. Es así que la Reducción de Daños en América Latina no solo reflexiona sobre los usos de las drogas y las personas que las usan, sino también sobre el impacto que han tenido las leyes y las políticas públicas represivas sobre estas personas y comunidades (Goltzman y Amorín, 2013; Milanese, 2013; Moares et al., 2015, Godoy et al., 2014). Es una reflexión que pasa por la misma crítica a la estigmatización del consumo, así como una denuncia ante la violencia y discriminación que sufren las personas que usan drogas, ya que la evidencia muestra claramente que las prácticas represivas hacia el consumo aleja a las personas usuarias de los servicios de atención y profundizan las situaciones de sufrimiento social y las violaciones a los derechos humanos (Machin y Velasco, 2004; Grover, 2009).

Es así como la reducción de daños en Latinoamérica se ha convertido en una práctica de justicia social más que un conjunto de intervenciones socio-sanitarias, ya que trasciende los consumos de sustancias (pero también los aborda), para navegar en la complejidad de los fenómenos sociales, especialmente aquellos más

marginalizados y donde existe menor presencia del Estado. Esto implica abordar a las personas en su contexto de vida y espacios de consumo, tanto a nivel individual como comunitario, en procesos paralelos y complementarios de atención integral. Esto implica integrar y articular dispositivos de salud, educación, vivienda, empleo, cultura, ciudadanía, entre muchos otros, por lo que las prácticas suelen ser flexibles y adaptables a poblaciones, espacios y tiempos específicos.

Por esta razón, no existe una única definición de reducción de daños, como tampoco existen fórmulas o manuales para su implementación. Se trata de un proceso paulatino y creativo de investigación-acción participativa, que incluye actores de diferentes sectores sociales, como el gobierno, la sociedad civil, la empresa privada, pero principalmente a las personas que usan drogas, las cuales deben buscar incluirse en todo el proceso de elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas y las intervenciones de reducción de daños; aún más si ellas son las personas beneficiadas.

Como se mencionó anteriormente, el foco de las intervenciones está en las personas y su contexto, no exclusivamente en la sustancia, el uso problemático o la dependencia. La meta debe ser la dignificación de las personas, el acceso real a servicios y la validación de derechos. La mayoría de las prácticas expuestas en este documento buscan fomentar la autonomía de las personas que usan drogas y crear redes de apoyo e incidencia, por lo que muchas buscan promover el cuidado personal y grupal mediante la difusión de información, condones y otros artículos necesarios para reducir los daños; pero también como forma de sensibilizar a prestadores de servicios sobre el trato y acompañamiento en los procesos de atención. En este sentido, la descriminalización del consumo y tenencia para consumo personal es un elemento clave para poner en práctica este enfoque, tomando en cuenta que los abordajes represivos hacia el uso de drogas aumentan el estigma y la discriminación, y aleja a las personas usuarias de los servicios sociales y de salud

Es muy difícil encontrar prácticas de reducción de daños en América Latina que no tengan una clara posición ética y política con respecto a sus intervenciones o servicios, de hecho, la mayoría de las y los reductores de daños se conciben como agentes de transformación social, más que como agentes de promoción de la salud. Parten de una ética de cuidado y una militancia activa de respeto y garantía de los derechos humanos, especialmente de las personas que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad. Se trata de entender que toda persona tiene un proceso de integración particular, y algunas necesitan un mayor acompañamiento y una

atención especializada, mientras que otras pueden hacerlo solas, de forma paulatina y con metas plausibles a corto plazo que permitan ver logros concretos.

Es por esto que este enfoque incluye una gran diversidad de prácticas de intervención cuyos referentes epistemológicos provienen más de la educación popular, la teoría de la complejidad o la teología de la liberación, que de las ciencias médicas o la psicología clínica, ya que sus objetivos se enfocan en mejorar la condición de vida más que el control o eliminación del consumo de drogas. Por lo tanto, la reducción de daños en América Latina no solo aborda los conocimientos sobre sustancias, los posibles riesgos y daños a la salud, sino también los contextos de desigualdad social, violencia y marginalidad, así como las consecuencias adversas de las mismas políticas de control social que ejerce el Estado.

REFERENCIAS

- Del Olmo, R. (1987) La cara oculta de la droga. Bogotá. : Editorial Temis S.A.
- Touzé, G. (2005) Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires. : Intercambios Asociación Civil Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Milanese, E. (2013) Tratamiento comunitario. Manual de trabajo I. Sao Paulo. : Instituto Empodera, Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD).
- Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B., Romanil, O. (2015), Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicologia em Pesquisa* No. 9(2) p.p148-158
- Godoy, A., Ramos, B., Santanna, M., Marcondes, R. (2014) Fórum estadual de redução de danos de São Paulo. *Construção, diálogo e intervenção política*. São Paulo: Corrego <http://edelei.org/pag/ferd>
- Goltzman, P., Amorín, E. (2013) Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión. Buenos Aires. : Intercambios Asociación Civil. <http://intercambios.org.ar/es/practicas-de-trabajo-en-drogas-de-la-accion-a-la-reflexion-y-vuelta/>
- Grover, A. (2009) Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos. Viena. : ONU
- Machin, J. y Velasco, M. (2004) Panorama de la reducción de daños relacionados con el uso de las drogas: recuento de dos encuentros internacionales. *LiberAddictus* núm. 77. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0854-82.pdf>

IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS



ATENCIÓN SANITARIA BÁSICA Y ATENCIÓN VIH/VHC/ETS

Las personas que usan drogas desarrollan problemas de salud derivados del consumo y sus estilos de vida y, a menudo, se encuentran alejadas de la red asistencial de salud. En los servicios de atención a las drogodependencias se procura la prevención y la promoción de la salud mediante programas y protocolos de atención sanitaria que mejoran su calidad de vida.

OBJETIVOS

La atención sanitaria básica se destina a personas con un patrón intensivo que requieren asistencia inmediata en los servicios de drogas y en coordinación con la red asistencial de salud.

Los objetivos son los de atender y controlar las infecciones de transmisión sanguínea y sexual (VIH, hepatitis B y C, sífilis, tuberculosis, etc.), los problemas de salud mental, la higiene bucodental, los problemas dermatológicos y la atención ginecológica, así como otros problemas de salud relacionados. Para ello se realizan programas y campañas de salud mediante pruebas diagnósticas, vacunación, tratamientos y cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

La atención sanitaria básica consiste en los siguientes protocolos y programas de salud, que se resumen a continuación (Adán et al., 2012; Delás et al., 2014):

- ▶ **Cribajes de salud.** Consiste en conocer el historial médico, en la exploración física y en realizar pruebas médicas para el diagnóstico de los problemas de salud.
- ▶ **Pruebas diagnósticas.** Se realizan serologías para la detección de infecciones de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis, sífilis, etc.), recogida de muestras de orina y de fluidos para la detección de infecciones de transmisión sexual y la

prueba de la tuberculina (PPD) para la detección de la tuberculosis.

- ▶ **Vacunación.** Se realizan programas de vacunación sistemáticos de problemas de salud comunes entre los usuarios de drogas (hepatitis B, tétanos y gripe).
- ▶ **Tratamientos.** Se supervisan los tratamientos de patologías crónicas como el VIH, las hepatitis y la tuberculosis para garantizar la adherencia y la efectividad de la profilaxis.
- ▶ **Curas básicas y promoción del autocuidado.** Se realizan cuidados de enfermería y acciones de promoción de la salud para el cuidado de la higiene bucodental, las lesiones cutáneas y otras relacionadas con los estilos de vida de las personas usuarias.
- ▶ **Atención ginecológica.** Consiste en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarias. Para ello se realizan test de embarazo, manejo clínico de la anticoncepción y seguimiento integral de la etapa de embarazo/ puerperio/parto.
- ▶ **Salud mental.** Se realiza seguimiento psiquiátrico de aquellas personas que presentan sintomatología de trastornos de salud mental, mediante el diagnóstico, el seguimiento clínico y la prescripción de tratamientos.

RESULTADOS

La evidencia científica demuestra que la atención sanitaria básica aumenta la calidad de vida de las personas que usan drogas y se encuentran en situación de marginalidad. En los centros de atención a las drogodependencias es posible la prevención y detección de infecciones de transmisión sanguínea y sexual mediante campañas de promoción de la salud y el uso de tests rápidos. Los resultados demuestran la efectividad del seguimiento farmacológico de estas infecciones sobre todo cuando se llevan a cabo bajo supervisión del personal de enfermería. En el caso del seguimiento de los trastornos mentales, es más efectivo cuando se realiza en un entorno donde se considere el consumo de drogas y los problemas de salud mental conjuntamente. En el caso de la atención a las mujeres, éstas mejoran la salud mediante el asesoramiento y apoyo social, siendo clave el abordaje de la maternidad, la violencia y otros aspectos relacionados con las desigualdades de género. La adherencia a los servicios de atención a las drogodependencias ayuda a forjar el vínculo con los servicios de salud de la red normalizada (Luchenski et al., 2018).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los centros de atención a las drogodependencias son entornos ideales para ofrecer atención sanitaria básica y fortalecer el vínculo con la red especializada de salud. Se recomienda implementar programas y tratamientos basados en evidencias que no solo aborden el consumo de drogas sino también los problemas de salud relacionados con sus estilos de vida. Para ello, es necesario involucrar a las personas que usan drogas en la planificación de cuidados e intervenciones de promoción de la salud.

REFERENCIAS

- Adán, E., Díaz, O., Hidalgo, D., Andreo, L., Delàs, J., & Henar, E. (2012). *Protocols de reducció de danys*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- Delàs, J., Adán, E., Aguas, M., Andreo, L., de Andrés, M., & de Andrés, M. (2014). *Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas*. Barcelona: El Ciervo.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., et al. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391, 266-280.

CENTROS DE EMERGENCIA SOCIAL

Los Centros de emergencia social (CES), también conocidos como Centros de escucha y acogida (CEA), son recursos ambulatorios de atención y respuesta inmediata para personas drogodependientes en situación de exclusión social. Estos recursos intervienen en el ámbito de la atención sanitaria y social básica, y están destinados al desarrollo múltiple de estrategias de Reducción del Daño pues representan uno de los espacios más adecuados para poner en práctica un abanico amplio de programas e intervenciones.

En estos servicios encontraremos equipos interdisciplinarios de atención con posible variedad de actividades y prestaciones de atención como son:

- ▶ **Información y acogida inmediata confidencial** donde se valora la demanda y se reorienta a otros servicios en el caso que esta no se ajuste al servicio.
- ▶ **Atención sanitaria y psicosocial básica**, atendiendo a una valoración integral de atención se ofrece asistencia médica (pequeñas curas, acceso a material de inyección y parafernalia higiénica, detección precoz y atención a enfermedades infecciosas, acceso a mantenimiento con metadona de baja exigencia, etc.); atención psicológica (trabajar la motivación para mantener hábitos de higiene, atención en crisis, habilidades sociales, recursos personales, etc.); y atención social (coordinación con otros recursos, gestión de documentación o prestación social, actividades de incorporación social y laboral, etc.) y asesoramiento jurídico.
- ▶ **Espacio para actividad educativa y descanso**: este espacio se aprovecha para una conversación y trato personalizado, intentando resolver sus dificultades diarias. Se fomenta un clima tranquilo y confortable, con la intención de que pueda relajarse unas horas y así aliviar sus condiciones de vida y salud. En estos podremos hallar actividades grupales de educación sanitaria, prevención de sobredosis o bien de tipo ocupacional.
- ▶ **SopORTE alimenticio y acceso servicios higiénicos general y lavandería**: aquí se ofrece, al menos, la posibilidad de tomar o comer algo, y acceder a duchas y cambio de ropa y lavandería.

De forma más excepcional en estos servicios podemos hallar también acceso a espacios de consumo higiénico, sea para uso inyectado de drogas como también inhalado.

Estos recursos los podemos hallar dispuestos en forma única en contextos de proximidad al colectivo drogodependiente, o bien anexos a servicios de tratamiento, lo que implica que en un mismo centro es posible tener acceso tanto a un tratamiento de alta exigencia como a intervenciones de reducción de daños.

OBJETIVOS

Los CES orientan sus actividades a paliar o minimizar las consecuencias del consumo de drogas, persiguiendo una mejora en la calidad de vida y una disminución de las enfermedades y de la mortalidad de las personas con problemas de adicción. Para alcanzar este propósito, destacaríamos 3 objetivos generales, y los de carácter específico para cada uno de estos:

1. Ofrecer intervenciones encaminadas a la mejora de la calidad de vida a aquellas personas con problemas de adicción que no desean o no pueden abandonar el consumo reduciendo sus consecuencias.

- ▶ Paliar o minimizar los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas u otras adicciones.
- ▶ Facilitar la adopción de medidas higiénicas básicas.
- ▶ Posibilitar la satisfacción a necesidades mínimas de alimentación y de abrigo.
- ▶ Asesorar y atender temas judiciales, sanitarios, sociales, etc.
- ▶ Diseñar itinerarios individualizados de inclusión social.

2. Diseñar estrategias de reducción del riesgo y del daño para la captación de usuarios.

- ▶ Localizar y contactar con los afectados en su medio, informando y ofertando los servicios del centro.
- ▶ Atraer y vincular al paciente hacia la Red Asistencial en su nivel básico (CEA) cubriendo alguna de sus necesidades primarias (alimentación, higiene, comunicación, etc.).
- ▶ Acercar al usuario a los distintos recursos de la comunidad.

- ▶ Coordinar los recursos con aquellos de carácter general, tanto sanitarios como sociales, así como con los específicos en drogodependencias.

3. Diseñar estrategias para la población general encaminadas a la aceptación de la filosofía de reducción del daño.

- ▶ Originar cambios de opinión que vayan desde un enfoque individualizado del problema hacia uno que implique la participación de todos.
- ▶ Originar cambios de opinión en los que se contemple la mejora en la calidad de vida como un objetivo en sí mismo.

METODOLOGÍA

La metodología que fundamenta estos servicios está basada en la reducción de riesgos y daños.

Estos servicios, utilizan técnicas de acercamiento a la población consumidora (*outreach*) para facilitar el acceso de población más vulnerable a espacios de atención socio-sanitarios de bajo umbral de exigencia. Para dicha atención, se cuenta con equipos interdisciplinarios de atención sanitaria y social que, desde metodologías propias de cribado y atención básica, orientaran sus intervenciones a objetivos realistas definidos y acordados con los propios usuarios.

Concretando un poco más, la metodología de atención requiere un enfoque integrador; basado en la aplicación de técnicas concretas extraídas del conjunto de disciplinas de las ciencias humanas. Se aplica una metodología general centrada en la participación-acción y en la observación participante. La orientación teórica requiere un enfoque ecléctico e integrador, basado en la aplicación de técnicas concretas extraídas del conjunto de disciplinas de las ciencias humanas: psicología, medicina, pedagogía social, antropología cultural y trabajo social (Nieva, P. 1995), .

En los procesos de atención referidos al consumo, no se enfatiza tanto el “qué” se consume como el “cómo” se consume, pues se prioriza el cuestionamiento de las conductas de riesgo antes que el cuestionamiento del consumo de drogas. La aproximación de atención se basará especialmente en la entrevista motivacional que facilita poder establecer relaciones de colaboración con los usuarios, disminuye las resistencias al cambio, permite resolver ambivalencias y facilitar el

cambio hacia hábitos saludables y consumos de menor riesgo.

La actividad del servicio será de carácter participativo, promoviendo la toma de responsabilidad del funcionamiento del servicio, y en cuando sea posible la involucración de las personas atendidas en estrategias de educación entre iguales considerando la población diana como agentes de cambio.

La acción y la atención a prestar se harán de forma individual y personalizada haciendo hincapié en la observación de los hechos y comportamientos, y registrando, únicamente, lo más significativo.

El horario de estos servicios puede ser diurno, nocturno o mixto, así como ampliado en función de las necesidades y características de la población a atender.

RESULTADOS Y EVIDENCIAS

Estos dispositivos asistenciales logran llegar a una población usuaria de drogas en situación social marginal, hasta el momento desvinculada de la red asistencial normalizada (Grup Igia, 2001), resultando ser una oferta asistencial altamente “atractiva” para aquellas personas usuarias de drogas que hasta el momento habían rechazado otras prácticas asistenciales.

Los resultados y evidencias de estos dispositivos de atención integral los podemos considerar de acuerdo a la suma de los componentes de reducción de daños que estos incorporan (trabajo de proximidad “outreach”, intercambio de jeringuillas y parafernalia higiénica, atención sanitaria básica, etc.) y que han sido expuestos en los diferentes apartados del mismo capítulo.

Por otra parte, estos servicios cumplen una función complementaria y de accesibilidad a programas de tratamiento como el Programa de mantenimiento con metadona, a la vez que son acceso de atención a la red asistencial social y sanitaria.

REFERENCIAS

- Nieva, P., et al. (1995). Centros de encuentro y acogida. Barcelona
- Grup Igia (2001). Gestionando las drogas; Conferencia de consenso sobre la reducción de daños relacionados con las drogas: Cooperación e interdisciplinariedad. Barcelona. Pág. 399 - 402

INTERVENCIÓN DE PROXIMIDAD EN CENTRO COMUNITARIO (*OUTREACH*)

La intervención comunitaria se fundamenta en el concepto de salud del individuo como estado de bienestar psíquico, físico, y también social, estableciéndose por tanto como una pieza más del engranaje de la reducción de daños. Entendemos, por tanto, la figura de la educación comunitaria como parte implicada en cualquier proceso terapéutico individualizado a través de las distintas intervenciones en medio abierto, fomentando además aspectos como la integración y la participación de las personas que usan drogas a nivel comunitario.

OBJETIVOS

El objetivo fundamental es el de reducir o eliminar el impacto del consumo de drogas en su entorno comunitario. Bajo esta premisa, y con el propósito de una intervención homogénea tanto en las causas como en las consecuencias de dicho impacto, distinguimos dos subgrupos entrelazados:

En relación a las personas que usan drogas:

- ▶ Contactar con personas que usan drogas y que se encuentran desvinculadas de la red sanitaria o social con el objetivo de trabajar la reducción del daño y acercarlas a la red normalizada fomentando el uso del servicio.
- ▶ Complementar los planes terapéuticos que se llevan a cabo desde los centros asistenciales a través de las intervenciones en la vía pública.
- ▶ Promover y acompañar en todas aquellas acciones y actividades de implicación comunitaria que favorecen la inclusión social.

En relación a la comunidad:

- ▶ Detectar problemáticas comunitarias asociadas al consumo de drogas, realizar los diagnósticos y elaborar líneas de intervención para reducir su impacto.
- ▶ Observar y analizar aquellas pautas y prácticas de consumo con posible repercusión a nivel comunitario.

- ▶ Impulsar y mantener las relaciones con otros agentes comunitarios fomentando su participación, sensibilización e implicación.

METODOLOGÍA

Dado su carácter dinámico y cambiante, la presencia habitual en el medio abierto permite observar y analizar el territorio para diseñar, posteriormente, un perímetro de intervención adecuado a las necesidades detectadas en la comunidad. A través de distintas prospecciones diarias, se realizan todas aquellas acciones implícitas en el trabajo comunitario:

- ▶ Intervención directa en medio abierto: intervenciones educativas, acompañamientos, derivaciones, intervención en episodios de consumo, atención en sobredosis, contacto con personas sin vinculación a los servicios.
- ▶ Recogida de material de consumo: detección de zonas de consumo y seguimiento de las mismas, retirada de material de consumo en vía pública.
- ▶ Contacto con actores y agentes comunitarios: contacto y seguimiento con comerciantes, vecindario, cuerpos de seguridad, brigadas de limpieza, equipos educativos y recursos de zona, coordinaciones periódicas con agentes del territorio, recogida de demandas y seguimiento de estas.
- ▶ Observación y análisis territorial: localización, mapeo y seguimiento de zonas de consumo, detección de necesidades, elaboración de estrategias e intervenciones, observación y detección de cambios, fluctuaciones así como tendencias influyentes asociadas al consumo de drogas.
- ▶ Supervisión del programa de Grandes Intercambios y distribución de materiales para la prevención de conductas de riesgo.
- ▶ Formaciones breves de atención en sobredosis, entrega de kits de intervención en sobredosis.
- ▶ Todas las intervenciones realizadas se registrarán de forma diaria y se verán reflejadas en informes de periodicidad mensual.

RESULTADOS

La evidencia demuestra que la incorporación de los aspectos contextuales y de empoderamiento social en la intervención educativa representa una mejora evidente de la calidad de vida de las personas que usan drogas (Rhodes, 1996). Como

dato exponencial, se observa la vinculación de las mismas a los servicios de reducción de daños como puerta de entrada a la red sanitaria y social normalizada (Luchenski et al., 2018). El análisis de los datos recogidos desde la implantación del programa de intervención comunitaria confirma una evolución positiva en su eficacia respecto al impacto del consumo de drogas en medio abierto.

Por otro lado, el trabajo en red y las relaciones comunitarias sitúan a estos equipos como uno de los activos principales en cuanto a la vigilancia de la salud pública en su entorno inmediato, permitiendo una mayor sensibilización e implicación de la propia comunidad y facilitando la integración social del colectivo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los dispositivos de atención a las drogodependencias deben contar con la implicación de la comunidad en la que se establecen. Generar y consolidar relaciones con los distintos actores sociales permite ubicar a la comunidad como parte de la solución e involucrarla en el proceso de mejora.

De forma paralela, se facilitará y promoverá la participación de las personas que usan drogas en los procesos de integración social, lo cual repercutirá de forma directa en la mejora de su salud a nivel integral.

REFERENCIAS

- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., et al. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391, 266-280.
- Rhodes, T. (1996). *Outreach work with drug users: Principles and practice*. Council of Europe Publishing.

DISTRIBUCIÓN DE PARAFERNALIA HIGIÉNICA

Las prácticas de consumo no seguras son uno de los factores de riesgo mayormente asociados a la transmisión de enfermedades como el VIH y la Hepatitis C entre la población usuaria de Sustancias Psicoactivas (SPA). Implementados desde los años 90, los Programas de Distribución de Parafernalia Higiénica (PDPH) son una estrategia de salud pública esencial en la reducción de daños de la salud individual y comunitaria. En el año 2016 se contabilizó que 106 países disponían de al menos un PDPH operativo, 7 de los cuales localizados en regiones de las Américas (Harm Reduction International, 2016). Sin embargo, en muchos países la cantidad de dispositivos existentes no es suficiente para lograr una cobertura que permita estabilizar las epidemias de VIH y VHC entre las personas que utilizan SPA.

OBJETIVOS

A pesar de que tradicionalmente se han dirigido a personas que utilizan la vía parenteral, por ser la más riesgosa, en la actualidad los PDPH han aumentado su cobertura a personas que emplean también la vía fumada. La inclusión de este perfil deviene una estrategia primordial en la prevención de la transición de la vía fumada a la vía inyectada.

Los PDPH tienen como objetivos prevenir el contagio de enfermedades transmisibles, reducir las conductas de riesgo que facilitan la transmisión de infecciones (compartir la parafernalia con otra persona, utilizar materiales no higiénicos), facilitar el acceso de esta población a los servicios de reducción de daños y de atención socio-sanitaria, reducir el número de material contaminado en espacios públicos de la comunidad y monitorear las necesidades, demandas y contextos de consumo (Strike, Hopkins, & Watson, 2013).

METODOLOGÍA

Existen diferentes modelos operativos de PDPH; los criterios de selección deben basarse en las necesidades y características tanto de la población atendida como

de la comunidad. Los tipos de modelos son: ubicación en un punto fijo, unidad móvil, visitas a domicilios, puntos satélites, farmacias, peer-based y máquinas dispensadoras. El modelo final puede ser una combinación de modelos y debe incluir la participación de la persona usuaria en su diseño. Con el fin de garantizar la accesibilidad al PDPH, las personas usuarias de SPA serán informadas de la localización, horario y normativa. La parafernalia distribuida suele tener un coste gratuito. El perfil profesional que opera un PDPH recibe una formación específica sobre reducción de daños asociados al consumo.

Las principales acciones que se desarrollan en un PDPH son (Clua Garcia, Tenza Herades, y Minguenza Ortega, 2015):

- ▶ Distribución de parafernalia y materiales necesarios para el consumo higiénico de SPA por vía parenteral (jeringuillas, cazoleta, toallita de alcohol, agua estéril, smart) y/o vía inhalada (hoja de aluminio, pipa, boquillas).
- ▶ Educación sanitaria orientada a reducir las prácticas y comportamientos de riesgo (pauta y patrón de consumo, prevención de sobredosis, sexo seguro).
- ▶ Detección de necesidades de la población atendida, orientación y/o derivación a servicios específicos de la red de atención a las drogodependencias y sociosanitaria.

Algunos PDPH utilizan la estrategia operativa del “Intercambio de Parafernalia” con el objetivo de aumentar el número de material contaminado eliminado y disminuir el número de parafernalia abandonada en la vía pública.

RESULTADOS Y EVIDENCIAS

En relación a la vía parenteral, los PDPH han mostrado ser seguros y coste-efectivos en la reducción de la transmisión del VIH, ya que disminuyen los riesgos derivados del consumo, haciéndolos más seguros. Sin embargo tienen menos impacto sobre la prevención de la transmisión de la Hepatitis C debido a que muchos programas suministran únicamente jeringuillas y no toda la parafernalia higiénica (Wodak & Cooney, 2005). En relación a la vía fumada, los PDPH han mostrado una reducción de los problemas de salud asociados (Prangnell et al., 2017).

Los estudios que han analizado el impacto de la implantación de PDPH sobre el entorno no han observado un aumento del consumo ni un aumento de la delin-

cuencia en las zonas colindantes (Bravo et al., 2007; Galea, Ahern, Fuller, Freudenberg, & Vlahov, 2001).

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La evidencia científica que muestran los Programas de Distribución de Parafernalia Higiénica es extensa y consistente permitiendo alentar a administraciones y responsables en la implantación y aumento de este tipo de dispositivos. Desde una perspectiva de salud pública, cualquier territorio que pretenda atender a la población usuaria de SPA debe garantizar el acceso universal a parafernalia higiénica.

REFERENCIAS

- Bravo, M. J., Royuela, L., Barrio, G., de la Fuente, L., Suarez, M., & Brugal, M. T. (2007). More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1773-1778.
- Clua Garcia, R., Tenza Herades, G., y Minguenza Ortega, J. (2015). *Guia de Bones Pràctiques En Els Programes D'intercanvi de Xeringues*. Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Galea, S., Ahern, J., Fuller, C. M., Freudenberg, N., & Vlahov, D. (2001). Needle Exchange Programs and Experience of Violence in an Inner City Neighborhood. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28(3): 282-88.
- Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Recuperado de: <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.
- Prangnell, A., Dong, H., Daly, P., Milloy, M. J., Kerr, T., & Hayashi, K. (2017). Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC public health*, 17(1), 163.
- Strike, C., Hopkins, S., & Watson, T. M. (2013). *Best practice recommendations for Canadian harm reduction programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms*. Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada.
- Wodak, A., & Cooney, A. (2005). Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programmes. *International Journal of Drug Policy*, 16, 31-44.

PROGRAMAS DE SUSTITUCIÓN

Los programas de sustitución de sustancias tienen el objetivo prioritario de suplir el consumo de drogas por fármacos agonistas. Hasta la actualidad se ha experimentado este tipo de programas para diversas sustancias, siendo los programas de sustitución de opiáceos (PSO) los más extendidos y probados científicamente. En otras sustancias como el cannabis, la cocaína o el alcohol se han realizado múltiples ensayos sin encontrarse evidencias fiables que promuevan los programas de sustitución. Por lo tanto, en este apartado nos centraremos en los PSO (metadona, buprenorfina, heroína, etc.).

OBJETIVOS

La población destinataria de los PSO son las personas que consumen heroína u otros opiáceos/opioides con patrón disfuncional y graves problemas de salud, sociales y/o legales. Los objetivos son los de disminuir el consumo de opiáceos/opioides ilegales, reducir las intoxicaciones y las muertes por sobredosis, reducir la incidencia de la infección por el VIH y las hepatitis, mejorar la calidad de vida y la situación psicosocial y disminuir las actividades delictivas y los problemas con la justicia.

METODOLOGÍA

Los PSO más extendidos son los programas con metadona. La metadona es un opiáceo sintético que se caracteriza por la ausencia de los efectos euforizantes de la heroína, que puede mantenerse con dosis constantes con posibilidad de reducirse la cantidad gradualmente, eficaz por vía oral y que tiene la capacidad de suprimir los síntomas de abstinencia de forma prolongada con una semivida plasmática de 24 a 36 h. (Colom y Duro, 2009).

En la valoración médica se debe determinar el tipo de programa (mantenimiento o desintoxicación), prescribir la cantidad de dosis, informar detalladamente del

tratamiento y los posibles efectos secundarios, además de estudiar las necesidades sociosanitarias de la persona. Se prestará especial atención a las mujeres embarazadas, jóvenes, personas con enfermedades crónicas y a las de edad avanzada (Colom y Duro, 2009).

La metadona se dispensa en solución oral bajo supervisión de enfermería. La dosis se ajusta periódicamente conjuntamente con el usuario hasta estabilizar según los objetivos establecidos. Superada cierto grado de estabilidad, debe ofrecerse atención psicoterapéutica y socio-educativa con régimen de take-home semanal o quincenal y, en casos de mayor estabilización, existe la posibilidad de la dispensación en farmacias (Colom y Duro, 2009).

Una alternativa a la metadona es la buprenorfina/naloxona, fármaco que se toma por vía oral, con pocas interacciones medicamentosas y que se considera menos estigmatizante que la metadona. Se indica en personas con mayor nivel de cumplimiento y de abstinencia del consumo de heroína dadas sus características farmacológicas. En menor grado, se han llevado a cabo programas y ensayos clínicos de prescripción de heroína. Esta se indica a personas con dificultad para abandonar el consumo por vía parenteral o pulmonar, con un largo historial de consumo, que hayan fracasado en al menos dos intentos de tratamiento y que presenten graves problemas de salud física y/o psíquica imputables al consumo pero que no impidan acudir al centro de tratamiento (Dennis et al., 2014).

RESULTADOS

La mayoría de evidencias sobre la efectividad de los PSO se relacionan con los tratamientos de metadona, si bien los hallazgos se pueden tomar para referirse a los PSO en general.

Los estudios demuestran que los PSO son efectivos para reducir la seroconversión del VIH; sin embargo, se detecta un impacto limitado que dichos programas reduzcan la transmisión de las hepatitis. No obstante, sí se detecta una reducción de la frecuencia del consumo de heroína u otros opiáceos/opioides por vía parenteral y una reducción del riesgo de muerte por sobredosis en aquellos que mantienen un tratamiento prolongado con respecto a los que lo realizan de forma intermitente (Dennis et al., 2014; Kimber et al., 2010).

Las personas con alta adherencia obtienen un mayor control de los problemas sociales y de salud asociados al consumo de drogas, aumentan la esperanza y calidad de vida, mejoran su situación laboral y disminuyen la actividad criminal, reduciendo los arrestos y los ingresos en prisión (Dennis et al., 2014; Kimber et al., 2010).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los PSO son programas efectivos para mejorar la calidad de vida de las personas que usan opiáceos. Por ello, se recomienda la incorporación inmediata a los PSO de aquellas personas con uso disfuncional de este tipo de sustancias. Dichos programas deben enmarcarse en perspectiva de reducción de daños y desarrollarse por equipos multidisciplinares para dar una atención holística a las mismas. Para aumentar la efectividad, debe incorporarse la perspectiva de estas personas para una mayor adaptación de los criterios y normativa de los programas.

REFERENCIAS

- Colom J, Duro P. (2009). *Tratamiento de mantenimiento con metadona: Manual de práctica clínica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- Dennis, B. B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A., Varenbut, M., Daiter, J., ... & Desai, D. (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic reviews*, 3(1), 105.
- Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. En Rhodes, T., and Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (p. 115-164). Office for Official Publ. of the European Communities.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

Las salas de consumo supervisado (SCS) son instalaciones, generalmente integradas en centros sociosanitarios de baja exigencia, en las que se permite el uso de Sustancias Psicoactivas (SPA) por vía parenteral y fumada. El consumo se realiza en condiciones de higiene y es supervisado por profesionales sanitarios formados específicamente (Bosque-Prous y Brugal, 2016). Durante los últimos 20 años se han consolidado como un servicio esencial en la reducción de daños y tratamiento a las drogodependencias. En el año 2016 únicamente Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Holanda, Noruega, España, Suiza y Australia disponían de al menos un dispositivo de estas características (Harm Reduction International, 2016).

OBJETIVOS

Los objetivos de las SCS son proporcionar un ambiente higiénico y regulado para el uso de SPA a diferencia del medio abierto, reducir los comportamientos de riesgo, morbilidad y mortalidad asociados al consumo (aumentan el conocimiento sobre prácticas higiénicas, disminuyen problemas de salud como abscesos e infecciones, disminuyen el riesgo de sobredosis letal), reducir el uso público de SPA y disminuir el estigma sobre el uso y el usuario de SPA (Schatz & Nougier, 2012).

METODOLOGÍA

Las SCS se enmarcan dentro de la legislación de cada país, como unidades de centros de salud, como ONG o como parte de un servicio de salud pública. En la mayoría de territorios ha sido necesario modificar leyes específicas para despenalizar el uso de SPA dentro del dispositivo y regular su propio funcionamiento.

Existen tres modelos de SCS: integradas, en centros de salud donde la supervisión del consumo es uno más del conjunto de servicios; especializadas, ofrecen una gama reducida de servicios directamente relacionados con el consumo; y móviles,

atienden en un entorno geográfico flexible. El equipo profesional está compuesto por personal sanitario (médico, enfermería, auxiliar clínico) y social (educador y trabajador social).

Independientemente del modelo de SCS, todas comparten características comunes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2016):

- ▶ Condiciones de acceso: registro previo al servicio, edad mínima y residencia local.
- ▶ Supervisión, asesoramiento en el consumo y atención médica urgente.
- ▶ Distribución de parafernalia higiénica para uso fuera de la SCS.
- ▶ Asesoramiento y motivación sobre tratamiento.
- ▶ Derivación a otros servicios de atención sociosanitaria.
- ▶ Reducción del impacto comunitario de contextos de consumo de SPA en medio abierto.

RESULTADOS Y EVIDENCIAS

A pesar de que es extraño el territorio en el que no se genera controversia política y social cuando personas usuarias de drogas y organizaciones reclaman la presencia o aumento del número de SCS, no se ha observado un aumento o disminución del uso de SPA en la comunidad por el hecho de instalar este dispositivo ni se ha relacionado con el aumento del tráfico de drogas. Las SCS son eficaces para conseguir y mantener el contacto con poblaciones que presentan alto nivel de marginalización, reducen el uso compartido y la reutilización de parafernalia gracias en gran medida a la educación sanitaria, reducen la mortalidad por sobredosis de las personas que usan SPA, contribuyen a disminuir la mortalidad relacionada por SPA en toda la ciudad y a la integración de las personas que usan drogas en la comunidad. El uso de la SCS se asocia con un aumento de la administración de tratamientos de desintoxicación (Kerr et al., 2006; Potier, Laprévotte, Dubois-Arber, Cottencin, & Rolland, 2014; Rhodes & Hedrich, 2010; Schatz and Nougier, 2012).

Algunos estudios sugieren que las SCS de inhalación podrían reducir tanto el nivel de conflictividad de los usuarios de crack en la vía pública como el número de enfrentamiento con las fuerzas del orden.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Las Salas de Consumo Supervisado son una estrategia primordial de contacto con los usuarios de SPA de mayor riesgo y de disminución de su mortalidad. A pesar de que continuamente son objeto de debate político, su coste-efectividad es indudable, además de ser una puerta de acceso al tratamiento aceptado y eficaz en este perfil poblacional. La participación e involucración de las personas que usan drogas en el diseño y funcionamiento de estos dispositivos son esenciales en su implementación. Cualquier acción que además contribuya a la reducción del estigma que recae en ellas debería ser tomada en cuenta por parte de todas las administraciones públicas.

REFERENCIAS

- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Salas de Consumo Supervisado de Droga: Una Visión General de Los Servicios Prestados Y Los Datos Disponibles*. Thematic Paper, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Recuperado de: <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.
- Kerr, T., Stoltz, J. A., Tyndall, M., Li, K., Zhang, R., Montaner, J., & Wood, E. (2006). Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7535), 220-22.
- Potier, C., Laprévotte, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and alcohol dependence*, 145, 48-68.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (p. 462). Office for Official Publ. of the European Communities.
- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *Drug consumption rooms: evidence and practice*. IDCP Briefing paper. London, International Drug Policy Consortium.

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN MEDIO PENITENCIARIO

Las personas privadas de libertad tienen una mayor incidencia de consumo de drogas y de problemas asociados que la población general. Los centros penitenciarios son espacios en los que se realizan prácticas de riesgo donde se requiere de intervenciones específicas. Apoyados por diversos organismos internacionales y nacionales, en este contexto se aboga por la implementación de programas de reducción de daños siguiendo el Principio de Equidad, el cual expone que las personas privadas de libertad tienen derecho a la misma atención sanitaria y de drogas que el resto de la ciudadanía.

OBJETIVOS

Los programas de reducción de daños en prisión están destinados a personas con consumo activo y a las que están en proceso de rehabilitación. Los objetivos son los de reducir los efectos negativos del consumo de drogas (sobredosis, infecciones de transmisión sanguínea y sexual, etc.) con la implementación de los mismos servicios y programas que en la comunidad.

METODOLOGÍA

En los centros penitenciarios se pueden llevar a cabo diferentes acciones de reducción de daños, que se resumen a continuación:

- ▶ **Prevención de infecciones de transmisión sanguínea y sexual.** Se realizan pruebas diagnósticas para la detección precoz y tratamiento de infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral. Se distribuyen preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
- ▶ **Programas de metadona.** Los objetivos de estos programas son los de reducir y limitar el consumo de opiáceos y disminuir las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea (VIH y hepatitis B y C).

- ▶ **Programa de intercambio de jeringuillas.** Se dispensa material higiénico de consumo para reducir las infecciones de transmisión sanguínea y promocionar un consumo higiénico y seguro.
- ▶ **Educación entre pares.** La formación de agentes de salud especializados en drogas tiene la función de establecer lazos entre las personas que usan drogas y los servicios especializados de la prisión, mejorando la información y las iniciativas entre ambas partes.
- ▶ **Prevención de sobredosis.** Se realizan talleres de consumo higiénico y seguro para entrenar en la asistencia de sobredosis y promocionar el uso de drogas con menos riesgo.

RESULTADOS

La evidencia científica demuestra que es posible llevar a cabo programas de reducción de daños dentro de prisión, obteniendo resultados favorables para mejorar la calidad de vida de las personas que usan drogas.

Los programas de metadona dentro de prisión aportan beneficios similares a los de la comunidad. Pese a no ser concluyentes los estudios para demostrar una reducción de las infecciones de transmisión sanguínea o las sobredosis (Kimber et al., 2010), se demuestra que la retención en estos programas hace posible la reducción de prácticas de riesgo en torno al uso de la vía inyectada, disminuyéndose la frecuencia de la inyección y el uso de opiáceos (Kimber et al., 2010; Hedrich et al., 2012). Estos programas aseguran la continuidad del tratamiento en el ingreso en prisión como en la salida en coordinación con los servicios de la comunidad (Hedrich et al., 2012).

Los programas de jeringuillas no aumentan el consumo de drogas y reducen el uso compartido de material de consumo dentro de prisión (Jürgens, Ball & Verster, 2009). Pese a no existir evidencia concluyente en relación a la reducción de la transmisión del VIH y las hepatitis B y C (Kimber et al., 2010), se estima la disminución de prácticas de riesgo propiciando el desuso de jeringuillas artesanales y la reducción del uso compartido (AIVL & CAHMA, 2015). Además, se demuestra que no se producen agresiones ni accidentes laborales con las jeringuillas del programa (AIVL & CAHMA, 2015).

En el caso de la educación entre pares, la figura del agente de salud tiene el

impacto de mejorar las actitudes y los conocimientos frente a los problemas asociados del consumo de drogas tales como las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea (Wright et al., 2011).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los programas de reducción de daños son factibles dentro de prisión. Para mejorar su funcionamiento, se recomienda un entrenamiento previo de todo el personal profesional de los centros antes de la introducción de este tipo de programas. Cabe resaltar que dichos programas cambian las dinámicas de la prisión siendo necesaria la coordinación periódica con todos los agentes sociales implicados. Actualmente, existe una baja cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas, siendo necesaria la evaluación y la producción de evidencia para defender con argumentos la introducción de este tipo de medidas de promoción de la salud.

REFERENCIAS

- AIVL & CAHMA. (2015). *Needle & Syringe Programs in Prisons – An International Review*. Australia: AIVL & CAHMA.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 107(3), 501-517.
- Jürgens, R., Ball, A., & Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet infectious diseases*, 9(1), 57-66.
- Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. En Rhodes, T., and Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (p. 115-164). Office for Official Publ. of the European Communities.
- Wright, N., Bleakley, A., Butt, C., Chadwick, O., Mahmood, K., Patel, K., & Salhi, A. (2011). Peer health promotion in prisons: a systematic review. *International journal of prisoner health*, 7(4), 37-51.

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN MEDIO EDUCATIVO

El medio educativo es uno de los ámbitos con un menor desarrollo dentro de la reducción de daños. Una posible explicación la podríamos encontrar en las críticas y resistencias que este enfoque puede generar cuando se trata de trabajar con adolescentes y por una supuesta incompatibilidad con la prevención del consumo. De hecho, en ocasiones, las críticas han surgido por considerar la reducción de daños en el ámbito educativo como una “resignación” del objetivo de la abstinencia o como una facilitación de los consumos de drogas. No obstante, cuando es explicada y comprendida, la reducción de daños es aceptada por todos los diferentes agentes educativos (Poulin, & Nicholson, 2005), incluidos los padres y las madres (Midford, McBride, & Munro, 1998), o los propios responsables de los centros educativos, quienes pueden sentir cierto temor ante el rechazo que pueda causar un programa de reducción de daños o la posible colisión con otros tipos de medidas, como las disciplinarias (Guzys & Kendall, 2006). En otras ocasiones, el profesorado puede no tener la formación suficiente para aplicar un programa de reducción de daños o no sentirse cómodo abordando los consumos desde esta perspectiva. En centros educativos privados, la reducción de daños puede resultar incompatible con la filosofía religiosa que ve la abstinencia como el único objetivo moralmente aceptable (Midford et al., 1998). Sin embargo, para el alumnado, la reducción de daños es vista como un enfoque realista que no estigmatiza a quien consume porque no hace juicios morales sobre el consumo y se ajusta a factores de riesgo específicos (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Así, les brinda la oportunidad de poder hablar libremente sobre las drogas y su consumo. No obstante, debe tenerse en cuenta que la reducción de daños no es un enfoque válido para todo el alumnado, sino que podría ser más adecuada para aquellas edades en las que se puede esperar una mayor capacidad para tomar decisiones informadas sobre el consumo (Poulin et al., 2005).

Hasta la fecha se han desarrollado varios programas de reducción de daños para ser aplicados en medio educativo a partir de diferentes modelos y estrategias de intervención. Muchos de ellos se han creado en Estados Unidos para estudiantes de Universidad y han sido publicadas varias revisiones en literatura científica. Específicamente para adolescentes, el programa australiano School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP) cuenta con una larga trayectoria y va a ser expuesto sucintamente aquí.

OBJETIVOS

En respuesta al elevado consumo de alcohol por parte de los y las adolescentes de Australia y a las dificultades que presentaban los programas preventivos integrales en los centros educativos, el National Drug Research Institute de la Universidad de Curtin inicia un proyecto para evaluar la efectividad de una intervención para estudiantes de enseñanzas secundarias en centros públicos (13 a 17 años) en Perth, con un enfoque de reducción de daños para reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y reducir los daños en aquellos estudiantes que, aun no bebiendo, socializaban con estudiantes que sí lo hacían (McBride, Midford, & Farrington, 2000).

METODOLOGÍA

El proyecto SHAHRP se aplica en las aulas y consta de dos fases. La fase 1 o inicial se desarrolla durante el primer año de educación secundaria (13 años) cuando la mayoría del alumnado aún no ha comenzado a experimentar con el alcohol. Consiste en 17 actividades basadas en habilidades a lo largo de 8-10 lecciones de 40-60 minutos de duración cada una. La fase 2 tiene lugar al año siguiente, cuando una parte importante del alumnado ha comenzado a experimentar con el alcohol, y consiste en 12 actividades impartidas a lo largo de 5-7 semanas. Los diferentes componentes del programa fueron seleccionados a partir de una revisión de evidencias y buenas prácticas. El programa incluye formación para el profesorado, junto con un manual con todos los detalles de las sesiones de intervención, un manual para el alumnado y un video con escenas relacionadas con el consumo. Para más información sobre SHAHRP puede visitarse su página web: <http://ndri.curtin.edu.au/research/research-specific-sites/school-health-and-alcohol-harm-reduction-project>

RESULTADOS

La evaluación realizada, que incluyó la comparación con un grupo control y el

seguimiento hasta 32 meses después de finalizar el programa, concluyó que el alumnado participante disminuyó su consumo de alcohol, su nivel de conocimientos sobre alcohol aumentó y sufrió menos problemas, tanto derivados por su propio consumo como por el consumo de terceras personas (McBride, Farrington, Midford, Meuleners, & Phillips, 2004). SHAHRP ha sido recientemente adaptado para ser aplicado en Irlanda (McKay, McBride, Sumnall, & Cole, 2012; McKay, Sumnall, McBride, & Harvey, 2014).

REFERENCIAS

- Guzys, D., & Kendall, S. (2006). Advocating for a harm-minimization approach to drug education in Australian schools. *The Journal of school nursing*, 22 (5), 259-263.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors*, 27 (6), 867-886.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L., & Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), 278-291.
- McBride, N., Midford, R., & Farrington, F. H. (2000). Alcohol harm reduction education in schools: planning an efficacy study in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19 (1), 83-93.
- McKay, M. T., McBride, N. T., Sumnall, H. R., & Cole, J. C. (2012). Reducing the harm from adolescent alcohol consumption: results from an adapted version of SHAHRP in Northern Ireland. *Journal of Substance Use*, 17(2), 98-121.
- McKay, M., Sumnall, H., McBride, N., & Harvey, S. (2014). The differential impact of a classroom-based, alcohol harm reduction intervention, on adolescents with different alcohol use experiences: A multi-level growth modelling analysis. *Journal of adolescence*, 37(7), 1057-1067.
- Midford, R., McBride, N., & Munro, G. (1998). Harm reduction in school drug education: Developing an Australian approach. *Drug and Alcohol Review*, 17 (3), 319-327.
- Poulin, C., & Nicholson, J. (2005). Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools?: Empirical evidence from an integrated school-and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents. *International Journal of Drug Policy*, 16 (6), 403-414.

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CONTEXTOS DE OCIO NOCTURNO

Los programas de intervención en ocio nocturno buscan establecer contacto con personas usuarias de alcohol y otras drogas que frecuentan los espacios de música y baile y transmitirles información objetiva y útil para reducir los riesgos asociados.

Las acciones de proximidad (outreach) se llevan a cabo en los espacios recreativos mediante la instalación de una carpa/stand durante la celebración del evento. Estos espacios son tanto discotecas, como festivales de música electrónica o fiestas rave, todos ellos lugares en los que se da el consumo y en los que es posible el acercamiento a la población destinataria con la complicidad de la industria del ocio.

OBJETIVOS

Como objetivo general, estos programas buscan reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- ▶ Promover la inclusión de la población destinataria en los programas.
- ▶ Distribuir materiales y proporcionar asesoramiento de reducción de riesgos y daños en eventos y establecimientos de ocio nocturno.
- ▶ Conseguir espacios de fiesta más seguros con la complicidad y compromiso de la industria del ocio.
- ▶ Detectar de manera precoz patrones emergentes de consumo y/o incidencias relacionadas con el consumo recreativo de sustancias.

METODOLOGÍA

Las acciones de proximidad en ocio se sustentan en tres elementos metodológicos clave: el equipo, el discurso de reducción de riesgos y el lugar de inter-

vención. En cuanto al primero, la inclusión de población destinataria en el programa garantiza la acción preventiva entre iguales (peer to peer). El equipo debe recibir formación tanto de conocimiento sobre sustancias (efectos, riesgos y estrategias de reducción de riesgos), como de competencias y habilidades necesarias para el trabajo informativo y de asesoramiento a personas usuarias. Así mismo, es necesario que cuenten con supervisión durante la intervención. El equipo cumple dos funciones básicas: (1) dispensar información de la manera más objetiva y neutral posible, sin caer en paternalismos, moralismos o cuestionamientos personales y (2) detectar nuevos consumos o patrones de riesgo y problemáticas sociales comunitarias a pie de calle, para adaptar las intervenciones a un fenómeno dinámico.

Por otra parte, la población a la que se dirigen las intervenciones en ocio y el propio contexto de intervención requiere adoptar un discurso pragmático, honesto, acorde con la realidad y respetuoso con la decisión de consumo. La reducción de riesgos trata de facilitar pautas de uso de menor riesgo para disminuir los efectos negativos, antes que evitar los consumos en sí mismos, partiendo de la base de que muchos de los problemas que acontecen son fruto del desconocimiento y la falta de información.

Por último, en referencia al lugar de intervención, los espacios y tiempos de ocio están asociados al consumo de alcohol y otras drogas, así como a una serie de problemas de salud y sociales. Además, la población joven es reacia a acudir a servicios especializados, ya sea por desconocimiento, inexistencia o por falta de credibilidad de los recursos existentes. Por ello, se opta por dar acceso a información y asesoramiento en el propio momento y lugar donde se producen los consumos, como un dispositivo integrado en la fiesta, ganando así accesibilidad y credibilidad.

RESULTADOS Y EVIDENCIAS

En las últimas dos décadas han proliferado los programas de intervención en contextos de ocio. A pesar de ello, la evidencia en la literatura científica respecto a la efectividad de estas intervenciones, dirigidas específicamente a reducir riesgos asociados al uso de alcohol y/u otras drogas en espacios de ocio es, a día de hoy, todavía limitada. En la actualidad, se dispone de datos más sólidos sobre la reducción del uso del alcohol y daños asociados en entornos de ocio,

cuyos resultados podrían ser útiles para prevenir problemas de otras drogas. Por el momento, la evidencia disponible muestra resultados favorables en la evaluación de cada uno de los componentes de estos programas. Por ejemplo, existe evidencia de que las iniciativas 'peer to peer' adecuadamente diseñadas gozan de un alto nivel de credibilidad (Bleeker, et al., 2009), son costo-efectivas (Turner and Shepherd, 1999) y tienen mayor probabilidad de impacto (Mc Donald et al., 2003; Bleeker, et al., 2009) además de considerarse una herramienta valiosa para entrar en contacto con una población de difícil acceso. Por otra parte, las pruebas de alcoholemia o los análisis de sustancias también están siendo evaluados y los resultados obtenidos muestran su efectividad en la toma de decisiones razonada y el cambio conductual (véase las buenas prácticas de con respecto a los servicios de análisis y las pruebas de alcoholemia en espacios de ocio). Por último, respecto al impacto de los mensajes, estos gozan de una amplia aceptación (Branigan and Wellings, 1999) y de un alto nivel de credibilidad (Miller, 1995; Tobler, 1992; Parkin and Haynes, 1998), además de no suponer efectos contraproducentes ni en personas consumidoras como no consumidoras (Whittingham et al., 2009).

Cabe hacer mención de tres barreras importantes para la evaluación de los programas de intervención en ocio. Por un lado, la dificultad de evaluar estos programas en un entorno de investigación controlada o mediante ensayos controlados aleatorios. Por otro, la falta de recursos necesarios para destinar a la evaluación aunque, a pesar de ello, se pueden encontrar iniciativas de evaluación de acciones preventivas diversas lideradas por los propios proyectos de reducción de riesgos. Derivado de lo anterior se presenta un tercer hándicap, la dificultad de publicación de artículos científicos, a menudo, por la falta de profesionales capacitados. En este sentido, destacar la existencia de herramientas (<http://www.htinfo.eu/>) que existen para la recopilación de datos e información para la evaluación e intervenciones de buenas prácticas en espacios de ocio.

REFERENCIAS

- Bleeker, A., Silins, E., Dillon, P., Simpson, M., Copeland, J., & Karina, H. (2009). *The feasibility of peer-led interventions to deliver health information to ecstasy and related drug users* (No. 299). NDARC Technical Report.
- Branigan, P., y Wellings, K. (1999). Acceptance of the Harm Minimization Message in London Clubs and Underground System. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 6 (3), 389-398.
- McDonald, J.; Roche, A. M.; Durbridge, M., y Skinner, N. (2003). *Peer education: from evidence to practice*. Adelaide, Australia, National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA).
- Parkin, H., & Haynes, B. (1998). Colour by numbers: peer education from scratch. *DRUGLINK*, 13, 22-23.
- Miller, S. (1995). *Evaluation of the Juvenile Justice Specialist Support Services Adolescent Peer Education Program*. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services.
- Parkin, H., & Haynes, B. (1998). *Colour by numbers: peer education from scratch*. *Druglink*, 13(3), 22-23.
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of addictive diseases*, 11(3), 1-28.
- Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health education research*, 14(2), 235-247.
- Whittingham, J. R. D., Ruiter, R. A. C., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., & Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: An experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use & Misuse*, 44(4), 532-547.

PROGRAMAS DE ANÁLISIS DE SUSTANCIAS

Los Servicios de Análisis de Sustancias recogen muestras y, mediante desarrolladas técnicas químicas de análisis (TLC, HPLC, GC-MS...), detectan la composición de las mismas. Esta información es compartida con la persona, a quién se le realiza un asesoramiento orientado a la reducción de riesgos en el consumo de sustancias.

OBJETIVOS

El objetivo general de los Servicios de Análisis de Sustancias es el de reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas.

Para alcanzar este objetivo, se establecen 3 objetivos específicos:

- ▶ Establecer contacto con los usuarios de drogas para que conozcan la composición de las sustancias que van a tomar y que puedan descartar aquellas que por su adulteración conlleven un riesgo para la salud.
- ▶ Mejorar nuestro conocimiento sobre la situación del mercado ilegal detectando de manera precoz sustancias, patrones emergentes de consumo y/o incidencias relacionadas con el consumo recreativo de drogas.
- ▶ Difundir los hallazgos del programa entre agentes interesados.

METODOLOGÍA

Los Servicios de Análisis de Sustancias se pueden clasificar en tres tipos según el proceso de recogida de muestra: "In situ" en los espacios de ocio, estacionarios o postales. Los Servicios de Análisis "In Situ" recogen las muestras en los mismos espacios de ocio, los Servicios de Análisis Estacionarios gestionan un punto fijo de recogida al que el usuario acude intencionalmente y los Servicios de Análisis Postales reciben por correo las muestras a analizar. Según los últimos informes mundiales (Barrat et al., 2018) de los 31 proyectos que han reportado estar trabajando con un Servicio de Análisis, 23 cuentan con un Servicio de

Análisis “In Situ”, 18 con un Servicio de Análisis Estacionario y 3 con un Servicio de Análisis Postal.

Una vez recogidas las muestras, son analizadas en laboratorios y posteriormente son entregados los resultados a la persona presencialmente, por teléfono o email.

Distintas técnicas analíticas son utilizadas por los Servicios de Análisis de Sustancias. 15 de los 31 establecidos utilizan espectrometría de masas incluyendo algún método de separación (GC-MS, LC-MS, HPLC-MS, UHPLC-MS, IT-MS). 11 reportaron por lo menos un método de espectroscopía como FTIR, UV-Vis, Raman. La cromatografía en capa fina (TLC) es utilizada por 13 servicios. 16 de los 31 servicios utilizan test colorimétricos. Un cuarto de estos servicios combina los test colorimétricos con alguna otra técnica analítica (Barrat et al., 2018).

Toda la información se transmite desde una actitud neutra y en base a información objetiva, de manera atractiva y próxima a las personas que consumen drogas, de la presencia de sustancias dañinas y/o inesperadas, permitiéndoles de este modo descartar el uso de sustancias potencialmente dañinas o adaptar el patrón de uso al resultado y al asesoramiento recibido.

RESULTADOS Y EVIDENCIAS

Según los últimos informes mundiales (Barrat et al., 2018), actualmente existen 31 proyectos implementando Servicios de Análisis de Sustancias en 20 países de Europa, América y Oceanía. En concreto en Europa, en 2018, 12 países tienen implementados estos servicios y gracias a ellos se están analizando más de 25.000 muestras al año. En 2011, se creó la red TEDI (Trans European Drug Information) con el objetivo de unir estos servicios individuales y compartir recursos y conocimiento. Se ha desarrollado una base de datos conjunta para poder compartir resultados y predecir tendencias europeas (Brunt et al., 2017).

A lo largo de estos años se ha demostrado que los Servicios de Análisis de Sustancias son una buena herramienta para alcanzar a los grupos de consumidores de drogas que están en las fases más tempranas de sus experiencias con las drogas (Hungerbuehler, Buecheli, & Schaub, 2011). Además, estos servicios tienen la capacidad de atracción de personas de difícil acceso y que de otra manera no serían

receptivos a mensajes de reducción de daños (Van de Wijngaart et al., 1999).

Se ha demostrado también que los Servicios de Análisis de Sustancias tienen la capacidad para contribuir a la mejora de la vigilancia epidemiológica de los mercados de drogas sintéticas. Así, no sólo tienen capacidad para monitorear las sustancias, también tendrían la capacidad para facilitar la recolección de datos sobre patrones y tendencias en el uso de sustancias psicoactivas, constituyéndose así una importante herramienta de monitorización de mercados y de detección de Nuevas Sustancias Psicoactivas (Brunt et al., 2017).

REFERENCIAS

- Barratt, M.J., Kowalski, M., Maier, L.J., & Ritter, A. (2018). *Global review of drug checking services operating in 2017*. Drug Policy Modelling Program Bulletin No. 24. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney.
- Brunt, T. M., Nagy, C., Buecheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C., & Ventura Vilamala, M. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug testing and analysis*, 9(2), 188-198.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A., & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8(1), 16. <http://doi.org/10.1186/1477-7517-8-16>
- Van de Wijngaart, G. F., Braam, R. V., de Bruin, D. E., Fris, M., Maalsté, N. J., & Verbraeck, H. T. (1999). Ecstasy use at large-scale dance events in The Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29(3), 679-702.

04

HERRAMIENTAS CON INDICADORES DE AUTODIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PARA MEDIR LA CORRECTA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS



A pesar de que las primeras intervenciones en reducción de daños se remontan a principios del siglo XX, no fue hasta 1973 cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias. Aunque las personas que usan Sustancias Psicoactivas (SPA) presentan mayor morbilidad y mortalidad respecto a la población general, tradicionalmente la reducción de daños se ha centrado en aquellas que usan la vía inyectada, principalmente opiáceos, ya que el exceso de mortalidad en este colectivo, junto con la propagación del virus del VIH, ha resultado durante décadas un problema de salud pública global.

Hoy por hoy la reducción de daños ha ampliado su cobertura incluyendo también a perfiles expuestos a menor riesgo de mortalidad pero con elevado impacto en su morbilidad. Estas políticas incluyen modelos preventivos que mejoran la calidad de vida de las poblaciones que usan SPA protegiéndoles de una mayor exposición al daño. Aun así, su implantación y cobertura ha sido en diferente grado según el territorio que se observe. Mientras países como Canadá, Australia, Suiza o España se iniciaron tempranamente y hoy disponen de programas de larga trayectoria evaluados que han permitido comprobar su efectividad, también existen territorios donde el uso de SPA sigue estando legal y socialmente criminalizado y la atención a las personas usuarias no es un derecho humano garantizado.

El presente capítulo está dirigido a dirigentes gubernamentales y responsables técnicos a cargo del diseño y aplicación de las políticas de reducción de daños. El objetivo es dotarles de herramientas autoevaluativas o checklists que permitan la valoración tanto de su política de reducción de daños como de la calidad de los servicios prestados, a la vez que suponen un método sencillo de detección de necesidades. Cada una de ellas puede adaptarse tanto al contexto nacional como local o comunitario. Países con mayor desarrollo en reducción de daños emplean este tipo de checklists en sus municipios o barrios; países en situaciones de menor trayectoria deberán aplicar los indicadores en todo su ámbito estatal.

El propósito final es establecer unos criterios comunes que permitan dirigir los esfuerzos globales hacia una política de reducción de daños basada en la evidencia científica, que preserve los derechos de las personas que usan SPA y disminuya

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

el estigma que recae sobre ellas, reduzca sus comportamientos de riesgo para la salud, mejore la relación con sus comunidades y, sobre todo, las involucre en el diseño y desarrollo de estas políticas, programas y/o servicios.

Basándose en los principios esenciales del modelo de reducción de daños, la metodología empleada para el establecimiento de los indicadores en cada una de las herramientas ha seguido el siguiente proceso sistemático: se consultaron los reportes del 2014-2017 de los principales organismos de monitoreo de la reducción de daños a nivel internacional (Harm Reduction International, Observatorio Europeo de Drogas, Public Health Agency of Canada, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) y se revisaron los artículos científicos publicados en los últimos 5 años en ciencias de la salud (bases de datos Medline, Pubmed, Scopus) acerca de indicadores y de sistemas de evaluación de proceso e impacto en reducción de daños. Posteriormente se listaron todos los indicadores empleados, se analizaron, se extrajeron aquellos que presentaban mayores frecuencias y se elaboraron las tablas finales de autoevaluación.

El orden final de los indicadores presentados no representa una escala de priorización, sino que este aspecto deberá adaptarse a las condiciones contextuales de cada territorio y de cada población. Por ejemplo, hasta la fecha, en los países de la región de las Américas, el uso de estimulantes presenta mayor impacto que el de opiáceos. Será necesario revisar los indicadores y adaptarlos a estas circunstancias concretas. Se han excluido indicadores relacionados con la política de drogas a causa de las grandes diferencias existentes entre territorios.

El documento final incluye tres herramientas autodiagnósticas para la evaluación de la implementación del modelo de reducción de daños, para la evaluación de la calidad de las políticas de reducción de daños y para la evaluación de la calidad de los servicios de reducción de daños. Además se presentan ejemplos de herramientas de autoevaluación de las dos principales políticas de reducción de daños fijadas por la Harm Reduction International: el tratamiento agonista de opioides y la distribución de parafernalia higiénica. Los responsables que deseen aplicar los resultados obtenidos deberán además tener en cuenta indicadores epidemiológicos y sociales.

El modelo de reducción de daños habitualmente incluye aspectos relacionados con la calidad de la sustancia, con el contexto de consumo, con la pauta de consumo, con la atención ante una intoxicación y con el acceso a tratamiento. Los últimos reportes descriptivos de la situación global de respuestas al uso de SPA (Harm Reduction International, 2016; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) coinciden casi en su totalidad en los indicadores empleados para evaluar a los países en la política de reducción de daños que están aplicando.

Lamentablemente la revisión de estos indicadores es de carácter anual debido a la inestabilidad de permanencia de muchos de estos programas a causa de aspectos políticos y/o económicos. La Harm Reduction International (HRI) sitúa como estimador que al menos en todo el territorio exista un servicio que realice estas políticas de reducción de daños. Asimismo tanto el Observatorio Europeo de las Toxicomanías (EMCDDA) como la Public Health Agency de Canada (PHAC) remarcan la importancia de incluir en este listado esencial la distribución de parafernalia higiénica para el uso inhalado/fumado entre personas que no usan la vía inyectada y el análisis de sustancias que presenta cobertura a toda la población que consume SPA.

En la tabla 1 se presenta la herramienta de autoevaluación del modelo de reducción de daños donde se incluye un primer indicador relacionado con la inclusión en textos políticos de la perspectiva de reducción de daños en el abordaje del fenómeno de las SPA. Posteriormente se despliega un listado de diferentes políticas basadas en la evidencia donde se deberán marcar aquellas que cumplan el criterio de “disposición de al menos 1 servicio/programa en el territorio”.

AUTOEVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS		✓	✗
0	Reconocer que el estigma y/o la discriminación son problemas a los que se enfrentan las personas que utilizan SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponer al menos de un servicio/programa de:			
1	Programa de Tratamiento agonista de Opioides de baja exigencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Programas de Distribución de Jeringuillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Programa de Distribución de Jeringuillas en ámbito penitenciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Programa de Distribución de Kits Higiénicos para consumo inhalado o fumado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Servicio de análisis de SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sala de Consumo Supervisado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 1. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la implementación del modelo de reducción de daños.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS



Una vez incorporadas las principales políticas de reducción de daños que se deben establecer es necesario fijar unos indicadores cualitativos estandarizados que permitan evaluar su calidad. La propuesta final pretende ir un paso más allá de valores epidemiológicos relacionados con mortalidad y morbilidad, centrándose en la reducción de los daños asociados al uso de SPA que incluya medidas que tengan en cuenta a las poblaciones más discriminadas y por lo tanto más vulnerables (mujeres, pueblos indígenas, jóvenes, LGTBIQ). Se añaden también a este listado indicadores relacionados con el uso no problemático de SPA, la aceptación de que la abstinencia no será un requisito indispensable, la importancia de la participación de las personas que consumen SPA en el diseño y desarrollo de las políticas y la reducción del estigma que recae sobre ellas (Hyshka et al., 2017).

En la tabla 2 se muestra el checklist autoevaluador de la calidad de las políticas de reducción de daños.

AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS		✓	✗
1	Reconocer que el estigma y/o la discriminación son problemas a los que se enfrentan las personas que utilizan SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Afirmar que las personas que utilizan SPA necesitan ser partícipes en el desarrollo e implementación de políticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Reconocer que no todos los usos de SPA son problemáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Reconocer que el enfoque de reducción de daños es aplicable a la población general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Reconocer que la abstinencia no siempre es objetivo final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Afirmar que las mujeres son población diana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Afirmar que la juventud es población diana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Afirmar que los pueblos indígenas son población diana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Afirmar que uno o más grupos de personas LGTBIQ son población clave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 2. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la calidad de las políticas de reducción de daños de/en cualquier territorio.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

En algunos territorios las políticas de reducción de daños operan a través de diferentes modelos como, por ejemplo, centros integrales de atención a las drogodependencias, centros de salud de atención primaria, servicios dirigidos por ONG o centros penitenciarios. Independientemente del modelo operativo a través del cual se articule esa política existen indicadores transversales que permiten evaluar la calidad del servicio que se está proveyendo dejando a un lado los indicadores de proceso, resultado o impacto que ampliamente se han descrito en la literatura y que pueden consultarse en las buenas prácticas presentadas en esta guía.

La inclusión de un gran número de estos indicadores demuestra que el programa o servicio atiende desde una perspectiva holística e integral el uso de SPA (Wiessing et al., 2017).

En la tabla 3 se presentan los indicadores diferenciados por color según el área concreta al que dan respuesta:

- ▶ **Color Naranja:** centrados en el diseño del programa (basados en la evidencia, financiación, exigencia, atención, determinantes sociales y confidencialidad).
- ▶ **Color Azul:** centrados en aspectos de carácter sanitario que debe contemplar el programa (enfermedades transmisibles, sobredosis, educación sanitaria, embarazo de riesgo).
- ▶ **Color Verde:** centrados en la comunidad donde se ubica el programa (*out-reach*, red de servicios, mesas de diálogo, participación de las personas que usan drogas).
- ▶ **Color Amarillo:** centrados en el equipo profesional encargado del desarrollo del programa (multidisciplinariedad, gestión de casos, formación).

AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS		✓	✗
1	Empleo de metodología/s basada/s en la evidencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Seguridad de permanencia de la financiación del programa/servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Prevención de los daños asociados al uso de las SPA (más allá de la prevención del consumo, de las enfermedades transmisibles por sangre o de las infecciones de transmisión sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Provisión de servicios de baja exigencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Considerar enfoques de reducción de daños para variedad de sustancias y de modos de consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Incidir sobre la dimensión de los derechos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Considerar que los determinantes sociales influyen en el daño relacionado con el uso de SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Consentimiento informado y confidencialidad de datos del usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Detección, counselling, derivación y vacunación de enfermedades infecciosas VIH, VHC, VHB y TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Intervenir específicamente en atención y prevención de sobredosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 3. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la calidad de los programas de reducción de daños de/en cualquier territorio.
(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

Tabla 3. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la calidad de los programas de reducción de daños de/en cualquier territorio.

11	Proveer <i>take-home</i> naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Proporcionar educación sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Proporcionar material de sexo seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Programas específicos para mujeres embarazadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Disposición de Equipo de Intervención Comunitaria (outreach work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Integración y/o coordinación con otros servicios (programas de distribución de parafernalia, programas substitutivos de opioides, atención sexual, albergues, formación, empleo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Espacios de diálogo regulares con policía/comunidad con el fin de evitar conflictos y mejorar la seguridad de las personas que usan drogas y la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Implicación de la población que usa drogas en procesos de evaluación y satisfacción del servicio/programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Provisión de intervención psicosocial (con y sin medicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Provisión de intervención de trabajo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Protocolo de gestión de casos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Equipo profesional multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Capacitación específica del equipo profesional en reducción de daños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EJEMPLOS DE INDICADORES DE CALIDAD EN PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DAÑOS

Diferentes organismos como el EMCDDA, la International Harm Reduction, la UNODC o la PHAC señalan como políticas esenciales de reducción de daños la distribución de parafernalia higiénica y el acceso a tratamiento de agonistas opioides. Los programas de distribución de parafernalia han mostrado ser seguros y coste-efectivos en la reducción de la transmisión del VIH y su impacto preventivo es proporcional a la cantidad de jeringuillas distribuidas y al número de usuarios que reciben suficientes jeringuillas para cubrir todas las inyecciones (Bosque-Prous y Brugal, 2016). Actualmente son programas que no distribuyen únicamente jeringuillas, sino también parafernalia destinada al uso de la vía inhalada, material de sexo seguro y que pueden estar integrados en servicios de la comunidad.

En la tabla 4 se presentan los indicadores de calidad para poder evaluar un Programa de Distribución de Parafernalia Higiénica donde aparecen indicadores relacionados con el material, la cobertura, el coste y la participación de la persona que consume SPA.

AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE PARAFERNALIA HIGIÉNICA		✓	✗
1	Estimar la cobertura del programa del total de población que usa SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Número de jeringuillas distribuidas y recolectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Número de pipas distribuidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Número de hojas de aluminio distribuidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Proveer parafernalia de inyección y de inhalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Disponer de Programas de Parafernalia Higiénica en medio penitenciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Restricción del número de material distribuido por personas que usan SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Disponer de jeringuillas de bajo dead-space	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Disponer de varios modelos de Programas de Distribución (farmacia, máquinas dispensadores, unidades móviles, puntos fijos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Realizar intervención en educación sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Coste gratuito del programa para usuarios y usuarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Participación de usuarios y usuarias en el diseño, implementación y evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 4. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la calidad de un servicio de Distribución de Parafernalia Higiénica.

Situación similar ocurre con los Tratamientos Agonistas de Opioides de Baja Exigencia. Se tratan de políticas que se pusieron en funcionamiento desde los inicios de la reducción de daños y se ha podido demostrar que son efectivos en la reducción del consumo de opiáceos, en el aumento de la adherencia a los programas de salud y en la disminución de los problemas delictivos asociados al uso de SPA, además de reducir comportamientos de riesgo, mortalidad por causa natural y por sobredosis (Brugal et al., 2005).

En la tabla 5 se presenta la herramienta de autoevaluación de la calidad de tratamiento agonista de opioides de baja exigencia donde se incluyen indicadores relacionados con la cobertura, el agonista, financiación y atención.

AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO AGONISTA DE OPIOIDES DE BAJA EXIGENCIA		✓	✗
1	Estimar la cobertura del programa del total de población usuaria de SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bajo tiempo de espera para acceder al primer tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Disponer de metadona y buprenorfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Disponer del Servicio de Tratamiento en centro penitenciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Financiación estatal del programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tolerar el uso de SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Valoración y seguimiento del uso de todas las SPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Disponibilidad de <i>take-home</i> del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Intervención psicoterapéutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 5. Herramienta de autodiagnóstico para evaluar la calidad de un servicio de tratamiento agonista de opioides de baja exigencia.

IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS EN LOS QUE REPLICAR E INTRODUCIR LAS BUENAS PRÁCTICAS. ALGUNAS EXPERIENCIAS DE ÉXITO YA EXISTENTES EN AMÉRICA LATINA

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 4

- Bosque-Prous, M., and Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de Reducción de Daños En Usuarios de Drogas: Situación Actual Y Recomendaciones. *Gaceta Sanitaria* 30: 99–105.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., Garcia de Olalla, P., & De La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*, 100(7), 981-989.
- Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Recuperado de: <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.
- Hyshka, E., Anderson-Baron, J., Karekezi, K., Belle-Isle, L., Elliott, R., Pauly, B., ... & Hathaway, A. (2017). Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm reduction journal*, 14(1), 50.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). *Informe Europeo Sobre Drogas 2018*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017: Global Overview of Drug Demand and Supply*.
- Wiessing, L., Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C., ... & Mravčík, V. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm reduction journal*, 14(1), 1-14.



HABITANTES EN CALLE

El objetivo principal es la garantía de derechos básico a personas que se encuentran en graves condiciones de vulnerabilidad y situaciones de sufrimiento social. Son proyectos que buscan acercarse a poblaciones excluidas y estigmatizadas, que han tenido poco o nulo acceso a servicios básicos del Estado. Se buscan mejorar la calidad de vida de estas personas, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios y mejorando las estrategias de cuidado mediante intervenciones de bajo umbral. Esto implica llegar donde están las personas usuarias, diversificar las estrategias, así como ampliar y fortalecer las redes de atención. Se parte de una perspectiva de garantizar los derechos humanos de las personas que usan drogas, desde acciones locales que fomentan una responsabilidad y cuidado individual y colectivo.

Las metodologías de intervención pueden variar desde cubrir necesidades básicas de alimentación, higiene y descanso, que implica la creación y administración de comedores, baños, albergues y vivienda. Que en algunos casos incluyen programas en etapas con equipos interdisciplinarios que brindan servicios de atención primaria en salud, reivindicación y acceso a otros servicios sanitarios, sociales, educativos y laborales. Algunos proyectos también están enfocados en abordar situaciones de violencia y seguridad pública, principalmente desde un enfoque de participación comunitaria y empoderamiento. Todo esto sin exigir que abstinencia o reducción del consumo para participar del proyecto.

Algunas de las intervenciones son temporales como las Carpa, donde se brinda alimentación, descanso y escucha en la vía pública durante momentos específicos (Machín, 2010, Hogar Integral de Juventud I.A.P., 2016). Otras intervenciones son permanentes, como los **Centros de Escucha**, que incluyen procesos preventivos, de acompañamiento y referencia. Este tipo de intervenciones suele acompañar los servicios básicos de alimentación, higiene, pernoctación. (Corporación Surgir 2018, RAISSS 2018, (Fundación Gases de Occidente, 2018).).

Estos servicios suelen ser los primeros referentes de contacto de las personas habitantes en calle al sistema de salud y tratamiento, ya que están más cerca de ellas y adaptadas a su realidad.

En Brasil se encuentra una gran cantidad de proyectos que se enfocan al trabajo con persona habitantes en calle, principalmente aquellas que consumen alcohol y crack. En las mismas se suele realizar trabajo en las zonas o “escenas” de consumo, entregando agua, preservativos (condones), información sobre los riesgos del uso de sustancias, así como de servicios de atención constantemente. Algunos ejemplos de buenas prácticas son los “Consultorios da Rua” que iniciaron en la década de los 90 en Salvador de Bahía y desde el año 2011 se encuentran en una gran cantidad de comunidades, llegando a un total de 185 dispositivos en todo el país. Muchos forman parte de sistema público de salud, y su objetivo principal es brindar acceso a servicios de salud y derecho a la ciudadanía mediante intervenciones flexibles e itinerantes, que no refuercen la estigmatización, que promuevan la participación de las personas que usan drogas y tengan la capacidad de articular con una red más amplia de servicios de salud, sociales, educativos, laborales, jurídicos, entre otros (Ministerio de Saúde 2018, Paladini, 2016, Santana 2014, Goltzman y Amorín 2013)

También resaltan los ejemplos de proyectos de gran envergadura en barrios o comunidades con una alta afluencia de personas que viven en grave situación de vulnerabilidad social. Como el **Programa De Braços Abertos** en la zona de La Luz en el centro de la ciudad Sao Paulo, cerca del espacio conocido como Cracolândia (Fiore y Tofoli 2016), el **Programa Atitude** en Recife (Ratton et al, 2016), el **Programa Corra Pro Abraço** en Bahía (Comvida 2014) y **Redes de Maré** en la favela De Maré en Río de Janeiro (Redes da Maré 2018, Evans 2017). Estas iniciativas provienen tanto del Estado como de la sociedad civil, y aunque en algunos casos la coordinación principal provenga de uno u otro sector, la articulación es esencial para su correcto funcionamiento y atención de las personas que usan drogas.

Un caso particular se dio en la ciudad de Bogotá con los **Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)**. Esta fue considerada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como una de las intervenciones más exitosas en América Latina, ya que ha permitido el acercamiento a muchísimas personas que no cuentan con las posibilidades de acceder a servicios básicos de salud (Jimé-

nez, 2013). Es una “puerta de entrada” a los servicios de salud, ya que no implica un internamiento cuya meta siempre es la abstinencia, sino más bien un primer acercamiento a servicios básicos y especializados de atención por profesionales de psicología, psiquiatría, medicina, terapia ocupacional, trabajo social y enfermería, entre otros (Muñoz, 2016). Los CAMAD formaban parte de una estrategia más amplia llamada Territorios Saludables, que incluía intervenciones más amplias y con mayor diversidad de acciones e intervenciones clínicas y comunitarias (Segura 2016).

En una evaluación del programa De Brazos Abiertos en Sao Paulo, se demostró un impacto favorable en el uso de crack de las personas que participaron del programa, ya que muestran una disminución en el consumo, así como el desarrollo de habilidades sociales y reconexión redes familiares. (Fiore y Tofoli, 2016 y Evans, 2017). Lo que claramente coinciden este tipo de intervenciones es en promover un proceso inclusivo y paulatino, con una gran diversidad de servicios y apoyos, que fomenten redes de atención personal y colectiva.

POBLACIONES ESPECIALES

En este apartado se incluyen prácticas que se realizan con personas jóvenes, mujeres, personas privadas de libertad y que se inyectan drogas; todas condiciones de vulnerabilidad social y económica. El objetivo principal es fomentar prácticas de autocuidado, mediante procesos de sensibilización, educación y participación activa, donde se priorizan aspectos de individuales y grupales que van más allá del consumo de drogas o que se vinculan a situaciones de riesgo específico.

Las metodologías varían mucho según poblaciones y contextos, pero siempre parten de un enfoque comprensivo, empático e innovador. Se trabaja a nivel individual y grupal, brindando información adecuada y oportuna, material higiénico para un consumo menos riesgoso, así como espacios para conversar discutir y aprender de forma lúdica y participativa. El contexto determina mucho el tipo de proyecto por desarrollar, ya que dentro de una cárcel las posibilidades se reducen al tiempo y espacio disponible por parte de la administración penitenciaria, mientras que a nivel comunitario se debe adaptarse a las posibilidades de las y los participantes.

Entre la población de personas que se inyectan drogas existe una gran cantidad de iniciativas en la región desde la década de los noventas, especialmente con los programas de prevención del VIH y otras ITS. En este momento resalta el trabajo que realiza **Intercambios Puerto Rico**, cuya principal acción es el entrega y desecho de jeringuillas y cuyo objetivo es “reducir los daños causados por la guerra contra las drogas y la criminalización de los usuarios de drogas” (Intercambios P.R. 2015). Proyectos similares aunque en distintos niveles la organización **Verter Integración Social** en Mexicali, México (Verter 2018) y el **Programa Cambie** en las ciudades de Pereira, Bogotá, Dosquebradas y Cali en Colombia. Como parte del proceso de transición del Fondo Mundial, varias de estas prácticas se han ido incorporando a los servicios de salud del Estado, principalmente de gobiernos locales. (Fondo Mundial 2018)

En este campo se encuentra el **Programa de VIH/SIDA e ITS de San Martín** en Buenos Aires, el cual entrega kits de inyección, brinda acompañamiento individual y realiza referencia a otros servicios de atención especializada. Actualmente cuenta con

7 equipos interdisciplinarios y 36 operadores, para brindar servicios a más de 1400 personas usuarias de drogas, de las cuales una cuarta parte eran usuarios inyectables, (Goltzman y Amorin 2013). En Buenos Aires también se encuentra el proyecto **No Te Sientas Zarpado (NTSZ)** Hablemos de Drogas, implementado desde el año 2012 en por la organización Intercambios A.C. y llevado a cabo con adolescentes en situación de vulnerabilidad social en el ámbito escolar (Intercambios, 2018).

El **Centro de Convivencia** de la organización É de Lei en el centro de la ciudad de Sao Paulo es un espacio de interacción social que cuenta con material informativo, condones e implementos para uso seguro de crack como “boquillas” y bálsamo labial, así como actividades, talleres y acompañamiento según los de interés de las y los convivientes. Esta misma organización también realiza trabajo de campo en la zona de “Cracolandia” en el centro de la ciudad, donde se conversa con los usuarios de y se les invita a visitar el Centro de Convivencia (Godoy et al. 2014; É de Lei, 2014). Un proyecto similar es **Tirando Esquina** en la comunidad de Iztapalapa en la ciudad de México, el cual además de los “kits” o implementos para fumar crack de una forma menos riesgosa, se realizó una investigación para tamizaje y seguimiento de la población, así como la presentación información mediante la utilización de multimedia (Gómez, 2016, Tirando Esquina, 2014).

En el contexto penitenciario el proyecto **Psicopass (Psicología de Pasillo)** en Asunción Paraguay, a cargo de la organización Enfoque Territorial, inició con charlas para promover la disminución del consumo de crack en un grupo de personas privadas de libertad y poco a poco se convirtió en un espacio de apoyo, contención, promoción de alternativas de distracción y esparcimiento. Actualmente incluye actividades de lectura, escritura y dibujo, e incluso la producción de una revista, donde las personas privadas de libertad se expresan y dan a conocer sus habilidades, miedos, denuncias, proyectos, etc., y se brindan consejos de auto cuidado en el consumo de crack y otras sustancias psicoactivas (Fretes, 2018a).

Finalmente se destaca la propuesta del **Centro de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)**, desarrollado por la secretaría de salud de Bogotá en la Cárcel Distrital. Este parte de la necesidad de evitar condiciones de hacinamiento para que un equipo interdisciplinario pueda brindar atención de calidad y con empatía, con información que reduzca el consumo de drogas y riesgos asociados, así como la participación de las personas privadas de libertad diferentes actividades educativas y lúdicas como talleres de artesanías, telares, confección, peluquería, serigrafía, deporte, danza, y muchos otros (Torres, 2016).

CONTEXTOS DE FIESTA

En todas las ciudades en América Latina existen zonas de ocio nocturno, así como conciertos, festivales u otros eventos culturales donde se pueden implementar iniciativas que fomenten una cultura de información y respeto a las decisiones personales. Este tipo de prácticas se enfocan en las personas, principalmente jóvenes, que se congregan en lugares y momentos específicos para socializar, celebrar o disfrutar colectivamente; y donde también se suelen consumir sustancias psicoactivas y pueden ocurrir situaciones que pueden ser problemáticas, pero fácilmente prevenibles.

El objetivo principal es fomentar el cuidado individual y colectivo, e incitar a una reflexión crítica sobre las drogas. Mediante procesos de sensibilización y comunicación para mejorar la toma de decisiones para una mejor gestión de los riesgos, así como de atención básica y acompañamiento para la mitigación de los daños. Las intervenciones son efectuadas en muchos casos por pares o iguales, que conocen el contexto a profundidad y comparten códigos que facilita enormemente el proceso de comunicación. Además de la difusión de información escrita o por medios audiovisuales, este tipo de intervenciones también brinda procesos de acompañamiento a personas que están sufriendo situaciones complejas y en algunos casos se realizan análisis químicos de sustancias para comprobar su pureza o y adulteración.

Dentro de las iniciativas que llevan más tiempo en la región se encuentran el proyecto **Échele Cabeza Cuando se De en la Cabeza**, que coordina la Corporación Acción Técnica Social (ATS) en Colombia o **Programa de Análisis de Sustancias (P.A.S)**, en México. Estos proyectos buscan promover y fortalecer la capacidad de las poblaciones jóvenes vulnerables y no vulnerables, para decidir sobre el consumo de drogas y potenciar las prácticas de autocuidado. Junto a las estrategias informativas y de acompañamiento, se realizan de pruebas y análisis físico-químicos de las sustancias, para determinar la presencia, ausencia y cantidad de sustancias que contiene, así como la presencia de adulterantes, como la generación de alertas de sustancias contaminadas o de mayor riesgo (Échele Cabeza, 2018; González 2016). **El Proyecto de Atención en Fiestas (PAF)** en Buenos Aires o el **Proyecto ResPire** en Sao Paulo

tienen un perfil similar a los anteriores, aunque aún no se realizan análisis de sustancias como un procedimiento regular (Intercambios 2018; É de Lei, 2014). En los contextos de uso de alcohol resalta la iniciativa **Zonas de Rumba Segura** en Bogotá, previenen el consumo excesivo así como disminuir al mínimo los riesgos asociados. La metodología es por medio de intervenciones activas con las personas usuarias, por medio de procesos educativos relacionados al uso de alcohol, comportamientos sexuales riesgosos y violencia. También se realizan procesos de capacitación con las personas que trabajan en centros nocturnos, por medio de técnicas de manejo de contextos de fiesta, atención básica a crisis, coordinación y referencia, entre otros temas (Zonas de rumba segura, 2017).

En encuestas realizadas en las mismas intervenciones, principalmente donde hay análisis de sustancias, demuestran cambios en las decisiones de las personas en relación al consumo. Esto es especialmente claro cuando el resultado de una prueba muestra la ausencia total de la sustancia que la persona pensó haber adquirido. Finalmente uno de los principales riesgos relacionados a las sustancias está relacionado con su ilegalidad y la ausencia total de un control en la producción y la búsqueda de ganancia que no toma en cuenta la salud pública. Estas buenas prácticas de reducción de daños en contextos de ocio, buscan reducir estos impactos negativos, mediante un acercamiento más empático y comprensivo (Échele Cabeza 2018).

REDES DE PERSONAS Y ORGANIZACIONES

Las redes suelen estar conformadas por organizaciones, pero finalmente son las personas que participan en ellas y la claridad de sus objetivos que llegan a conformarse y crecer o mantenerse en el tiempo. Los objetivos principales de estas redes suelen ser la incidencia política en relación a las políticas públicas sobre el abordaje del consumo de drogas, las personas que lo realizan y las intervenciones y actores relevantes por participar. Son redes que aparecen más menudo en relación a personas en mayores condiciones de vulnerabilidad y cuyos principios provienen del trabajo comunitario y del activismo político.

En el contexto latinoamericano resalta la **Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISS)**, cuyo mayor interés es vincularse con otras redes nacionales o internacionales, gobiernos y sociedad civil para intervenir con y para las personas que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad social, abarcando temas como uso de drogas, encarcelamiento, VIH, situación de calle, personas menores de edad, mujeres, etc. (RAISS, 2018). La **Red Latinoamericana de Personas que Usan Drogas (LANPUD)** es otro ejemplo regional. Esta se define como una Red de personas que usan sustancias psicoactivas y activistas, que sirve como soporte y punto de referencia para América Latina y el Caribe para reforzar, gestionar y liderar cambios en las políticas públicas, leyes y paradigmas culturales que vulneran los derechos e intereses de las personas que usan sustancias psicoactivas (LANPUD 2015). Un ejemplo a nivel local es la **Red Argentina de Personas que Usan Drogas - RADAUD**, que está conformada por activistas y/o reductores de daños en VIH e ITS de la Argentina (RADAUD 2018)

A nivel local, se encuentran varias organizaciones de sociedad civil dedicadas exclusivamente a la Reducción de Daños, como la **Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA)** y la **Asociación Brasileña de Reducción de Daños (ABORDA)**, ambas creadas a finales de la década de los noventa. El objetivo principal es incentivar el diálogo y discusión en torno a la reducción de daños, buscando generar discusión y brindar información confiable sobre políticas socio-sanitarias en torno a este tema.

Estas asociaciones están integradas por profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en reducción de daños y por personas que usan drogas (Rial, 2004, ABORDA 2011). La **Red Mexicana de Reducción de Daños (REDUMEX)** fundada en 2011, tiene un enfoque similar, aunque sus objetivos giran más hacia el fortalecimiento de ONG que están interesadas en desarrollar programas con personas que se inyectan drogas con enfoque de prevención de VIH (REDUMEX 2018).

En Costa Rica se encuentra el caso de la **Comisión Mixta de Atención a la Indigencia (COMAI)** que lleva más de 20 años como instancia de coordinación intersectorial, que incluye al gobierno local, instituciones públicas y muchas organizaciones de la sociedad civil. La COMAI se reúne mensualmente y ha liderado la implementación de dispositivos de atención y procesos de incidencia política, donde resalta la Política Nacional de Atención Integral de Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle en 2016 (Gobierno de Costa Rica 2016). En este país también existe la **Red Nacional de Reducción de Daños (RENAREDA)**, que elaboró y presentó el Modelo Nacional de Reducción de Daños, con el fin de orientar y promover intervenciones distintas a las residenciales y aquellas basados solamente en la abstinencia, así como su monitoreo y evaluación a mediano y largo plazo (RENAREDA 2017).

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO 5

- COMVIDA. (2014). *Proyectos. Programa Corra Pro Abraço*. Recuperado de: <http://www.comvida-ba.org.br/programa-corra-pro-abraco/>
- Corporación Surgir. (2018). *Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar*. Recuperado de: <http://corporacionsurgir.org/programas-y-servicios/centro-de-escucha/>
- É de Lei. (2014a). *Conheça nosso Centro de Convivência*. Recuperado de: <http://edelei.org/post/27-Conheca-nosso-Centro-de-Convivencia>
- É de Lei. (2014b). *Projeto ResPire*. Recuperado de: <http://edelei.org/post/28->

- Projeto-ResPire
- Échele Cabeza. (2018a). *Servicio de Análisis de Sustancias*. Recuperado de: <https://www.echelecabeza.com/servicio-de-analisis-de-sustancias/>
- Échele Cabeza. (2018b). *¿Quiénes Somos?* Recuperado de: <http://www.echelecabeza.com/que-es-echele-cabeza>
- Evans, S. (2017). *Crack: Reduzir Danos*. Open Society Foundations.
- Fiore, M., y Tofoli, L. (2016). Pesquisa preliminar de avaliação do Programa 'De Braços Abertos. *Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM)*.
- Fondo Mundial. (2018). *Portafolio país: Colombia*. Recuperado de: <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=COL&k=9d297717-49cc-4938-9a53-24856950bd74>
- Fretes, H. (2018a). Crónicas desde el pasillo. *Color ABC*. Recuperado de: <http://www.abc.com.py/especiales/fin-de-semana/cronicas-desde-el-pasillo-1704631.html>
- Fundación Gases de Occidente. (2018). *Centro de Escucha*. Recuperado de: <http://www.fundaciongasesdeoccidente.org/proyectos/tejido-social/el-retiro-territorio-de-paz-centros-de-escucha>
- Gobierno de Costa Rica. (2016). *Política Nacional de Atención Integral de Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle*. San José, Costa Rica. Consejo Social Presidencial. Recuperado de: [https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20\(5-7-16\).pdf](https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20(5-7-16).pdf)
- Godoy, A., Ramos, B., Santanna, M., Marcondes, R. (2014). *Fórum estadual de redução de danos de São Paulo. Construção, diálogo e intervenção política*. São Paulo: Corrego.
- Goltzman, P. M., y Amorín, M. E. (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Gómez, D. (2016). Tirando Esquina: Visibilizando los problemas del consumo de Crack en Zonas Marginales. *Medical Cannabis News*. Recuperado de: <https://medicalcannabisnews.com/es/tirando-esquina-visibilizando-los-problemas-del-consumo-de-crack-en-zonas-marginales/>
- González, B. (2016). P.A.S.: El primer servicio de análisis de Sustancias Psicoactivas en México. *El Universo de las Drogas*. Recuperado de https://thump.vice.com/es_mx/article/d79q5m/pas-el-primer-servicio-de-analisis-de-sustancias-psicoactivas-en-mexico
- Hogar Integral de Juventud I.A. P. (2016). *La Carpa. Cento Cultural y Comunitario de Inclusión Social*. Recuperado de: <http://www.hogarij.org/la-carpa.html>

- Intercambios Asociación Civil. (2018a). *Avances y retrocesos en Políticas de Drogas*. Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017. Territorios, jóvenes y usos de drogas: NoTeSientasZarpado. Recuperado de: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2018/04/miscelaneas46443.pdf>
- Intercambios. (2018b). *Premio Escuelas Solidarias*: El dispositivo “NoTeSientasZarpado” obtuvo el 2do lugar entre más de 1700 proyectos de todo el país. Recuperado de: <http://intercambios.org.ar/es/premio-escuelas-solidarias-el-dispositivo-notesientaszarpado-obtuvo-el-2do-lugar-entre-mas-de-1700-proyectos-de-todo-el-pais/>
- Intercambios. (2018c). *Súmate a PAFI*. Recuperado de: <http://intercambios.org.ar/es/sumate-a-pafi/>
- Jiménez, L. (2013). CAMAD será analizado por el BID, como estrategia de vanguardia en Latinoamérica. *Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría General*. Recuperado de: <http://www.bogota.gov.co/article/gobierno%20seguridad%20y%20convivencia/Camad%20ser%C3%A1%20analizado%20por%20el%20BID%2C%20como%20estrategia%20de%20vanguardia%20en%20Latinoam%C3%A9rica>
- LANPUD. (2018). 11 Posiciones de la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas. *Open Society Foundations*. Recuperado de: http://fileservet.idpc.net/library/final_web_11_docs.pdf
- Machín, J. (2014). RAISSS: construcción de una red transnacional a favor de la inclusión social. *Revista Espacios Transnacionales*. 2. Recuperado de: <http://espaciostransnacionales.org/wp-content/uploads/2014/11/10-RAISSS-J.pdf>
- Ministerio de Saúde de Brasil. (2018). *Departamento de Atenção Básica. Consultorio na Rua*. Recuperado de: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php
- Muñoz, C. (2016). Seis razones para fortalecer los CAMAD en Bogotá. *Las2Orillas*. Recuperado de: <https://www.las2orillas.co/seis-razones-fortalecer-los-camad-bogota/>
- Paladini, B. (2016). Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Medicina De Família E Comunidade*. 11, 38, 1-3. Recuperado de: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/1269/771>
- RADAUD. (2018). *Información sobre RADAUD*. Recuperado de: <https://www.facebook.com/radaud.argentina/about?l=1472643799%3A100002844867197%3A1538677228§ion=bio>
- RAISSS. (2018a). *La Red RAISSS*. Recuperado de: <http://raisss.org/la-red-raisss/>
- RAISSS. (2018b). *Centro de Escuta o Amor é a Resposta*. Recuperado de: <http://raisss.org/centro-de-escuta-o-amor-e-a-resposta/>
- Ratton, J., West, R., Galvão, C., Jatobá, F., Silva, V., Patrício, L., Cardoso, A., Duarte, B., Vasconcelos, D., Silva, G., Florêncio, J., Guimaraes, J., Rabelo, L., y Caldas, R. (2016). Políticas de Drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco. *Sumário Executivo*. Recuperado de: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/politicas-de-drogas-e-reducao-de-danos-no-brasil-o-programa-atitude-em-pernambuco/>
- Red Mexicana de Reducción de Daños (REDUMEX). (2018). Recuperado de: <https://www.facebook.com/groups/367515913276761/about/>
- Redes da Maré. (2018). *A Redes da Maré*. Recuperado de: <http://redesdamare.org.br/quem-somos/apresentacao/>
- RENAREDA. (2017). *Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica: IAFA, ICD. Recuperado de: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf
- Rial, S. (2004). Arda pero no se queme. *RADAR*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-1248-2004-02-22.html>
- Santana, C. (2014). Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saude Pública*, 30(8). 1798-1800. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>
- Segura. (2016). Territorio Saludable (I): *la joya amenazada de la salud comunitaria de Bogotá*. Recuperado de: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/03/26/territorios-saludables-i-la-joya-amenazada-de-la-salud-comunitaria-de-bogota/>
- Tirando Esquina. (2014a). *Contexto de Estudio*. Recuperado de: <https://interviniendomurosdesalud.wordpress.com/2014/12/>
- Torres, D. (2016). La mejor cárcel de Colombia está en Bogotá. *Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría General*. Recuperado de: <http://www.bogota.gov.co/carcel-distrital>
- Verter. (2018). *Verter Integración Social*. Misión y Visión. Recuperado de: <http://www.verter.org.mx>
- Zonas de rumba segura. (2017). *5 años para llegar a las zonas de rumba segura*. Recuperado de: <https://www.zonasderumbasegura.com/5-anos-para-llegar-a-las-zonas-de-rumba-segura/>

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA. INDICADORES MÍNIMOS PARA GARANTIZAR UNA BUENA PRÁCTICA EN EL TEMA



INTERVENCIÓN EN OCIO NOCTURNO

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

El programa Energy Control busca establecer contacto con personas consumidoras de alcohol y otras drogas que frecuentan los espacios recreativos de música y baile y transmitirles información con la finalidad de reducir los riesgos asociados al consumo.

2. Metodología

Las acciones de proximidad (outreach) se llevan a cabo con educadores de iguales (peer-to-peer) en los propios espacios de diversión mediante la instalación de una carpa/stand, a través del cual se distribuyen materiales informativos y se ofrecen servicios como las pruebas de alcoholemia o el análisis de sustancias in situ.

3. Resultados

Desde su nacimiento en 1997, Energy Control ha estado formado por un equipo de personas jóvenes y afines a la cultura de la música y el baile. Anualmente, han participado una media de 100 voluntario/as a nivel estatal procedentes de la propia población diana. Dispone de un amplio catálogo de materiales que versan sobre diferentes sustancias y aspectos relacionados (conducción, mezclas, responsabilidad) que cuentan con una gran aceptación e incidencia en nuestro público destinatario, tal como han mostrado las distintas evaluaciones realizadas (Energy Control, 1997-2017). Cada año, se realizan una media de 120 actuaciones preventivas en eventos de ocio de España en los cuales se establece contacto con miles de jóvenes (más de 29.000 en 2017). Además, con el transcurso de los años y en base a la detección de necesidades en el territorio, así como en base al desarrollo de las nuevas tecnologías de la información

y la comunicación, se han ido habilitando diversos canales de comunicación y atención fuera del ocio.

Las estrategias de acercamiento utilizadas (outreach work y peer to peer) cuentan con un amplio bagaje en la prevención de las drogodependencias, se han mostrado eficaces a la hora de contactar y trabajar con personas usuarias de drogas –considerados como una población de difícil acceso- y parten de una lógica de acción comunitaria que trata de implicar a los propios actores en la solución de situaciones de conflicto que les atañen, lo que permite aumentar la eficacia de la intervención preventiva. Los resultados obtenidos a lo largo de su trayectoria muestran tanto la idoneidad de la iniciativa como la adecuación de la metodología utilizada.

Por último, cabe destacar que el proyecto se ha establecido como referente a nivel nacional e internacional para administraciones, medios de comunicación y profesionales de la salud y la educación.

1. Discusión/Conclusión

Los entornos de ocio son considerados zonas de riesgo en tanto que la prevalencia de uso de alcohol y otras drogas es notable. En estos espacios acude una población mayoritariamente joven cuyo consumo no es, en términos generales, problemático pero que sí está en riesgo de padecer efectos agudos negativos derivados de una falta de información adecuada. Además, es una población considerada de difícil contacto pues es reacia a acudir a dispositivos de atención y prevención a las drogodependencias o servicios de información juvenil, a menudo, por miedo a ser estigmatizada. En cambio, los mensajes de reducción de daños son bien aceptados y valorados por esta población siempre y cuando estos se encuentren en línea con sus necesidades, no emitan juicios de valor o prescripciones y aporten información objetiva.

Por ello, es necesario priorizar la intervención en zonas de ocio dando respuesta a las necesidades de una población que, a pesar de ser consumidora y estar expuesta al riesgo, está tradicionalmente ‘desatendida’ por la red de atención. Del mismo modo, es necesario adecuar el mensaje y facilitar información contrastada y útil para una mejor gestión de riesgos. El discurso de reducción de riesgos y la metodología utilizada (outreach, peer to peer) por Energy Control en espacios

de ocio permite el acceso a una población que, de otro modo, sería difícil acceder y, además, gozan de credibilidad como fuente de información.

Energy Control, con más de 20 años de trayectoria, ha puesto de manifiesto ser una iniciativa pertinente y eficaz para contactar con población que, de otro modo sería difícil acceder, estableciéndose como recurso referente tanto para la población diana a la que se dirige como profesionales del ámbito de la educación y la salud, así como de la industria del ocio, medios de comunicación o la comunidad científica.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

En los años 90, una nueva modalidad de consumo se estaba instaurando entre la población juvenil, presidida por el abuso de alcohol, la expansión del consumo de drogas de síntesis -principalmente asociada a la eclosión de la música electrónica-, y el consumo simultáneo de otras drogas (policonsumo), lo que propició la presencia de diversas complicaciones médico-sociales y una extensa preocupación social.

Nuestra entidad, ABD, contaba con experiencia en la atención y tratamiento de más de cien personas que consumían drogas de síntesis y en 1996 se realizó un estudio cuyos resultados sentaron las bases para propiciar el nacimiento de Energy Control como iniciativa de reducción de riesgos pionera en España.

La propuesta se centró en priorizar la acción en el territorio como espacios de relación e identificación, utilizar un discurso no moralizador e involucrar a la propia población diana. La finalidad era generar información que, además de ser pragmática y rigurosa, contara con la credibilidad y estuviera adaptada al público consumidor.

La implementación de medidas de reducción de daños en el consumo de heroína y la presencia de iniciativas similares en Europa que atendían este tipo de público consumidor (Life Line en Reino Unido o Mainline en Holanda) fueron experiencias precedentes que también sentaron las bases y ayudaron a forjar Energy Control.

2. Personas beneficiarias

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	29.522 (2017)	Indet.
Descripción	Jóvenes que acuden a espacios de ocio. Se trata de personas de entre 18 y 34 años, consumidoras de alcohol y cannabis de manera habitual, y de estimulantes como la cocaína, el éxtasis y el sulfato de amfetamina (speed) cuando acuden a estos contextos. Suelen mostrar un patrón de consumo dominado por la combinación de dos o más sustancias (entre las que siempre o casi siempre suele estar presente el alcohol) y carecen de información adecuada sobre riesgos asociados y sobre estrategias para limitar los daños. No suelen tener contacto ni con dispositivos preventivos ni asistenciales, por lo que el acceso a la información suele producirse a través del grupo de iguales.	Profesionales salud, educación y ocio, Sociedad Civil, Administraciones Públicas.

3. Supuestos básicos/teoría

El programa trata que la población diana adopte pautas de uso más seguras para reducir los riesgos asociados al consumo de drogas por lo que se sustenta en diversas teorías de la influencia que explican el cambio conductual en diferentes niveles, combinando tanto factores ambientales como de comportamiento:

- ▶ **Individual:** factores individuales que influyen en la conducta como los conocimientos, actitudes o creencias. Teoría de las Etapas del Cambio. Teoría del Procesamiento de la Información.
- ▶ **Interpersonal:** hace referencia a la influencia de los grupos primarios (familia, iguales). Teoría del Aprendizaje Social.
- ▶ **Comunitario:** redes y normas sociales que influyen en el comportamiento individual. Teoría de la organización comunitaria.

Las teorías de la Identidad Social y de la Comparación Social señalan la importancia de seleccionar cuidadosamente al equipo de pares para que sean percibidos como iguales y tengan capacidad de influencia.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Reducir los riesgos asociados al consumo de drogas.			
Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Promover la inclusión de la población destinataria en el programa.	Nº de personas participantes en el programa	Captación e inclusión del voluntariado	46 personas de nueva incorporación 130 personas participantes
	Nº de formaciones	Formación voluntariado	51 formaciones (167 horas)
	Nº de horas de participación	Coordinación y seguimiento del voluntariado	9.271 horas que suponen una media anual de 71 horas de participación activa
Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Distribuir materiales y proporcionar asesoramiento de reducción de riesgos y daños a personas consumidoras en eventos y establecimientos de ocio nocturno.	Nº Intervenciones en espacios de ocio	Acción preventiva de proximidad	128 acciones de proximidad en ocio nocturno
	Nº Materiales distribuidos	Distribución de material de reducción de riesgos.	48.293 folletos sobre sustancias y aspectos relacionados
	Nº alcoholemias	Pruebas de alcoholemia y asesoramiento.	487 pruebas de alcohol realizadas
	Nº muestras analizadas	Análisis de sustancias in situ	1.448 muestras analizadas in situ
	Nº Personas atendidas	Acción preventiva de proximidad en ocio nocturno	Más de 29.000 personas contactadas en territorio

(Continúa en página siguiente)

(viene de página anterior)

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Establecerse como recurso de información y orientación fuera de espacios de ocio	Nº demandas de información recibidas (canal utilizado y tipología)	Información y asesoramiento fuera de ocio (Servicio InfoLine)	2.943 demandas atendidas, mayoritariamente vía email (2.115).
	Estadísticas actividad on line (nº visitas web, nº seguidores en redes, alcance publicaciones, etc.)	Mantenimiento y actualización de contenidos de la plataforma web y redes sociales.	Más de 1.500.000 de visitas a la web 631.319 visitantes únicos 40.016 seguidores/as en Redes Sociales (32.290 en Facebook y 7.726 en Twitter)
Objetivo Específico 4	Indicadores E4	Actividades E4	Resultados E4
Difundir hallazgos del programa entre agentes interesados y la sociedad en general.	Nº de formaciones impartidas a profesionales de diferentes ámbitos (salud, educación, ocio)	Formación externa de profesionales Participación en Jornadas / Congresos / Seminarios	69 intervenciones de formación (260 h / 2.400 profesionales asistentes)
	Nº de apariciones en medios de comunicación	Atención a medios de comunicación	130 apariciones (78 prensa, 8 televisión, 15 radio, 29 revistas especializadas)
	Nº publicaciones	Publicación de artículos en revistas científicas	6 artículos

5. Programas de formación y materiales producidos

PROGRAMA DE FORMACIÓN INTERNA

El programa de formación interna tiene como objetivo capacitar a las personas que participan (sea como profesional o como voluntario/a) para garantizar una intervención de calidad en las acciones de proximidad en ocio nocturno. Para ello, se facilitan tanto los contenidos técnicos y teóricos necesarios como las herramientas y estrategias para desarrollar las habilidades de comunicación preventiva eficaz.

Formación Básica Inicial

Teórica	
I Sustancias: efectos, riesgos y pautas de consumo.	4 horas
II Servicio de asesoramiento y análisis in situ	3 horas
Práctica	
III Atención a personas usuarias en espacios de ocio	3 horas
IV Metodología preventiva con alcoholímetros	3 horas
TOTAL	13 horas

Formación Continua

Se desarrolla a través de diferentes plataformas y acciones formativas que tienen lugar a lo largo del año y aglutina tanto las formaciones presenciales impartidas según necesidades detectadas por el equipo como aquellas impartidas por el Área de Drogas de la entidad u otras entidades.

Las formaciones específicas que se imparten en cada delegación suelen tener una duración variable de 2-4 horas y se proponen función de las necesidades detectadas en cada equipo. Cannabis Medicinal, Deep Web y Criptomercados, Género y Drogas en Ocio Nocturno, Nuevas Sustancias Psicoactivas, Atención a Malos Viajes, Drogas y Conducción o Entrevista Motivacional son algunas de las formaciones implementadas en los últimos años.

Por último, EC dispone de un Fondo Documental on line, una batería de recursos documentales (audios, vídeos, bibliografía especializada, documentos generados por EC y documentos externos de interés) accesible al equipo técnico y al voluntariado con interés en profundizar en la temática.

Formación externa

Energy Control ofrece formación específica adaptando las propuestas a las necesidades de cada petición recibida. Destacamos los programas de formación diseñados e implementados en los últimos años:

- ▶ Profesionales de la salud en Centros de Atención Primaria.
- ▶ Profesionales de la educación, tanto profesores/as en contacto con adoles

centes, como técnicos/as de juventud u otros colectivos que trabajan con jóvenes.

- ▶ Staff de Clubs y Asociaciones Cannábicas.

6. Materiales producidos

Como soporte a la actividad comunicativa, el programa desarrolla y aplica materiales gráficos y audiovisuales. Estos materiales se han ido editando desde 1997 y han contado con una gran aceptación e incidencia en nuestro público destinatario, tal como han mostrado las distintas evaluaciones realizadas (Energy Control, 1997-2017). <https://energycontrol.org/energycontrol.org/mediateca/materiales.html>

AÑO	MATERIALES
Folletos	
1997	Cómic sobre pastillas: "Join the party"
1999	A ambos lados de la raya
2000	Las sustancias que bla, bla, bla...
2000	Control Meter (Juego Interactivo en CD-Rom) + Guía Educador
2001	Postalfree alcohol y éxtasis
2001	¿Qué he hecho yo para merecer esto? (Leyes)
2001	Tripi Tours (LSD)
2002	No y el límite
2002	Ketamina
2002	GHB
2002	Smart Drugs
2003	Fiesta, Género y Drogas
2003	Ética etílica
2003	MDMA
2004	Cannabis
2004	Speed
2004	Setas
2006	Consumo Responsable
2006	Mezclas

2006	Hazte tu rulo
2006	Éxtasis, Speed, Alcohol, Cocaína, Setas, GHB, Alcohol, Ketamina
2007	¿Bebes? ¿Conduces?
2007	Cocaína
2008	Cristal
2009	Kit Saffer Sniffing
2009	Drogas al Volante, Peligro Constante
2011	Malos Rollos
2013	Mujeres y Drogas
2016	Abanicos "Date un Aire" (2 modelos)
2016	Pegatinas Short Messages (6 modelos)
2017	ChemSafe (póster, postal y tríptico)
2018	Tríptico Intoxicación Etílica
Guías	
2004	Guía Preventiva y de Seguridad para Espacios de Música y Baile
2005	Guía para una Dispensación Responsable de Alcohol
2012	Guía de Atención Sanitaria en Espacios de Ocio
2016	Guía Cómo Hablar de Drogas en Casa
Material Audiovisual	
2001	Clips audiovisuales - Destino Cocaína/Destino Alcohol
2008	El Ángel de la Droga
2009	Video Drogas 5.1 Surround
2010	Loops audiovisuales – DJ Amazing y sus Consejos
2011	Drogas al Volante, Peligro Constante (6 animaciones)
2017	No Jodas la Fiesta (sobre el acoso sexual en ocio nocturno)
2018	#eMeDeMorcilla (sobre MDMA)
Recursos on line	
1998	www.energycontrol.org
2012	http://alcoholcheck.energycontrol.org/
2009	http://cocacheck.energycontrol.org/
2016	https://energycontrol-international.org/
2016	https://www.chem-safe.org/

7. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso	Plan de Desarrollo Anual Indicadores de desempeño Cronograma actividades Grado de consecución objetivos	Adecuado seguimiento y control de la implementación del proyecto. Implementación actividades previstas según cronograma y consecución satisfactoria de objetivos planteados en el proyecto.
Resultado	Nº Voluntario/as	130
	Nº Formaciones	51 formaciones (167 h.)
	Nº horas participación	9.271 h. en total que supone una media anual por persona de 71 h. de participación activa.
	Nº Acciones en ocio	128
	Nº Materiales distribuidos	48.293
	Nº Alcoholemias	487
	Nº Muestras analizadas in situ	1.448
Nº Personas contactadas en ocio	29.522	
Impacto	Nº Demandas y canal utilizado	2.943 (2.115 vía email, 310 telefónicas, 46 presenciales, 72 vía whatsapp y 300 vía FB)
	Nº Visitas web y visitantes únicos	1.531.853 visitas (631.319 visitantes únicos)
	Nº Seguidores Redes Sociales	40.016 (32.290 Facebook, 7.726 Twitter)
Impacto	Encuesta evaluación voluntariado	Satisfacción con la participación (7,5/10) y con el proceso de inclusión (8,4/10)
	Encuesta evaluación población diana	El 80% de los usuarios/as han valorado la utilidad, calidad y credibilidad del servicio como “muy buena”.
	Encuesta evaluación usuario/as servicio análisis in situ.	El 100% de los usuarios/as descarta el consumo ante un resultado de “sustancia inesperada y desconocida” y “ninguna sustancia activa”.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Energy Control, como propuesta surgida desde la sociedad civil y con más de 20 años de trayectoria, ha puesto de manifiesto ser una iniciativa pertinente y de éxito. Se ha mostrado eficaz para contactar con población que, de otro modo, sería difícil acceder, estableciéndose como recurso referente tanto para la población diana a la que se dirige como a profesionales del ámbito de la educación y la salud, así como de la industria del ocio, medios de comunicación o la comunidad científica. Las evaluaciones muestran que Energy Control cuenta con un amplio reconocimiento en el territorio y goza de un alto nivel de credibilidad entre sus destinatarios/as. Ha sido, además, modelo de réplica y de inspiración para el nacimiento de iniciativas similares tanto a nivel estatal como internacional.

En este sentido, la puesta en marcha de iniciativas de reducción de riesgos en ocio debe partir de un análisis del territorio donde se actúa y de la población a la que se dirige, adecuar el mensaje (en términos de contenido, lenguaje y diseño) y definir los canales de difusión adecuados. Por otro lado, la inclusión de población destinataria en el programa parte de una lógica comunitaria que garantiza la acción preventiva entre iguales. Sin embargo, deben asegurarse los procesos de captación adecuados para lograr el perfil deseado. Además, debe tenerse en cuenta que la formación del equipo es un aspecto fundamental que garantiza el correcto desempeño de sus funciones. Por un lado, la dispensación de información bajo criterios de objetividad y neutralidad y, por el otro, la detección de nuevos consumos o patrones de riesgo para la definición de nuevas propuestas de acción.

La búsqueda de alianzas e implicación de múltiples agentes asegura una mayor probabilidad de éxito de la iniciativa. La propuesta de la sociedad civil organizada debería contar, como mínimo, con la necesaria complicidad de la industria del ocio y el respaldo de la administración para su puesta en marcha.

La evaluación de impacto sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro ámbito. La revisión e incorporación de nueva evidencia requiere de cierta inversión en tiempo y fondos lo que supone una dificultad para muchas de las iniciativas existentes. Por ello, es recomendable promover la evaluación estableciendo alianzas con organismos de investigación externos y compartir modelos de buenas prácticas.

Por último, los estándares de calidad en prevención definidos por el EMCDDA como

‘principios o conjuntos de reglas generalmente aceptados sobre la forma más adecuada de implementar una intervención’ son una herramienta útil tanto para la puesta en marcha de nuevas iniciativas como para la mejora de la eficacia y eficiencia de programas existentes. Por ello, se recomienda una revisión, actualización periódica e implementación de estándares de calidad y códigos de buenas prácticas en prevención y en intervenciones ‘peer to peer’ disponibles.

PERSONA DE CONTACTO

Nuria Calzada - Coordinadora Estatal Energy Control
email. info@energycontrol.org - tel. 607191386

REFERENCIAS

- Branigan, P., & Wellings, K. (1999). Acceptance of the Harm Minimization Message in London Clubs and Underground System. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 6(3) 389-398.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Ad hoc publication by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals*. EMCDDA Manuals No 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Chinet, L.; Stéphan, P.; Zobel, F., y Halfon, O. (2007). Party drug use in techno nights: a field survey among French-speaking Swiss attendees. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86 (2) 284-289.
- EMCDDA. (2018). *Orientaciones sobre políticas y prácticas vida nocturna, festivos y otros contextos recreativos*. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/nightlife-festival-and-other-recreational-settings_es
- EMCDDA. (2018). *Healthy Nightlife Toolbox: Tools for creating safer nightlife setting*. Disponible en: <http://www.hntinfo.eu>
- EMCDDA. (2011). *European drug prevention quality standards*. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
- Foro Social ante las Drogas. (2010). *Grupo ocio nocturno*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/OcioNocturno.pdf>
- Martínez D., Pallarés J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lérida, España: Editorial Milenio. Disponible en: <https://observatoriodrogas.files.wordpress.com/2014/07/de-riesgos-y-placeres-manual-para-enteder-las-drogas.pdf>
- McDonald, J.; Roche, A. M.; Durbridge, M., y Skinner, N. (2003). *Peer education: from evidence to practice*. Adelaide, Australia, National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA).
- NDARC. (2008). The feasibility of peer-led interventions to deliver health information to ecstasy users and related drug (ERDs) users (Technical Report No. 299). Disponible en: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.299.pdf>
- Noijen, J.; Duscherer, K.; Schrooten, J.; de Smet, J.; van de Kerckove, B.; et al. (2013). *Peer education in Nightlife Settings: Good practice standards*. Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project. [Online] Disponible en: http://newip.safernightlife.org/pdfs/standards/NEWIP_P_standards-final_20.12-A4.pdf
- Parkin, S. & McKeganey, N. (2000). The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(3), pp. 293-310.
- Prochaska, JO; DiClemente, CC; Norcross, JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 47(9). 1102-14.
- Sloane, B.C., Zimmer, C.G. (1993). The power of peer health education. *Journal of American College Health*. 41(6), 241-5.
- SPORA. (2006). *Oci Nocturn i Substàncies Psicoactives. Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública en espais d'oci nocturn a Catalunya. Una recerca psicosocial*.
- Stetina, B. U.; Jagsch, R.; Schramel, C.; Maman, T. L., y Kryspin-Exner, I. (2008). Exploring hidden populations: recreational drug users. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2(1), article 4. Recuperado de: <https://cyberpsychology.eu/article/view/4208/3249>
- Ward, J., Hunter, G., Power, R. (1997). Peer education as a means of drug prevention and education among young people. *Health Education Journal*. 56, 251-263.
- Whittingham, J. R. D., Ruiters, R. A. C., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., & Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: An experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use & Misuse*, 44(4), 532-547.

SERVICIO DE ANÁLISIS DE SUSTANCIAS

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

Los servicios de Análisis de Sustancias son servicios integrados que permiten a los usuarios de drogas que adquieren sus sustancias en el mercado gris o negro obtener un análisis químico, así como recibir asesoramiento sobre el consumo de estas sustancias. El fin de estos servicios es el de reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas. Para ello se elaboran estrategias para contactar con estas personas y poderles ofrecer un asesoramiento específico sobre la composición de las sustancias que van a consumir.

2. Metodología

Existen distintos tipos de Servicios de Análisis. Se pueden clasificar en tres tipos según el proceso de recogida de muestra: “In situ” en los espacios de ocio, estacionarios o postales.

Una vez recogidas las muestras, son analizadas en laboratorios y posteriormente son entregados los resultados a la persona usuaria presencialmente, por teléfono o email.

3. Resultados

El servicio de análisis de Energy Control sigue como objetivo atender el 100% de las demandas de análisis recibidas y lograr una satisfacción alta entre su público diana. Al cubrir la demanda de las personas usuarias de estos servicios y ofrecer información objetiva y veraz, el servicio es percibido como útil y fiable. La diseminación del servicio se hace entre las propias personas usuarias a través de su red de iguales. Así el crecimiento del servicio ha sido gradual a lo largo de los años.

4. Discusión/Conclusión

El servicio de análisis de Energy Control ha demostrado su eficacia en contactar y satisfacer la necesidad del público diana, detectar sustancias de alto riesgo así como monitorizar el fenómeno de las nuevas drogas y de las nuevas tendencias en los entornos recreativos de drogas. La difusión de estos hallazgos a todos los agentes implicados ha sido fundamental para aportar algo de información a un mercado tan opaco y cambiante.

Sin embargo, los Servicios de Análisis de Sustancias todavía son percibidos como herramientas controvertidas en relación al impacto que tienen sobre el consumo y la salud de las personas usuarias. Sería necesario priorizar la investigación en este campo y analizar su impacto sin que la propia evaluación afectara a la intervención en sí.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

El Análisis de Sustancias se configura como una estrategia de reducción de daños (EMCDDA, 2017) en el campo sociosanitario con amplia aceptación entre la población destinataria, que da respuesta a sus necesidades, cumple sus expectativas y mejora su conocimiento para una adecuada gestión de placeres y riesgos asociados al consumo de drogas.

El análisis de sustancias es una herramienta de contacto con población usuaria de drogas de difícil acceso. Permite a las personas que consumen drogas (cocaína, éxtasis, anfetamina, LSD) analizar las sustancias que van a consumir y recibir asesoramiento para un consumo de menor riesgo. Pretende avisar e informar desde una actitud neutra y en base a información objetiva, de manera atractiva y próxima a las personas que consumen drogas, de la presencia de sustancias dañinas y/o inesperadas, permitiéndoles de este modo descartar el uso de sustancias potencialmente dañinas o adaptar el patrón al resultado y al asesoramiento recibido.

Los Servicios de Análisis de Sustancias recogen muestras proporcionadas por las personas usuarias y mediante desarrolladas técnicas químicas de análisis

(TLC, HPLC, GC-MS) detectan la composición de la misma. Esta información es compartida con la persona usuaria, a quien se le realiza un asesoramiento orientado a la reducción de riesgos en el consumo de sustancias.

Los Servicios de Análisis de Sustancias se pueden clasificar en tres tipos según el proceso de recogida de muestra: “In situ” en los espacios de ocio, estacionarios o postales. Los Servicios de Análisis “In Situ” recogen las muestras en los mismos espacios de ocio, los Servicios de Análisis Estacionarios gestionan un punto fijo de recogida al que el usuario acude intencionalmente y los Servicios de Análisis Postales reciben por correo las muestras a analizar. Algunos Servicios de Análisis implementan más de uno de estos servicios. Según los últimos informes mundiales (Barratt, Kowalski, Maier, & Ritter, 2018) de los 31 proyectos que han reportado estar trabajando con un Servicio de Análisis, 23 implementan Servicios de Análisis “In Situ”, 18 Servicios de Análisis Estacionarios y 3 Servicios de Análisis Postal.

Los Servicios de Análisis de Sustancias se han establecido principalmente en Europa. Algunos de estos servicios como los implementados en Holanda, Austria y España tienen una trayectoria de más de 20 años. En el año 2018, 12 países europeos tienen establecidos servicios de análisis de sustancias. Gracias a la red TEDI (Trans European Drug Information) los resultados de estos servicios son analizados y presentados como herramienta de monitorización de las tendencias en drogas detectadas en los espacios festivos europeos (Brunt et al., 2017). TEDI es una red de servicios europeos de análisis de sustancias que comparte su experiencia y datos dentro de un sistema europeo de monitoreo e información. TEDI desarrolló en 2011 un sistema de base de datos que recopila, monitorea y analiza la evolución de varias tendencias europeas de drogas en entornos recreativos. Organizaciones de otros continentes como Sudamérica, EEUU y Canadá están implementando sistemas de análisis de sustancias y analizando su impacto para poder afrontar la crisis de opioides que están viviendo principalmente en EEUU y Canadá (Saleemi, Pennybaker, Wooldridge, & Johnson, 2017; Karanmouxián et al., 2018).

2. Personas beneficiarias

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	--	Indet.
Descripción	La población diana del servicio son todas aquellas personas usuarias de drogas recreativas, en especial, aquellas jóvenes que salen de fiesta durante los fines de semana. Son beneficiario/as directo/as todas aquellas personas que utilizan nuestro servicio de análisis.	La población beneficiaria indirecta es conformada por todos aquellos agentes implicados y/o interesados en la información que genera el servicio (como nuevos patrones de uso, detección de nuevas drogas psicoactivas –NPS-, alertas por adulteración o alta pureza). Destacamos el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y todos los organismos que forman parte del mismo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), profesionales de salud y/o del ámbito de drogas, investigadores/as, entidades o proyectos que utilizan nuestro servicio, otros servicios de análisis de sustancias, proyectos de la red TEDI (Trans European Drug Information) o la industria del ocio, entre otros.

3. Supuestos básicos/teoría

Actualmente, son numerosas las potencialidades de los servicios de análisis que se pueden destacar basándonos en las aportaciones de Johnston et al. (2006). La primera de las potencialidades es que ofrece a los usuarios/as la oportunidad de tomar una decisión informada sobre el uso de las drogas y sus consecuencias (Kriener et al., 2001). Un servicio de análisis de drogas crea conciencia sobre los efectos positivos y adversos de una sustancia, educa a las personas usuarias acerca de los métodos de reducción de riesgos, y por lo tanto reduce los riesgos para la población que consume drogas. Hay evidencia que muestra que el análisis de sustancias ilícitas permite a las personas evitar sustancias específicas o modificar su dosificación basándose en los resultados de los análisis realizados (Benschop, Korf, & Rabes 2002; Van de Wijngaart et al., 1999). Una revisión reciente encontró diez es-

tudios relevantes que estudiaban el efecto de los servicios de análisis de drogas en el patrón de riesgo en el consumo de drogas (Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017).

La segunda de las potencialidades es la accesibilidad a las personas que usan drogas. Se ha visto que con el análisis de sustancias se constituye una buena herramienta para alcanzar a los grupos de consumidores de drogas que están en las fases más tempranas de sus experiencias con las drogas (Hungerbuehler, Buecheli, & Schaub, 2011). Por otro lado, la presencia de servicio de análisis incrementa la cobertura de las acciones de información y asesoramiento.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

(Ver tabla en página siguiente)

Objetivo General: Reducir los riesgos asociados al consumo de drogas.			
Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Reducir los riesgos derivados de la adulteración de sustancias estableciendo contacto con las personas que las consumen.	Nº de personas atendidas a través del servicio de análisis	Acogidas de personas en las sedes y atención en los espacios de fiesta	Atender el 100% de las demandas de análisis recibidas. En 2017 se analizaron 5.990 muestras procedentes de 1.908 personas
	Evaluar el grado de satisfacción de las personas que utilizan el servicio	Envío del cuestionario de evaluación donde se pregunta por el grado de satisfacción respecto al servicio prestado y la utilidad de la información facilitada	Lograr una satisfacción alta (puntuación igual o superior a 8/10) entre las personas que utilizan el servicio. En 2017 evaluaron la satisfacción del servicio en un 9,27 y la utilidad en un 9,31
	% de personas que difunden el servicio entre sus amistades	Envío del cuestionario de evaluación donde se pregunta si van a hablar de este servicio entre sus amistades. En el cuestionario que se pasa en las sedes de Energy Control la primera vez que vienen se pregunta por cómo han conocido el servicio de análisis	El 100% de las personas encuestadas recomiendan el servicio a amigos/as. Además, el 53,9% de personas usuarias declara haber conocido el servicio a través de amigos/as. De este modo, el boca-oreja se configura como el principal canal de difusión del servicio entre la población diana.
	% de personas que rechazan consumir una sustancia que, por su adulteración, se recomienda no consumir	Envío del cuestionario de evaluación donde se pregunta si el resultado obtenido ha modificado su consumo y en caso de hacerlo, de qué manera	En 2017, el 95% personas usuarias descartan el consumo de la sustancia ante la recomendación de no tomarla
	% de personas que adaptan su consumo a nuestras recomendaciones (según el resultado obtenido)	Envío del cuestionario de evaluación donde se pregunta si el resultado obtenido ha modificado su consumo y en caso de hacerlo, de qué manera	En 2017, el 85,91% de los usuarios/as que deciden consumir la sustancia afirman que utilizarán alguna medida de reducción de riesgos

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Específico 2	Nº de sustancias y tipología	Analizar y tratar de identificar todo el tipo de sustancias recibidas con especial énfasis en las nuevas drogas	En 2017 se analizaron 5.990 muestras y se identificaron más de 100 sustancias distintas
Mejorar nuestro conocimiento sobre la situación del mercado ilegal detectando de manera precoz sustancias, patrones emergentes de consumo y/o incidencias relacionadas con el consumo recreativo de drogas	Grado de adulteración de las diferentes drogas	Análisis de los datos para poder establecer tendencias	Publicación de informes de tendencias y artículos científicos. En 2017 se publicó el informe anual de tendencias y 6 artículos científicos
	Nº de NPS detectadas anualmente (Legal Highs, Chemicals Research)	Mejora de los métodos analíticos para poder identificar las nuevas sustancias Colaboración con universidades para poder acceder a métodos analíticos de alta resolución	En 2017 se detectaron 80 NPS distintas En 2017 se colaboró con dos universidades distintas para la mejora analítica y la mejora en la difusión científica. Salieron dos publicaciones científicas con cada una de ellas

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Específico 3	Nº informes y artículos publicados	Análisis de los datos y publicación	1 informe anual de tendencias y 6 artículos científicos
Difundir los hallazgos del programa entre agentes interesados	Nº de alertas comunicadas al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	Comunicación mediante los puntos focales de las comunidades autónomas de las sustancias potencialmente tóxicas y de las detectadas por primera vez en nuestro servicio	Se notificaron 16 sustancias al SEAT
	Nº presentaciones del servicio en congresos, jornadas, seminarios y medios de comunicación	Difusión de los resultados de análisis y de las tendencias detectadas	En 2017 se realizaron 28 presentaciones en congresos, 11 nacionales y 17 internacionales. Además se apareció 130 veces en medios de comunicación (78 artículos en la prensa escrita y/o digital, 8 apariciones en televisión, 15 entrevistas en la radio, 29 artículos publicados en revistas especializadas)

5. Programas de formación y materiales producidos

El equipo técnico de análisis está formado por varias personas capacitadas de forma adecuada para realizar análisis de sustancias en el laboratorio. Sin embargo el grueso de la actividad en las intervenciones nocturnas y en los servicios de atención a personas usuarias es llevada por las personas voluntarias del proyecto. Siempre tienen la supervisión de alguna persona del equipo técnico y es imprescindible que pasen por una serie de formaciones para que se garantice una intervención de calidad.

Energy Control implementa regularmente cuatro formaciones anuales en relación a su actividad en el servicio de análisis:

- ▶ Formación sobre sustancias: dosis, efectos, efectos secundarios, adulterantes más habituales y mezclas.
- ▶ Formación sobre Nuevas Drogas y nuevos patrones de consumo.
- ▶ Manejo de las técnicas analíticas realizadas en los espacios de ocio (test colorimétricos y cromatografía de capa fina).
- ▶ Comunicación preventiva con el/la usuario/a que acuden a los servicios de análisis.

En cuanto a materiales producidos, se dispone de un procedimiento estandarizado y protocolos de actuación compartidos y actualizados que garantizan la misma intervención en todas las delegaciones de Energy Control.

6. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso: Se define un plan anual del área y un seguimiento trimestral por parte del equipo técnico de los objetivos previstos y los resultados alcanzados.	Número de reuniones del equipo de análisis	11 (una mensual, quitando el mes de vacaciones)
	Número de reuniones de coordinación general	1 reunión de área con la entidad y 1 reunión general de coordinación del equipo de Energy Control
	Número de objetivos conseguidos según el plan anual	Cumplidos los objetivos en los plazos acordados

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Resultado: El programa de análisis cuenta con un aplicativo de gestión on line de datos de actividad que nos permite monitorizar a tiempo real la evolución del servicio y extraer datos sobre número de muestras analizadas, tipología, zonas de procedencia, grado de adulteración por sustancias). Estos datos son la base de informes y memorias que evalúan los resultados.	Número de reuniones del equipo de análisis para evaluar los resultados del servicio	2 reuniones, una cada semestre
	Número de memorias	1 memoria anual interna, 1 memoria anual autonómica y 2 memorias semestrales estatales
	Número de informes anuales para presentar la actividad	2 informes anuales de tendencias (1 autonómico y 1 estatal)
Impacto: Las personas que utilizan nuestro servicio responden a un cuestionario de evaluación en el momento de devolución del resultado. Se sondea su grado de satisfacción respecto al servicio prestado, la utilidad de la información facilitada a través de este y si el resultado obtenido ha modificado su consumo y en caso de hacerlo, de qué manera. Estos datos se incluyen en las memorias presentadas a los organismos financiadores y son utilizados en las reuniones de evaluación. El año 2018 se ha hecho un estudio de impacto de cómo el servicio de análisis de Energy Control puede influir en el consumo de las personas que lo utilizan.	Número de memorias	1 memoria autonómica y 2 memorias semestrales estatales. 1 memoria anual interna
	Número de reuniones de coordinación general	1 reunión de área con la entidad y 1 reunión general de coordinación del equipo de Energy Control
	Número de memorias y de artículos científicos relacionados con el impacto	1 memoria de investigación 1 artículo científico en desarrollo

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los servicios de Análisis de Sustancias son servicios integrados que permiten a las personas que adquieren sus sustancias en el mercado gris o negro obtener un análisis químico, así como recibir asesoramiento sobre el consumo de estas sustancias.

La implementación de este tipo de servicios durante más de 20 años los ha transformado en poderosas herramientas para monitorear los mercados de drogas recreativas y contactar con las personas que consumen drogas, a veces difíciles de alcanzar.

El servicio de análisis de Energy Control ha demostrado su eficacia en contactar y satisfacer la necesidad del público diana, detectar sustancias de alto riesgo así como monitorizar el fenómeno de las nuevas drogas y de las nuevas tendencias en los entornos recreativos de drogas. La difusión de estos hallazgos a todos los agentes implicados ha sido fundamental para aportar algo de información a un mercado tan opaco y cambiante.

Energy Control participa en la realización de investigación en torno al impacto de los servicios de análisis para generar conocimiento científico que permita reconocer fortalezas y debilidades de los mismos. Sin embargo, los Servicios de Análisis de Sustancias todavía son percibidos como herramientas controvertidas en relación al impacto que tienen sobre el consumo y la salud de las personas usuarias. Sería necesario priorizar la investigación en este campo y analizar su impacto sin que la propia evaluación afectara a la intervención en sí. Trabajar en red puede ser una buena manera de conseguir mejores financiaciones para este fin. La previa experiencia con la red TEDI para monitorizar el mercado de drogas europeo, está demostrando que al trabajar en red puedes evolucionar más rápido.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON

Mireia Ventura Vilamala. Directora Servicios de Análisis de Energy Control
email. mireia@energycontrol.org - tel. +34 93 113 79 00

REFERENCIAS

- Barratt, M.J., Kowalski, M., Maier, L.J., & Ritter, A. (2018). Global review of drug checking services operating in 2017. *Drug Policy Modelling Program Bulletin* No. 24. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney.
- Benschop, A., Korf, D. J., & Rabes, M. (2002). *Pill testing, ecstasy and prevention: a scientific evaluation in three European cities*. Amsterdam: Rozenberg.
- Brunt, T. M., Nagy, C., Bücheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C., & Ventura Vilamala, M. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug testing and analysis*, 9(2), 188-198. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Publications Ofce of the European Union, Luxembourg.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A., & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8(1), 16. <http://doi.org/10.1186/1477-7517-8-16>
- Johnston, J., Barratt, M. J., Fry, C. L., Kinner, S., Stoové, M., Degenhardt, L., ... Bruno, R. (2006). A survey of regular ecstasy users' knowledge and practices around determining pill content and purity: Implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 17(6), 464-472. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.03.008>
- Karamouzian M, Dohoo C, Forsting S, McNeil R, Kerr T, Lysyshyn M. (2018). Evaluation of a fentanyl drug checking program for clients of a supervised injection site. *Harm Reduct J.*, 15(46):1-8.
- Kriener, H., Billeth, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., & Schmid, R. (2001). *An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU*. Vienna: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion. (2017). *Evidence Brief: Drug checking services as a harm reduction intervention*. Toronto.
- Saleemi, S., Pennybaker, S. J., Wooldridge, M., & Johnson, M. W. (2017). Who is 'Molly'? MDMA adulterants by product name and the impact of harm-reduction services at raves. *Journal of Psychopharmacology*, 31(8), 1056-1060.
- Van de Wijngaart, G. F., Braam, R. V, de Bruin, D. E., Fris, M., Maalsté, N. J., & Verbraeck, H. T. (1999). Ecstasy use at large-scale dance events in The Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29(3), 679-702.

SERVICIO DE PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA EN CONTEXTO DE OCIO

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

La conducción de vehículos después de haber consumido bebidas alcohólicas es aún una conducta de riesgo muy extendida entre las personas que acuden a espacios recreativos de ocio nocturno. Aunque los controles de alcoholemia tienen un efecto disuasorio y sancionador, aún son muchas las personas que beben y conducen. Con objeto de sensibilizar a esta población y ayudarles a tomar una decisión responsable al respecto, los servicios de pruebas gratuitas de alcoholemia permiten conocer el nivel de alcohol en sangre, recibir un asesoramiento individualizado y el soporte en la toma de decisión sobre si conducir o no.

2. Metodología

Protocolo de pruebas de alcoholemia mediante screening individualizado de parámetros relevantes y feedback de resultados, junto con recomendaciones de reducción de riesgos.

3. Resultados

En general, se trata de una actividad bien recibida por parte de la población destinataria. Entre aquellas personas que dan un resultado positivo, la mayoría decide esperar el tiempo indicado para que la alcoholemia se sitúe por debajo de los límites legales para conducir.

4. Discusión/Conclusión

Existe mucho desconocimiento sobre los efectos del alcohol en la conducción y sobre la propia farmacología del alcohol, lo que lleva a tomar en ocasiones decisiones equivocadas en materia de conducción de vehículos. El servicio de pruebas de alcoholemia permite conocer el estado actual de la persona y el tomar una decisión consciente sobre el curso de acción a adoptar. Y todo ello desde una actitud no moralizadora ni sancionadora, pero sin aceptar una conducta de alto riesgo como es la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

El alcohol es la droga más consumida por todos los sectores de la población, aunque su consumo se encuentra especialmente extendido entre personas jóvenes quienes lo consumen en espacios de ocio nocturno. Diferentes estudios realizados en España han mostrado que, en jóvenes, la conducción de vehículos bajo el efecto de las bebidas alcohólicas es una conducta muy prevalente (e.g., Calafat, Adrover, Juan, y Blay, 2008). Las intervenciones realizadas para abordar este problema se han centrado fundamentalmente en la adopción de medidas legislativas sancionadoras mediante pruebas aleatorias de alcoholemia por parte de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Sin embargo, aunque en los últimos años se ha producido una reducción importante de la siniestralidad vial, el consumo de alcohol sigue siendo uno de los principales factores de riesgo vial, especialmente entre personas jóvenes y durante los fines de semana.

2. Personas beneficiarias

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	353	--
Descripción	Personas jóvenes que consumen alcohol y tienen intención de conducir un vehículo	--

3. Supuestos básicos/teoría

Los fundamentos teóricos de la intervención son el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (1984) y la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1991). A partir de estos modelos, se han diseñado intervenciones breves que usan el cribado y el feedback objetivo personalizado como herramientas básicas de intervención (e.g., Larimer y Cronce, 2002, 2007; Walters y Bennett, 2000; Walters y Neighbors, 2005; White, 2006). Algunos autores han señalado la influencia de este feedback objetivo en la activación de procesos de autorregulación de las personas (Miller y Brown, 1991; Brown, 1998).

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Reducir la incidencia de la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol			
Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Motivar a las personas usuarias del servicio a no coger el vehículo o a esperar el tiempo indicado para una reducción de la alcoholemia por debajo de los límites legales	Intención de no coger el vehículo	Protocolo de pruebas de alcoholemia	74% dijo esperar tiempo indicado
	Intención de esperar el tiempo indicado		22% dijo tener intención de no coger vehículo

El protocolo de pruebas de alcoholemia: las pruebas de alcoholemia eran publicitadas a través de un cartel anunciador colocado en un stand. A las personas que se acercaban voluntariamente con la intención de hacerse la prueba se les ofrecía en primer lugar una explicación de los objetivos del servicio. Tras pedirles permiso para solicitarles unos datos, se procedía a administrar una mini-entrevista en la que se recogía información sobre los siguientes aspectos: intención de conducir esa noche (en caso afirmativo, se les preguntaba si eran conductores noveles y el tipo de vehículo que iban a conducir), edad, sexo, peso aproximado, consumo de alcohol (cantidad y tipo de consumiciones, hora en que se comenzó a beber y tiempo desde la última ingesta) y consumo de otras drogas.

Tras instruir en la realización de la prueba, el resultado era comunicado junto con información pertinente sobre los riesgos asociados en función de sus respuestas a la mini-entrevista. Esto permitía ajustar la información proporcionada con objeto de que esta fuera lo más individualizada posible pudiendo, por tanto, variar en función de las variables evaluadas. En general, la información suministrada abarcaba desde los límites legales para poder conducir, los efectos del alcohol en la conducción y pautas de consumo de menor riesgo. Asimismo, a aquellas personas que superaban el límite legal se les informaba del tiempo aproximado que debían esperar para que su alcoholemia descendiera por debajo de ese límite (0,25 mg/l y 0,15 mg/l para conductores noveles o profesionales). Finalmente, a estas últimas también se les preguntaba por su intención de esperar el tiempo indicado (opciones de respuesta: sí/no/no cogeré el coche).

5. Programas de formación y materiales producidos

El servicio es atendido por personal técnico y voluntario formado para su correcto desempeño. La formación incluye: farmacología del alcohol, efectos del alcohol en la conducción, estrategias comunicativas con personas usuarias de drogas y protocolo para la realización de las pruebas.

Como materiales producidos en el marco del proyecto Energy Control y de especial utilidad para el servicio son:

- ▶ Folleto ¿Bebes? ¿Conduces?
- ▶ Folleto “Drogas al volante, peligro constante”.
- ▶ Tabla de tiempos de eliminación del alcohol

6. Evaluación

La evaluación del servicio se realiza mediante un análisis de la pregunta: ¿Tienes intención de esperar el tiempo indicado antes de coger el coche? (Opciones de respuesta: sí/no/no cogeré el coche).

Además, con la información recogida en la mini-entrevista se obtiene una caracterización de las personas usuarias del servicio en cuanto a edad, género, qué conducen, antigüedad, cantidad de alcohol consumida, duración del episodio de ingesta, tiempo desde la última consumición, consumo de otras drogas.

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso	Nº de pruebas con resultado positivo	120 personas con alcoholemia positiva
Resultado	Intención de esperar tiempo indicado para que disminuya BAC	74% dijo tener intención de esperar tiempo indicado
	Intención de no usar el vehículo	22% dijo tener intención de no coger el coche
Impacto	Nº de personas que usan el servicio	353 personas usuarias del servicio (19% eran conductoras noveles)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Consideramos que las evaluaciones realizadas sugieren que el servicio ha ayudado

a personas jóvenes que han bebido alcohol y tienen intención de conducir a replantear su decisión con el fin de evitar exponerse al riesgo. Además, el servicio ha contado con una gran aceptación por parte de las personas usuarias, manifestando su agradecimiento por poder contar con un servicio de estas características.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON

Claudio Vidal Giné - Responsable Delegación Andalucía. Energy Control.
Fundación Acción Bienestar y Desarrollo
email. claudiovidal@energycontrol.org - tel. +34 952 840 492

REFERENCIAS

- Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors (2ª edición)*. Nueva York: Plenum.
- Calafat, A.; Adrover, D.; Juan, M., y Blay, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres Comunidades Autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 323-331.
- Costa, J. A. G., Sellés, P. M., & Tomás, M. T. C. (2014). Factores asociados en la relación alcohol-conducción en jóvenes conductores. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 15-26.
- Larimer, M. E., y Cronce, J. M. (2002). Identification, prevention and treatment: a review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 148-163.
- Larimer, M. E., y Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention and treatment revisited: individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32, 2439-2468.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (eds) (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R., y Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. En N. Heather, W. R. Miller y J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney, Australia: Maxwell Macmillan.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Walters, S. T., y Bennett, M. E. (2000). Addressing drinking among college students: a review of the empirical literature. *Alcohol Treatment Quarterly*, 18, 61-77.
- Walters, S. T., y Neighbors, C. (2005). Feedback interventions for college alcohol misuse: what, why and for whom? *Addictive Behaviors*, 30, 1168-1182.
- White, H. R. (2006). Reduction of alcohol-related harm on United States college campuses: the use of personal feedback interventions. *International Journal of Drug Policy*, 17, 310-319.

CHEMSAFE

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

En 2016 y tras la detección de patrones de consumo desadaptativos de drogas vinculados al sexo, sobre todo en varones homosexuales, el Proyecto Energy Control (ABD) se propuso la creación de un recurso específico preventivo basado en los principios de la reducción de riesgos. Se consideró imprescindible el trabajo interdisciplinar con otras entidades que trabajaban aspectos relacionados con los colectivos LGTB y VIH.

La financiación del laboratorio Viiv Healthcare permitió la puesta en marcha del proyecto. Se eligió un formato de página web, por su bajo coste, elevada accesibilidad, facilitación de la confidencialidad y posibilidad de interacción con los usuarios. La página web se lanzó el 11/1/17, fue mejorada y ampliada con un blog desde el 1/9/17 y permanece activa en la actualidad. Cuenta con un consultorio on-line en el que los usuarios pueden recibir asesoramiento profesional.

2. Metodología

- ▶ Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar que engloba 11 entidades relacionadas con el ámbito de las drogas, derechos LGTB y colectivo VIH.
- ▶ Creación de página web con información destinada a usuarios y profesionales.
- ▶ Difusión entre profesionales sanitarios, locales de ocio específicos y entidades vinculadas al proyecto.
- ▶ Desarrollo del blog (desde 2017).
- ▶ Consultorio on-line (desde 2017).

3. Resultados

En el periodo 11/1/17-1/5/18 se han realizado de 134.932 visitas a la web, en 46.503 sesiones distintas correspondientes a 39.872 usuarios únicos. Se ha participado en 29 actividades formativas y de divulgación dirigidas a profesionales sanitarios (26 nacionales, en 6 ciudades distintas y 3 internacionales).

Se han establecido circuitos de colaboración estable y difusión de material con 4 Centros Sanitarios (2 en Madrid, 1 en Barcelona), así como con 3 aplicaciones de contactos y 5 bares y locales de sexo.

Se han difundido 15.000 postales, 500 posters y 1500 trípticos para profesionales. Pendiente redifusión durante 2018.

Atención a 199 consultas on-line a través del e-mail, 36 videoconferencias y 6 derivaciones a recursos físicos coordinados con las entidades participantes en el proyecto.

4. Discusión/Conclusión

El Proyecto CHEM-SAFE ha demostrado ser un recurso pertinente y adecuado para alcanzar a la población diana. El interés demostrado por los usuarios, profesionales sanitarios, las estadísticas de la web y el número de consultas atendidas sugieren que es además eficaz como recurso preventivo desde una estrategia de reducción de riesgos.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

El “chemsex”, uso desadaptativo e intensivo de algunas drogas ilegales en contextos sexuales, es un fenómeno emergente descrito desde principios de esta década. Este patrón de consumo parece estar especialmente vinculado al colectivo de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y se ha asociado con un incremento de incidencia en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El uso de sustancias con elevado potencial de dependencia (metanfetamina) o intoxicación (gamma-hidroxitirato, GHB) y el empleo de la vía intravenosa también parecen ser característicos de este fenómeno.

Durante los dos últimos años se han presentado varias publicaciones científicas circunscritas a España. Es decir, aquellos aspectos considerados hasta ahora como “hipótesis u observaciones percibidas por profesionales y ONG” han sido confirmadas en nuestro entorno y replican, con ciertas peculiaridades, las observaciones de otros autores en ciudades como Londres o Berlín (Dolengevich-Segal, Rodríguez-Salgado, Gómez-Arnau, & Sánchez-Mateos, 2016; González, Dolengevich, Pérez-Valero, Troya, & Téllez, 2016; Coll & Fumaz, 2016; Ballesteros-López, Molina-Prado, Rodríguez-Salgado, Martín-Herrero, & Dolengevich-Segal, 2016; Garin et al., 2017; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2016; Fernández-Dávila, 2016).

En el momento del diseño del Proyecto CHEM-SAFE no existían iniciativas similares en español (aunque sí en inglés, como www.chemsexsupport.com/). Durante 2017 han aparecido distintos programas preventivos y de formación que han contado con el asesoramiento o participación del Proyecto CHEM-SAFE.

2. Personas beneficiarias

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	39.000 usuarios	40.000 personas usuarias
Descripción	Número de personas distintas que han visitado la web en al menos una ocasión	Beneficiarios directos + estimación de profesionales alcanzados en actividades de divulgación.

3. Supuestos básicos/teoría

Los usuarios de drogas en contextos sexuales, personas infectadas con VIH y/o tratamiento antirretroviral que utilizan además drogas en contextos recreativos y/o sexuales tienen dificultades para comunicar aspectos que tienen que ver con su vida íntima o relacionada con el uso de sustancias. Estas dificultades son particularmente evidentes en el contexto de la relación médico-paciente.

La falta de formación específica por parte del personal sanitario y los tabús y prejuicios que rodean a la sexualidad y las drogas constituyen barreras importantes para el abordaje del fenómeno.

El formato de intervención *on-line* ha demostrado eficacia en problemas relacionados con alcohol, cannabis, tabaco y otras drogas ilegales. Sus características (bajo coste, elevada accesibilidad, formato interactivo, facilitación de la confidencialidad) hacen que sea idóneo para este tipo de proyecto.

La detección de deficiencias entre las ONG (muy especializadas en un aspecto pero con falta de formación y recursos en otros) hacen necesario fomentar un trabajo conjunto en red.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Creación y mantenimiento de una página web que facilite la prevención desde una perspectiva de Reducción de Riesgos en el Chemsex			
Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Objetivo Específico 1 Fomentar el trabajo en red entre distintas asociaciones	Número de asociaciones vinculadas al proyecto	Difusión del proyecto inicial entre distintas ONG Invitación continuada a formar parte del proyecto	10 ONG españolas y 1 colombiana forman parte del Proyecto CHEM-SAFE https://www.chem-safe.org/quienes-somos/
Objetivo	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Objetivo Específico 2 Proporcionar información general a usuarios de chemsex o colectivos en riesgo	Número de visitas a la página web	Creación de contenidos para la web	134.932 visitas a la web, en 46.503 sesiones distintas correspondientes a 39.872 usuarios únicos. El número medio de visitas (2,78 páginas por sesión), la duración media (2,34 minutos) y el hecho de que casi un 25% de los visitantes hayan entrado en múltiples ocasiones son datos destacables.
	Número de consultas on-line y videoconferencias	Creación de servicio de consultorio <i>on-line</i> y videoconferencia	199 consultas atendidas a través de e-mail, 36 videoconferencias, 6 derivaciones de casos a recursos físicos

Objetivo	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Específico 3 Garantizar el acceso a la información al colectivo diana, así como al personal sanitario	Difusión entre profesionales sanitarios	Actividades formativas y de difusión entre profesionales sanitarios	17 sesiones clínicas entre 2017- Marzo 2018 en 6 ciudades de España. Participación docente en 2 cursos on-line sobre chemsex. 2.918 visitas a la sección "Profesionales" y 4.924 descargas de documentos.
	Difusión entre usuarios	Entrega de materiales (postales) a ONG participantes en el proyecto. Entrega de materiales en circuitos específicos (bares y clubs de sexo). Difusión on-line.	15.000 postales distribuidas en 2017 entre las ONG participantes y 5 locales de ocio (3 en Madrid, 2 en Barcelona) Creación de banners y anuncios en páginas y apps de contactos (3 nacionales, 1 internacional)

PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN ON-LINE EN ESPAÑA (2017)					
N	Entidad	Fechas	Título	Destinatarios	Duración
1	Fundación de Ayuda contra la Drogadicción	01/02/2017-2/5/2017	Curso on-line SANIDROGAS	Enfermería de Atención Primaria	50 horas lectivas
2	GESIDA-SEIMFC	10/10/2017-10/04/2018	Programa de formación para profesionales sanitarios sobre Chemsex	Profesionales de la Medicina, Enfermería y Psicología de Atención Especializada en el ámbito del VIH	80 horas lectivas
3	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Escuela Nacional de Sanidad	14/09/2017-25/01/2018	Un modelo de abordaje integrado de la salud sexual y los problemas de consumo de drogas en el contexto del chemsex	Profesionales sanitarios de Centros de diagnóstico del VIH y de otras ITS. Profesionales de Centros de Atención a las Drogodependencias.	90 horas

5. Programas de formación y materiales producidos

Se ha solicitado la participación del Proyecto en distintas actividades formativas *on-line* de ámbito nacional destinadas a profesionales sanitarios. En todos los casos se ha destacado la innovación del formato ante un fenómeno emergente y su papel como herramienta para la prevención en intervención.

En dos de los tres cursos, la participación incluyó elaboración de materiales escritos y presentaciones, seguimiento de tutorías en foros y presentaciones a través de videoconferencias. Las tres actividades fueron financiadas por las entidades organizadoras.

6. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso	Cronograma de actividades	Cumplidos los plazos
	Revisión de contenidos	A partir de una versión inicial, los contenidos han sido revisados y corregidos por parte de las ONG participantes. Se han tenido en cuenta las sugerencias de usuarios sobre aspectos puntuales susceptibles de mejora.
Resultado	Número de visitas a la web	134.932 visitas a la web, en 46.503 sesiones distintas correspondientes a 39.872 usuarios únicos.
	Número de consultas on-line y videoconferencias	199 consultas atendidas a través de e-mail, 36 videoconferencias, 6 derivaciones de casos a recursos físicos.
	Número de visitas a la página de profesionales	2.918 visitas a la sección "Profesionales" y 4924 descargas de documentos.
Impacto	Demandas de formación por parte de profesionales	Desde el lanzamiento de la web se han recibido 16 demandas de formación y participación en congresos y seminarios específicos sobre el tema.
	Encuesta de satisfacción de usuarios	Pendiente de implementar en 2018.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Proyecto CHEM-SAFE ha demostrado ser una herramienta eficaz y adecuada para alcanzar a la población diana. Es, hasta el momento, el recurso más amplio y completo sobre el *chemsex* en lengua hispana. Es destacable que un 17.6% de las visitas y un 10% de las consultas se realizan desde países de Latinoamérica.

La evaluación sistemática y continuada ha permitido detectar puntos susceptibles de mejora, y en este año se han modificado varias secciones de la web y se ha visibilizado más

el apartado relacionado con consultas *on-line*.

La información que se puede proporcionar al usuario a través del correo electrónico es limitada. En casos complejos o que sugieren riesgos o patología relevante se está ofreciendo un servicio de videoconferencia a cargo de un profesional. En varias ocasiones desde este servicio se ha derivado al paciente a alguna entidad participante en el proyecto, previa coordinación.

Como aspectos susceptibles de mejora, se detecta la falta de herramientas para medir en qué medida la información disponible se traduce en un cambio de comportamiento del usuario.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON

Fernando Caudevilla - Médico de Familia. Coordinador del Proyecto Chem-Safe
email. doctorx@energycontrol.org - tel. +34 608 40 70 19
www.chem-safe.org

REFERENCIAS

- Coll, J., & Fumaz, C. R. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*, 15(2), 77-84.
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J., & Sánchez-Mateos, D. (2016). Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone. *Case Rep Psychiatry*. 2016:837-562.
- Fernández-Dávila, P. (2016). Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(7), 41-65.
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M.J., Castro, V., Galindo, M.J., Graenfanhain, R., Dalmau, D., & López, J.C. (2016). Interacciones del tratamiento antirretroviral (TAR) y las drogas: conocimiento e impacto en la adherencia. VIII Congreso Nacional de GESIDA; San Sebastián, 29 noviembre-2 diciembre 2016. P-224. *Enferm infecc Microbiol Clin* 34 (Esp Cong 3):114.
- Garin, N., Zurita, B., Velasco, C., Feliu, A., Gutierrez, M., Masip, M., & Mangués, M. A. (2017). Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(1), e014105.
- González, A., Dolengevich, H., Pérez-Valero, I., Troya, J., & Téllez, M. (2016). *Magnitud y factores asociados al Chemsex en HSH con VIH atendidos en las consultas de VIH. Datos preliminares del U-sex STUDY*. In: VIII GESIDA National Congress. San Sebastián.
- López, J. B., Molina, R., Salgado, B. R., Herrero, J. L. M., & Segal, H. D. (2016). Mefedrona y chemsex: análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. *Revista española de drogodependencias*, 41(4), 47-61.

CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

El Centro de Encuentro y Acogida de Polígono Sur (CEA) es un programa socioeducativo y sanitario, para la intervención con personas drogodependientes en situación de exclusión social y/o grave riesgo socio-sanitario. El CEA se inauguró en 2012, tras la cesión del local de 1.000 m² por parte del Ayuntamiento de Sevilla durante 25 años, aunque el programa del que parte (Menos Riesgos Más Salud) lleva en funcionamiento en el Polígono Sur desde 2006.

Una de las prioridades hacia donde se orienta el CEA es el desarrollo de estrategias de reducción de daños y el alcance a poblaciones consumidoras ocultas, cuestión a las que se da respuesta en una zona geográfica con alta incidencia de VIH/SIDA, sin que exista ningún otro dispositivo de estas características.

2. Metodología

Ofrecer servicios a la población drogodependiente que permitan frenar su deterioro socio-sanitario, mejorar su calidad de vida, aumentar sus posibilidades de integración social e impulsar el acceso a las redes normalizadas socio-sanitarias.

3. Resultados

Se ha contribuido a la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA, reducción de daños derivados del consumo y reducción de infecciones de transmisión sexual mediante la interiorización de prácticas sexuales seguras de la población atendida. Se ha conseguido visibilizar la problemática de la drogodependencia por parte de las instituciones y de la población general.

4. Discusión/Conclusión

Es un proyecto innovador, que incorpora distintas estrategias dentro de los progra-

mas de reducción de daños, cuya flexibilidad en la metodología permite innovar a la vez que la realidad va cambiando e incorporar nuevas formas de atender los problemas, necesidades y demandas planteados desde la evidencia científica y metodológica probada.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

Polígono Sur es una zona con necesidades de transformación social, y comparte muchas características propias de las zonas marginales:

- ▶ Es una zona especialmente deprimida y muy castigada por las drogodependencias.
- ▶ Alto nivel de población drogodependiente (casi la totalidad de los/as usuarios/as por vía intravenosa registrados/as en Sevilla se ubican aquí, concretamente más del 80%).
- ▶ Inicio en el consumo de drogas a edades tempranas.
- ▶ Mayor índice de infección por VIH de toda la provincia de Sevilla.
- ▶ Altísimo porcentaje de población gitana e inmigrante que vive en condiciones precarias.
- ▶ Altos índices de desestructuración social y familiar.
- ▶ Elevado número de residentes en viviendas de realojo o protección oficial.

2. Población beneficiaria

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	620 personas	30.000 personas
Descripción	Son personas con consumo activo de drogas, en Programas de Mantenimiento con Metadona y/o en situación de grave exclusión social	Son todas aquellas personas que se relacionan de uno u otro modo con la población diana, a saber: parejas estables y ocasionales, familiares, grupo de pares y la comunidad vecinal del barrio

3. Supuestos básicos/teoría

Actualmente, la prioridad es, desde una atención integral bio-psico-socio-sanitaria, garantizar la calidad de vida de personas en situación de grave exclusión social en las que confluyen diversos factores de exclusión: tener VIH/SIDA, estar en tratamiento de metadona o en consumo activo de drogas, no tener hogar, vivir en barrios excluidos o estar en situación de prostitución.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Contribuir a mejorar la calidad de vida y las condiciones sociales y sanitarias de los colectivos de usuarios y usuarias de drogas en activo y de programas de metadona de baja exigencia, especialmente quienes se hallan en situación de exclusión social, quienes necesitan un apoyo específico y quienes se inician en el consumo inyectado, así como sus familias y parejas sexuales.

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Objetivo Específico 1 Mantener un contacto continuado con las personas usuarias de drogas del Polígono Sur, especialmente aquellas que están fuera de tratamiento, que se están iniciando en el consumo de drogas inyectables, que sufran procesos de marginación y/o que necesiten un apoyo especial	Número de personas contactadas	Valoración socio-sanitaria y seguimiento individualizado	620 en 2013
	Nº de contactos realizados	Asesoramiento e información socio-sanitaria en distintos espacios de intervención	9.485 en 2013
	Nº de intervenciones realizadas	Asesoría Jurídica.	22.725 en 2013
	Nº de actuaciones familiares	Apoyo y asesoramiento en la gestión de documentación y trámites	126 en 2013
	Nº de personas usuarias nuevas	Enfermería para emergencias y educación para la salud Apoyo emocional y asistencia psicológica. Realización de prueba de detección de VIH por fluido oral Intervención específica con mujeres que ejercen la prostitución	303 en 2013

Objetivo	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Objetivo Específico 2 Fomentar la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas	Nº de intervenciones sanitarias	Asesoramiento e información socio-sanitaria en distintos espacios de intervención	1.597 en 2013
	Nº de seguimientos realizados		1.398 en 2013
	Nº de intervenciones en necesidades básicas	Distribución y reparto de material preventivo y estéril para el consumo y prácticas sexuales seguras	12.573 en 2013
	Nº de kits de inyección repartidos		3.435 en 2013
	Nº de pliegos de aluminio para el consumo fumado repartidos	Servicio de atención a necesidades básicas	5.457 en 2013
	Nº de preservativos repartidos	Realización de prueba de detección de VIH por fluido oral	80.532 en 2013
	Nº de pruebas de VIH realizadas	Intervención específica con mujeres que ejercen la prostitución	42 en 2013
Objetivo	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Objetivo Específico 3 Servir de puente entre la calle y los principales recursos socio-sanitarios.	Nº de contactos realizados en calle	Educación de calle	1.459 en 2013
	Nº de intervenciones realizadas en calle	Derivación y acompañamiento a recursos	2.107 en 2013
	Nº de entidades con las que se mantiene colaboración	Asesoramiento e información socio-sanitaria en distintos espacios de intervención	60 en 2013
	Nº de seguimientos realizados	Actividades educativas y de ocio y tiempo libre	1.398 en 2013
	Porcentaje de derivaciones efectivas realizadas	Intervención específica con mujeres que ejercen la prostitución	45% en 2013

5. Programas de formación y materiales producidos

La formación que se da a las personas usuarias depende de las necesidades de las mismas. No obstante, existen programas que se repiten de forma cíclica anualmente como son el programa de formación de agentes de salud “Antón usó Condón” o el programa de Bola de Nieve para mujeres que ejercen la prostitución. En ambos programas se producen folletos preventivos.

6. Evaluación

Se realiza evaluación tanto cuantitativa como cualitativa no únicamente de resultados sino, también de forma procesual.

A nivel cuantitativo existen hojas de registro diario de todas las intervenciones realizadas (tanto en calle como en local). Todos los datos recabados se explotan estadísticamente mediante el programa SPSS.

Así mismo, se emplean los siguientes instrumentos para la evaluación cualitativa: Hoja de registro diario de calle; Fichas de descripción de zonas; Expedientes de intervención individuales; Cuestionarios de evaluación (de entidades, de financiadores y de personas usuarias); etc.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Consideramos que el CEA debe ser valorado como buena práctica dada la atención integral y multidisciplinar que da a las personas usuarias contribuyendo, así, a la mejora de su calidad de vida. Así mismo, consideramos que la perspectiva de intervención aporta valor a la misma, destacando los siguientes aspectos:

- ▶ Intervenir desde las demandas de las personas: hemos aprendido que nuestra intervención debe estar basada en las demandas de las personas con las que trabajamos, no el diagnóstico que se realiza a priori desde el programa o desde las instituciones colaboradoras. Colaboramos con las personas para mejorar su calidad de vida, realizando itinerarios personalizados partiendo de las necesidades de las personas atendidas.
- ▶ Colaborar con el resto de la red socio-sanitaria y con una perspectiva comunitaria: nuestra intervención como recurso único no tiene sentido. Trabajamos dentro de una red (hospital, servicios sociales, unidades de tratamiento de drogas, infecciosas). Hemos aprendido que el trabajo en red permite realizar

intervenciones integrales y garantizar el poder obtener los mejores resultados posibles en las personas y en su entorno. Por ello se trabaja también con el resto de actores sociales de los barrios en los que tenemos presencia, para sensibilizarlos e implicarlos en la mejora de toda la comunidad.

- ▶ Participar activamente en el desarrollo de las legislaciones relacionadas: el programa participa en la creación de los planes nacionales, regionales y locales de drogas y de inclusión social y con el Plan Nacional sobre SIDA. Entendemos que nuestra experiencia sobre el terreno debe servir para desarrollar las legislaciones vigentes, y de igual modo lo han entendido las autoridades responsables de estas legislaciones, siendo colaboradores habituales de las mismas.
- ▶ Generar y socializar conocimiento: hemos aprendido lecciones que son válidas; por ello realizamos un constante esfuerzo por dar a conocer las mismas, colaborando en la formación y generación de proyectos de intervención social, tanto dentro de Fundación Atenea como colaborando con otras entidades que trabajan con personas excluidas socialmente.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON

Juan Luis Delcán. Dirección Territorial Andalucía. Fundación Atenea.
email. jldelcan@fundacionatenea.org - tel. +34 635 58 74 84

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ CON DROGODEPENDIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

El plan de Galicia sobre drogas realizó un estudio pormenorizado de las necesidades del colectivo drogodependiente con perfil de exclusión social (adheridos o no a tratamiento) en siete ciudades de la Comunidad Autónoma de Galicia. Tras el análisis de datos obtenidos en ese estudio se diseñó el programa para dar respuesta a alguna de estas necesidades.

El programa recoge una serie de medidas para mejorar la accesibilidad de la población drogodependiente a la red asistencial, impulsando, entre otras, estrategias de captación activa de “poblaciones ocultas” y servicios de emergencia que den respuesta a las necesidades básicas del colectivo drogodependiente

2. Metodología

Desplazamiento con la Unidad Móvil para la localización de espacios de consumo. Análisis del entorno y de las condiciones de higiene, seguridad e integración funcional de las intervenciones. Acogida de la persona usuaria por parte de un profesional del equipo. Información sobre los servicios y horarios que ofrece el programa. Ofrecimiento para atender sus demandas y necesidades en base a los objetivos y posibilidades del programa.

3. Resultados

Se atienden 60/70 personas en Vigo; 10/15 en el Calor y Café de la Fundación; 15/18 en atención itinerante en calle; 10 personas en la unidad móvil de Poio y 37 personas en el Calor Café de Coruña.

4. Discusión/Conclusión

El programa cumple con los estrictos criterios de calidad estipulados por la entidad

en lo referente a satisfacción global de los usuarios atendidos, que marca un objetivo mínimo de satisfacción de un 90%.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

El plan de Galicia sobre drogas realizó un estudio pormenorizado de las necesidades del colectivo drogodependiente con perfil de exclusión social (adheridos o no a tratamiento) en siete ciudades de la Comunidad Autónoma de Galicia. Tras el análisis de datos obtenidos en ese estudio se diseñó el programa para dar respuesta a alguna de estas necesidades.

El programa recoge una serie de medidas para mejorar la accesibilidad de la población drogodependiente a la red asistencial, impulsando, entre otras, estrategias de captación activa de “poblaciones ocultas” y servicios de emergencia que den respuesta a las necesidades básicas del colectivo drogodependiente.

2. Población beneficiaria

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	350	800
Descripción	Población joven drogodependiente con perfil de exclusión social o integrada en el “circuito calle”, población de drogodependientes con perfil de exclusión social no adscritos a tratamiento, drogodependientes reclusos que en el momento de su excarcelación se encuentran en situación de desprotección social; población drogodependiente con consumos en activo, independientemente de estar o no adscrita a tratamiento	El resto de la población general

3. Supuestos básicos/teoría

La intervención preventiva del programa tiene relación con el Modelo de Salud Pública en base a la idea de aportar información a través de mensajes de salud sobre el consumo de drogas, sus riesgos y los cuidados aplicados de cara a prevenir un aumento del riesgo y de los daños que pueden derivarse del consumo. También el cambio de vía y la motivación hacia los tratamientos sustitutivos se encuadrarían en la idea de modificar la acción de la sustancia sobre el organismo, disminuyendo riesgo y daño.

Esos mismos mensajes de salud están en línea con el Modelo de Creencias de Salud, de modo que intentamos aumentar la percepción de susceptibilidad y, a través del *counselling*, que la persona evalúe los beneficios y costes de su conducta en relación a la salud, trabajando a nivel motivacional para maximizar los beneficios y facilitando medidas de acompañamiento que minimicen las barreras percibidas para el cambio comportamental en relación al consumo y el acercamiento a la red asistencial.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Detectar, evaluar e intervenir sobre la problemática de consumo y problemas asociados en poblaciones “ocultas” de consumidores de drogas de abuso, que permita un conocimiento cercano a la realidad de la calle y a las condiciones biopsicosociales en que viven estas personas

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Objetivo Específico 1 Contactar con drogodependientes que no solicitan ayuda para determinar las necesidades de carácter sanitario y social con el objeto de informar, asesorar, orientar y derivar a recursos asistenciales de la red normalizada.	Nº de personas beneficiarias que reducen su perfil de exclusión social con respecto al total de atendidas.	Contactar con “poblaciones ocultas” del colectivo de drogodependientes y/o colectivos especialmente vulnerables por su condición de exclusión social, a través del desplazamiento a zonas de consumo y análisis y valoración de otras zonas frecuentadas por población integrada en el circuito de calle (mendicidad, prostitución, comedores sociales, albergues, etc.).	160
	Nº de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria y terciaria.		385

Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Ofrecer un recurso de Centro de Encuentro y Acogida para drogodependientes en situación de emergencia y/o más desprotegido a nivel social con objeto de atender sus necesidades básicas y mejorar su estado físico y mental.	Nº de personas beneficiarias del centro de encuentro y acogida.	Determinar las necesidades de carácter sanitario y social a través de la intervención en calle y detección de casos susceptibles de ser derivados a otros recursos.	160
	Nº de artículos de primera necesidad dispensados (alimentación, higiene, lavandería, etc.).	Determinar las necesidades de carácter sanitario y social a través de la intervención en calle y detección de casos susceptibles de ser derivados a otros recursos.	50.467
	Nº de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria y terciaria.	Desarrollar actividades formativas sobre: salud, consumo, sexualidad, prevención de recaídas, efectos de las drogas, reducción de daño, etc. Facilitar el acceso de estas personas a la red asistencial	385

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Realizar intercambio de material de inyección (kits de inyección higiénica, ácido cítrico, compresores y papel de plata), dispensa de profilácticos, lubricantes, toallitas íntimas así como informar sobre consumos de menor riesgo, prevención de sobredosis, hábitos de higiene relacionados con el consumo, etc. Retirar de la vía pública materiales relacionados con el consumo en campañas de recogida destinadas a concienciar y reducir.	Porcentaje de recuperación de intercambio de jeringuillas (entregadas/recogidas) y otros productos de consumo.	Intercambio de material de inyección. Información relativa a consumos de menos riesgo. Información sobre venopunción segura. Información sobre prevención de sobredosis.	85,65%
	Nº de profilácticos y lubricantes entregados.	Dispensa de preservativos. Información sobre sexo seguro.	20.114
	Nº de campañas de recogida realizadas y productos recogidos.	Información sobre vías de infección y reinfección de las enfermedades de mayor prevalencia (VIH, hepatitis, tuberculosis, cándida, etc.). Información sobre hábitos básicos de higiene y alimentación en relación a la tipología y vía de consumo, enfermedades más prevalentes y época del año.	46

5. Programas de formación y materiales producidos

ACCIONES FORMATIVAS AÑO 2014		
LUGAR	Nº DE ACCIONES	Nº DE ALUMNOS/AS
VIGO/PONTEVEDRA	9	128
ORENSE	1	12
CORUÑA	4	35
TOTAL	14	175

Materiales producidos: unidades didácticas, carteles, folletos del programa. Estudio sobre población drogodependiente. Programa y manual de intervención del programa SÍSIFO. Posters para congresos.

6. Evaluación

La evaluación, tanto cuantitativa como cualitativa, se realiza del diseño, del proceso y de los resultados do programa:

- ▶ **DEL DISEÑO:** evaluación de las características de la población destinataria y del tipo de sustancias consumidas / Cuestionario de satisfacción de las personas beneficiarias con las acciones formativas de prevención indicada.
- ▶ **DEL PROCESO:** indicadores de actividades realizadas. Estadística anual de intervenciones realizadas: atención de necesidades básicas, distribución de material preventivo, atención psicosocial y acercamiento a la red asistencial, y formación en educación para la salud, disminución de riesgos y reducción del daño / Estadística anual de acciones de difusión y participación en charlas, talleres, cursos, congresos, publicaciones, etc. / Estadística anual de intervención en zonas de consumo: ubicación de las distintas zonas de consumo y el estado en que se encuentran, volumen de jeringuillas recogidas (en el programa de intercambio y en las campañas de recogida realizadas), y el “tráfico” de personas que se produce / Número y tipo de incidencias no previstas.
- ▶ **DE LOS RESULTADOS:** indicadores de cobertura. Estadística anual de personas contactadas / Estadística anual de personas contactadas con perfil de exclusión social / Estadística anual de jóvenes menores de 30 años consumidores en situación de calle / Estadística anual de personas contactadas que disponen de evaluación biopsicosocial / Estadística anual de personas

contactadas que disponen de evaluación de consumo de drogas / Estadística anual de intervenciones realizadas en el subprograma de Captación Activa e Intervención en Medio Abierto / Estadística anual de intervenciones realizadas en el subprograma de Encuentro e Acogida.

- ▶ **Indicadores de eficacia:** estadística anual de personas beneficiarias de los Cursos de Salud que refieren disminuir su consumo y/o las conductas de riesgo asociadas / Estadística anual de personas beneficiarias que reducen su perfil de exclusión social / Estadística anual de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria y terciaria / Evaluación de la consecución de los objetivos del programa.
- ▶ **Instrumentos utilizados para la evaluación:** Hoja de Registro sistemático de las actividades realizadas (estadillo outreach) / Estadillo de intervenciones en el local / Estadillo de intervención social / Hoja de registro de seguimiento de entregas / Informe de historia social / Cuestionario de satisfacción de las personas beneficiarias de la entidad / Cuestionario de satisfacción de personas beneficiarias de las acciones formativas de prevención indicada / Sistema de Indicadores de Vulnerabilidad Social y de Detección Temprana de la Exclusión Social y Necesidades Sociales Emergentes en el Colectivo de Drogodependientes / Escala de evaluación de la consecución de objetivos del programa.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El programa cumple con los estrictos criterios de calidad estipulados por la entidad en lo referente a satisfacción global de los usuarios atendidos, que marca un objetivo mínimo de satisfacción de un 90%. Lo mismo ocurre en las acciones formativas que se realizan desde cada uno de los programas de la Fundación Érguete-Integración.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON

Adela Ruiz Corrales - Coordinadora del Programa Sísifo
email. sisifo@fundacionerguete.org - tel. +34 698 119 803

PARAFERNALIA HIGIÉNICA

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

El uso de parafernalia no higiénica aumenta los problemas de salud y el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas. Distribuir parafernalia higiénica permite adherir a los servicios de salud a personas que usan sustancias psicoactivas (SPA) y reducir el riesgo de transición a la vía parenteral.

La mejora de la parafernalia para consumo inhalado de heroína y la creación de parafernalia para el consumo de crack realizada por el CAS Baluard (Barcelona) pretende aumentar la capacidad de contacto y vinculación de las personas que usan la vía inhalada.

2. Metodología

Diseño experimental. Personas que usan heroína y/o cocaína por vía inhalada del CAS Baluard. Diferencias determinadas antes/después de la intervención mediante el test estadístico chi-cuadrado. Se determinó cualitativamente las mejoras y modificaciones.

3. Resultados

La implantación de la nueva parafernalia para el uso de heroína triplicó (de 103 a 398) el número de personas atendidas y cuadruplicó (de 6 a 29) el número de inicios de tratamiento. La distribución del “kit crack” es una estrategia útil para: evitar el uso de amoníaco en la transformación del clorhidrato, sustituir la parafernalia doméstica por una nueva higiénica y evitar la compartición del tubo de inhalación.

4. Discusión/Conclusión

La implantación de la nueva parafernalia para el consumo de heroína inhalada triplicó el número de personas que consumen mediante la vía inhalada atendidas en el CAS y cuadruplicó el número de inicios de tratamiento de esta población. Se encontró que distribuir el “kit de coca” es una estrategia útil para: evitar el uso de amoníaco

co en la transformación del clorhidrato en crack, sustituir la parafernalia doméstica por una nueva higiénica y evitar la compartición del tubo de inhalación.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

Revisión de experiencias anteriores

Desde hace algunos años, diversos países distribuyen pipas para el consumo inhalado de cocaína y han evaluado su eficacia. A continuación se presentan la experiencia de Canadá, siendo el pionero en reducción del daño a nivel mundial, y las experiencias de dos países más próximos a nuestro territorio.

La Vancouver Coastal Health Authority (Canadá) distribuye desde el año 2011, al Downtown Eastside de la ciudad, pipas de crack gratuitas. El kit consta de un tubo de cristal, boquillas, filtro, alcohol, un palo de madera para limpiar la pipa y un folleto informativo.

A finales del 2014 hicieron un paso adelante creando máquinas expendedoras de pipas de crack (0.25 \$) ubicada en Portland Hotel Society's Drug Users Resource Centre con una capacidad de 200 pipas por máquina.

Evaluación realizada con cuestionarios individuales (Ti et al., 2012).



L'Association Charonne (Francia) distribuye desde el año 2005 un “kit base” a su unidad móvil de París gratuita. El kit consta de 1 tubo de metacrilato, 2 boquillas, sobre de alcohol, crema cicatrizante, preservativo, lubricante y folleto informativo.

Actualmente, otros servicios de reducción de daños de Francia también distribuyen esta parafernalia. Fabricado por Laboratoire TERPAN (Terpan, 2018).



La In-Mouraria – Pessoas que usam drogas (Portugal) distribuye desde el año 2014 un “Kit base” que consta de: preservativo, crema cicatrizante, boquillas, tubo de Pirex® y rejilla (GAT Grupo de Ativistas em Tratamentos, 2015).



DESCRIPCIÓN DE LA PAUTA DE CONSUMO DE COCAÍNA INHALADA

Con el objetivo de comprender los riesgos que se derivan del consumo es importante describir las prácticas habituales. En la ciudad de Barcelona existen dos formas de adquisición de cocaína fumada, las dos formas tienen precios similares en el mercado ilegal de la ciudad (50-60 €/gramo):

Base libre de cocaína ($C_{17}H_{21}NO_4$):

Pequeñas rocas (100-200 mg) que se pueden fumar directamente.



Sal de hidruro de cocaína ($C_{17}H_{21}NO_4$):

Polvo blanco. Para poder ser inhalada se requiere que se mezcle con agua y bicarbonato sódico (o cualquier solución alcalina saturada caliente) para poder transformarse en una forma más densa que se solidifica y permite ser fumada.



La cantidad mínima para poder elaborar base libre a partir de cocaína en polvo es aproximadamente 0.4 gramos, a este proceso se le conoce como “cocinar la cocaína”. Requiere añadir una base libre como el amoníaco o el bicarbonato sódico (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2001).

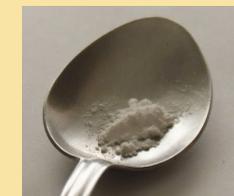
Proceso de transformación del clorhidrato en base libre:

MATERIAL NECESARIO:

- ▶ Clorhidrato de cocaína
- ▶ Bicarbonato
- ▶ Agua estéril
- ▶ Cuchara
- ▶ Papel secante per poder recoger la base



1. Depositar el clorhidrato en la cuchara



2. Añadir bicarbonato (relación 1:10)
3. Añadir agua estéril para crear la disolución.



4. Calentar la mezcla
5. Llegar a la ebullición de la mezcla.
6. Precipitación de la/s gota/s de aspecto oleoso.
7. Decantar la/s gota/s de la cuchara



8. Secar la/s gota/s con ayuda de un papel secante.
9. Solidificación de la/s gota/s de aceite en pequeñas rocas.



Inhalación de la base de cocaína:

Las personas que usan cocaína del CAS Baluard utilizan como parafernalia habitual pipas de creación propia que comportan riesgos asociados al propio consumo inhalado de cocaína.

Pipa de agua doméstica:

Botella reciclada de plástico, habitualmente de 25-33cl con agua en el interior. Se le perfora un orificio al lateral donde se añade un tubo para inhalar. Se extrae el tapón de la botella y en su lugar se fija un papel de aluminio con pequeños orificios que hacen función a filtro, aquí es donde se pone la sustancia y la ceniza que se consumirá.



Pipa de lata:

Lata de refresco con un poco de agua en el interior, en el cual se le realizan pequeñas perforaciones en un lateral que hacen función de filtro. En esta zona es donde se coloca la sustancia y se inhala por la boca de la lata.



Riesgos específicos asociados al uso de parafernalia doméstica en el consumo de base de cocaína vía inhalada:

- ▶ Cortes en las manos por la construcción del material.
- ▶ Cortes en los labios producidos por el material en mal estado.
- ▶ Inhalación de pintura, bacterias, plástico, amoníaco.
- ▶ Cortes y quemaduras en el dedo pulgar de la mano por fregue reiterado por la piedra de combustión.
- ▶ Quemaduras en los labios a causa de la llama.
- ▶ Quemaduras por la característica inflamable del amoníaco.
- ▶ Inhalación de vapor tóxico producido por el consumo de amoníaco.
- ▶ Transmisión de ETS por compartir material.
- ▶ Estigmatización social del consumidor por aspecto físico.

DESCRIPCIÓN DE LA PAUTA DE CONSUMO DE HEROÍNA INHALADA

Con el objetivo de comprender los riesgos que se derivan del consumo es importante describir las prácticas habituales. En la ciudad de Barcelona existen dos formas de adquisición de heroína, las dos formas tienen precios similares en el mercado negro de la ciudad (50-60 €/gramo):

Heroína Marrón:

La heroína marrón, o base de diamorfina, es el resultado de la primera etapa de la purificación de la diacetilmorfina impura. La heroína marrón es más fácil de producir que la heroína blanca y se quema a una temperatura más baja, por lo que es más fácil de fumar. Sin embargo, requiere la adición de un ácido (ya sea cítrico o ascórbico) para convertirse en soluble en agua y se pueda inyectar. Es más difícil de encontrar en las calles de Barcelona.



Heroína Blanca:

La heroína blanca, o clorhidrato de diamorfina, es la heroína más refinada en el mercado. El proceso de purificación implica la utilización de éter y ácido clorhídrico, haciendo que el procedimiento sea extremadamente peligroso debido a la naturaleza inflamable de los productos químicos utilizados. El resultado es una forma de sal pura y soluble en agua de la droga que se utiliza típicamente por vía intravenosa en lugar de que sea fumada debido a su mayor temperatura de combustión.



Uno de los principales problemas en la identificación de la heroína blanca es que no siempre es de color blanco; podría ser de color rosa, beige, marrón, o casi blanco, esto depende de los productos químicos utilizados para producirla. Es la heroína más encontrada por Barcelona.

En el CAS Baluard, las personas que inhalan heroína consumen habitualmente la heroína blanca debido a la disponibilidad del mercado ilegal en la ciudad de Barcelona. Independientemente del tipo de heroína ambas presentan la misma pauta de consumo utilizando un folio y un tubo de inhalación de aluminio. En este caso, aluminio sin plomo, permitiendo eliminar la mayor parte de riesgos asociados directamente al material empleado.

El principal objetivo del CAS Baluard es reducir el daño asociado al uso de sustancias psicoactivas. Como servicio, es importante seguir analizando nuestros objetivos, nuestros resultados y continuar promoviendo acciones de mejora que nos permitan ser un recurso pionero y orientado a la excelencia en cuanto a consumo inhalado. Con esta voluntad, se revisó el material para fumado de heroína, “la plata”. A partir de contactos realizados con otros espacios de inhalación (Sala de Bilbao, salas de Quebec, Alemania, Reino Unido), se pilotó el uso de hojas de aluminio diseñadas específicamente para el consumo de heroína, fabricadas por Exchange Supplies tools for harm reduction.

Riesgos para la salud asociados al consumo vía inhalada:

La infección del virus de la Hepatitis C (VHC) es un problema de salud pública asociado a la morbilidad, mortalidad y costes de la enfermedad. Muchas de las investigaciones se han centrado en el consumo inyectado como principal factor de riesgo de la transmisión (Folch, 2016) a pesar de que diferentes estudios epidemiológicos han identificado el consumo inhalado como potencial predictor del contagio de VHC, VIH y tuberculosis (Fischer, Powis, Cruz, Rudzinski, & Rehm, 2008; Porter and Bonilla, 1993; Story, Bothamley, and Hayward, 2008; Tortu et al., 2001, 2004) debido a las prácticas de riesgo asociadas como son compartir la parafernalia de consumo y las comportamientos sexuales de riesgo. Una investigación realizada con inhaladores reportó que estas prácticas de riesgo se centran principalmente en compartir la pieza de inhalación (Malchy, Bungay, and Johnson, 2008). Los factores que contribuyen a esta práctica son la falta de disponibilidad de parafernalia higiénica para el consumo inhalado (Leonard et al., 2008) y la desigualdad de recursos de reducción de daños que atiendan las necesidades específicas de este perfil de consumidor (Furst, Johnson, Dunlap, & Curtis, 1999; Mateu-Gelabert et al., 2005).

2. Población beneficiaria

	Población beneficiaria directa	Población beneficiaria indirecta
Número	398	2400
Descripción	El CAS Baluard atiende anualmente 2215 personas diferentes de las cuales 18% (n=398) utilizan principalmente la vía inhalada	El EMCDDA estimó en el 2016 que el número de consumidores vía inhalada de cocaína en España se situaba en torno a los 10.000 de los cuales el 24% (n=2400) utiliza principalmente la vía inhalada

3. Supuestos básicos/teoría

Según la definición de Lenton (1998) sobre la reducción del daño, la estrategia de distribución de parafernalia higiénica para el consumo vía inhalada que ha realizado el CAS

Baluard responde a una intervención de estas características debido a que: (1) el objetivo primario es la reducción del daño relacionado con las SPA más que el uso de drogas en sí; (2) incluye estrategias para reducir el daño de quienes continúan usando drogas y (3) reduce los daños asociados al uso de SPA. Además colabora en la reducción del estigma que recae sobre la población usuaria de SPA, aumenta la cobertura poblacional más allá de la persona inyectora y no se sitúa con criterio de abstinencia.

A nivel internacional hace más de una década que se inició la distribución de parafernalia para el consumo inhalado reportando una disminución del contagio de VHC entre los consumidores, mejoras de salud y disminución de la transición de la vía inhalada a la vía inyectada (Leonard, DeRubeis, and Birkett, 2006; Malchy, Bungay, Johnson, & Buxton, 2011). En el monográfico “The fast and furious - cocaine, amphetamines and harm reduction” (Rhodes, 2010) se recomienda que todos los países de la UE combinen esta estrategia con la distribución de parafernalia para el consumo inhalado como una herramienta preventiva esencial en la prevención del inicio del consumo inyectado.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Aumentar la capacidad de contacto y vinculación de las personas consumidoras vía inhalada de heroína y/o cocaína de la ciudad de Barcelona con el CAS Baluard.			
Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Específico 1 Aumentar el número de población consumidora vía inhalada a la red de salud y atención a las drogodependencias	Porcentaje de aumento de nuevos casos de consumidores vía inhalada atendidos en el CAS Baluard entre el 2012 y el 2015	Distribución de la nueva parafernalia higiénica en Espacio de Consumo Supervisado Inhalado para su uso externo al centro	En el año 2012, el número de consumidores vía inhalada atendidos/as en el CAS Baluard fue de 103 mientras que en el año 2015 el número fue de 398. Por lo que se ha triplicado la población atendida.
	Porcentaje de aumento de nuevos inicios de tratamiento de personas que utilizan la vía inhalada en el CAS Baluard entre el 2012 y el 2015	Workshops mensuales de educación sanitaria sobre riesgos de la salud asociados al consumo inhalado Formación del equipo profesional del CAS Baluard en consumo inhalado Participación y recogida de opinión de las personas inhaladoras	En el año 2012, el número de inicios de tratamiento de consumidores que utilizaban la vía inhalada fue de 6 mientras que el año 2015 el número fue de 29. Por lo que se ha cuadruplicado la población atendida.

Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Valorar la aceptabilidad y la intención de cambio de conducta tras la entrega del “kit crack” a las personas inhaladoras de crack vinculados al CAS Baluard	Grado de satisfacción reportado por la población consumidora de cocaína inhalada del CAS Baluard acerca de cada uno de los materiales entregados	<p>Testeo del kit de coca con un grupo piloto y administración de cuestionario pre/post permitiendo la valoración de intención de cambio de conducta.</p> <p>Focus groups con los/as participantes de la prueba piloto recogiendo sus opiniones y opciones de mejora de la parafernalia.</p> <p>Análisis de resultado e incorporación de todas las mejoras.</p> <p>Workshops sobre transformación del clorhidrato de cocaína en base de coca siguiendo estrategia bola de nieve.</p>	<p>El 100% de las personas consumidoras que utilizaron el kit de coca reportó máxima satisfacción (10 sobre escala de 10) en el global del kit. El material que reportó menor satisfacción fue la boquilla de inhalación. El resto de materiales presentaron propuesta de mejora pero las personas consumidoras reportaron alta satisfacción tras su utilización.</p>
	Empleabilidad reportada por las personas consumidoras de cocaína vía inhalada del CAS Baluard de cada uno de los materiales entregados en el kit de coca	<p>Distribución de la nueva parafernalia higiénica para el preparado y consumo vía inhalada de base de cocaína en el Espacio de Consumo Supervisado Inhalado del CAS Baluard y para su consumo externo al centro.</p>	<p>El 46% de los consumidores reportó no haber empleado el preservativo. El 90% reportó no haber empleado las boquillas a pesar que el 100% las considera indispensables. El 90% reportó no emplear la cuchara. El resto de materiales fueron empleados por todos los participantes.</p>
	Cambio en la intención de las conductas asociadas al consumo de cocaína inhalada reportada antes/después de recibir el kit de coca	<p>Encuesta de satisfacción y evaluación del kit de coca administrada a todas las personas consumidoras de base de cocaína vía inhalada atendidas en el CAS Baluard.</p>	<p>Se encontró que la distribución del kit es una estrategia útil para evitar el uso de amoníaco, sustituir la parafernalia doméstica.</p>

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Valorar los resultados de la distribución de aluminio sin plomo a la población consumidora de heroína vía inhalada vinculada al CAS Baluard.	Aumento del número de consumos de heroína inhalada registrados en el Espacio de Consumo Inhalado Supervisado del CAS Baluard entre el año 2012 y 2013	<p>Testeo de la nueva parafernalia con un grupo piloto y administración de un cuestionario pre/post permitiendo la valoración de intención de cambio de conducta.</p> <p>Focus groups con los/as participantes de la prueba piloto recogiendo sus opiniones y opciones de mejora de la parafernalia.</p>	<p>En el año 2012 se registraron 274 consumos vía inhalada en el Espacio de Consumo Inhalado Supervisado del CAS Baluard. Al siguiente año, tras la implantación del aluminio sin plomo, este mismo dato ascendió a 555 consumos. Suponiendo un aumento de más del 50%.</p>
	Aumento del número de hojas de aluminio para el consumo de heroína inhalada distribuido desde el PIJ del CAS Baluard entre el año 2012 y 2013	<p>Análisis de resultado e incorporación de todas las mejoras.</p> <p>Distribución de la nueva parafernalia higiénica para el consumo vía inhalada de heroína en el Espacio de Consumo Supervisado Inhalado del CAS Baluard y para su consumo externo al centro.</p>	<p>En el año 2012 se registraron 364 hojas de aluminio distribuidas desde el punto PIJ del CAS Baluard. Al siguiente año, tras la implantación del aluminio sin plomo, este mismo dato ascendió a 1.276 hojas de aluminio sin plomo. Suponiendo un aumento de más del 162%.</p>
	Grado de satisfacción reportado por las personas consumidoras de heroína inhalada del CAS Baluard después de utilizar el aluminio sin plomo	<p>Encuesta de satisfacción y evaluación del kit de coca administrada a todo el conjunto de consumidores de base de cocaína vía inhalada atendidos en el CAS Baluard.</p>	<p>El 100% de las personas consumidoras que utilizó el aluminio sin plomo reportó ser conocedora de que el nuevo material disminuye los riesgos para la salud. El 33% reportó que hasta la llegada del nuevo material no era conocedora de los riesgos para la salud del plomo.</p>

5. Programas de formación y materiales producidos

- ▶ “El consumo inhalado de heroína”. Sesión de formación a profesionales del CAS Baluard. 4 horas de duración.
- ▶ “La transformación del clorhidrato de cocaína a base”. Sesión de formación a profesionales del CAS Baluard. 4 horas de duración.
- ▶ Video tutorial “Cocinado de cocaína. Del clorhidrato a la base”. Creado por el equipo técnico del CAS Baluard para formar a consumidores y profesionales en el uso de bicarbonato, en lugar de amoníaco, en la transformación del clorhidrato de cocaína en base libre. Consulta disponible en: <https://vimeo.com/133730547>
- ▶ Workshop “Cocinero experto”. Sesión de formación técnica impartida a consumidores con posición estratégica dentro del grupo de iguales con el objetivo de complementar su conocimiento práctico sobre la transformación del clorhidrato de cocaína en base libre con conocimiento teórico. 2 horas de duración.
- ▶ Workshop “Cocina tu coca”. Sesión de formación impartida por consumidores diana a consumidores de cocaína vía inhalada que presentan dificultades en la transformación del clorhidrato de cocaína en base libre utilizando bicarbonato. 2 horas de duración con repetición mensual.

6. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso	% Asistencia formación profesional	100 % asistencia
	Nº difusión parafernalia	5 carteles en CAS Baluard
	% Asistencia personas kits entregados en segunda sesión	90%
Resultado	% Materiales aceptados	90% materiales aceptados
	% Materiales empleados	80% materiales empleados
	Intención cambio de conducta	Estadísticamente significativo
Impacto	Aumento del número de parafernalia distribuida	Aumento del 162%
	Aumento conocimientos sobre riesgos para la salud	Aumento del 100%
	Aumento del número de consumos	Aumento del 50%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados del trabajo demuestran que la distribución de parafernalia higiénica para el consumo inhalado puede ser útil para evitar el uso de amoníaco en la transformación del clorhidrato de cocaína en base, para sustituir la parafernalia doméstica por la higiénica y para evitar que se comparta la pipa de agua durante el consumo de base.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios realizados con poblaciones similares. Entre los resultados más evidentes del presente trabajo destaca que la mayoría de las personas desconoce los riesgos asociados a la inhalación de plomo durante el consumo de heroína, que se ha dado cobertura a la necesidad expresada por el 93% de la población consumidora sobre formación en la transformación de clorhidrato en base y a la necesidad de educación sanitaria sobre la transmisión horizontal de VHC y VIH en la compartición de los tubos de inhalación. La evaluación de la implantación de la parafernalia para el consumo inhalado de heroína refleja que la implantación fue un éxito tras aumentar simultáneamente el número de nuevos consumidores y el número de aluminios entregados. Por otro lado, a pesar de que la evidencia reporta alta prevalencia de prácticas de riesgo en las relaciones sexuales entre esta población, nuestros resultados reportaron que el 63% no practican relaciones sexuales durante y/o después del consumo.

Dada la calendarización del proyecto, no se pueden reportar todavía los resultados de la implantación de la parafernalia para el consumo de cocaína vía inhalada, siendo una limitación por lo tanto de la presentación de este documento. La evolución de la prevalencia de VIH y VHC entre la población diana se encuentra en fase de análisis, no pudiendo reportar aún los resultados.

Entre las limitaciones a destacar del presente trabajo se encuentra el propio diseño pre-post, ya que al no disponer de un grupo control resulta difícil determinar si los resultados pueden ser debidos a la adquisición de información desde otras fuentes. Otra limitación del trabajo es el número de pérdidas de seguimiento asociado a este perfil de población y la muestra no aleatorizada que provocan que los resultados no presenten posibilidad de comparación.

Hasta la fecha no se tiene constancia de que exista ninguna estrategia similar en el estado español. Por lo que la implantación de parafernalia higiénica en el consumo inhalado realizada por el CAS Baluard se convierte en un referente dentro de las

estrategias de reducción de daños que esperemos motive su instauración en otras partes del territorio. El presente proyecto ofrece una respuesta al problema de salud pública de reducir los nuevos casos de contagio de VHC/VIH dentro de la población consumidora de sustancias psicoactivas, así como una nueva estrategia en reducir el número de transiciones de la vía inhalada a la vía inyectada.

Valoración de la intervención como buena práctica

La evidencia científica sobre estrategias de implantación de parafernalia para el consumo higiénico sitúa como principal estrategia mantener las principales características de la parafernalia empleada con anterioridad por el consumidor con el objetivo de dar continuidad al ritual de consumo; siendo esencial que la persona simplemente deba adaptarse a unas nuevas condiciones de mayor higiene. Respetar este principio ha permitido que la aceptabilidad y utilidad de los nuevos materiales haya sido inmediata desde su implantación.

La población diana se ubicó como figura fundamental durante cada una de las etapas del proyecto, tanto a través del diseño como de la evaluación del material. En el caso de la transformación del clorhidrato a base libre de cocaína, además se aprovechó el conocimiento práctico de las personas consumidoras para empoderarlas como personal técnico formador dentro del grupo de iguales.

Las condiciones actuales del mercado ilegal de cocaína en Barcelona no permiten comparar la intervención con otras realizadas en otros territorios. Aun así, la implantación de parafernalia higiénica inhalada da respuesta a una necesidad en las políticas de reducción de daños de la ciudad, ofreciendo una intervención específica sobre un perfil de consumidor que hasta la fecha disponía de muy pocas prestaciones y quedaba ensombrecido por los riesgos sobre la salud del consumidor inyectado así como por la alta prevalencia de VIH asociado al consumo de sustancias psicoactivas vía endovenosa.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON:

Ester Aranda - Técnico CAS Baluard
tel. +34 93 342 68 92

REFERENCIAS

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Cocaine and "base/crack" Cocaine*.
- Fischer, B., Powis, J., Cruz, M. F., Rudzinski, K., & Rehm, J. (2008). Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 20(1), 29-32.
- Folch, Cinta. (2016). *Monitoratge Del VIH , VHC I de Les Conductes de Risc Associades En UDVP Reclutats En Centres de Reducció de Danys En Catalunya*. Barcelona.
- Furst, R. T., D. Johnson, B., Dunlap, E., & Curtis, R. (1999). The stigmatized image of the "crack head": a sociocultural exploration of a barrier to cocaine smoking among a cohort of youth in New York City. *Deviant Behavior*, 20(2), 153-181.
- GAT Grupo de Ativistas em Tratamentos. (2015). *Kit Base: Como Se Usa O Cachimbo?*
- Lenton, S., & Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.
- Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., Medd, E., Birkett, N., & Seto, J. (2008). "I inject less as I have easier access to pipes": Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 255-264.
- Leonard, Lynne, Emily DeRubeis, and N Birkett. (2006). City of Ottawa Public Health Safer Crack Use Initiative: Evaluation Report. *HIV and Hepatitis C Prevention Research Team* (October): 1-15.
- Malchy, L. A., Bungay, V., Johnson, J. L., & Buxton, J. (2011). Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits?. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 188-192.
- Malchy, Leslie, Vicky Bungay, and Joy Johnson. (2008). Documenting Practices and Perceptions of 'Safer' Crack Use: A Canadian Pilot Study. *International Journal of Drug Policy* 19(4): 339-41.
- Mateu-Gelabert, P., Maslow, C., Flom, P. L., Sandoval, M., Bolyard, M., & Friedman, S. R. (2005). Keeping it together: stigma, response, and perception of risk in relationships between drug injectors and crack smokers, and other community residents. *AIDS care*, 17(7), 802-813.
- Porter, J., and L. Bonilla. (1993). Crack Users' Cracked Lips: An Additional HIV Risk Factor" *American Journal of Public Health* 83(10): 1490-91.
- Rhodes, Tim. (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts, and Challenges*. EMCDDA.
- Story, Alistair, Graham Bothamley, and Andrew Hayward. (2008). Crack Cocaine and Infectious Tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases* 14(9): 1466-69.
- Terpan, Laboratoire. (2018). *Kit Base, New Tool for Risk Reduction*.

- Ti, L., Buxton, J., Wood, E., Shannon, K., Zhang, R., Montaner, J., & Kerr, T. (2012). Factors associated with difficulty accessing crack cocaine pipes in a Canadian setting. *Drug and alcohol review*, 31(7), 890-896.
- Tortu, Stephanie, James M. McMahon, Enrique R. Pouget, and Rahul Hamid. (2004). Sharing of Noninjection Drug-Use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C. *Substance Use and Misuse* 39(2): 211-24.
- Tortu, Stephanie, Alan Neaigus, James McMahon, and Debra Hagen. (2001). Hepatitis C among Noninjecting Drug Users: A Report. *Substance Use and Misuse* 36(4): 523-34.

CENTRO SANITARIO Y SALA DE CONSUMO

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

Nuestra finalidad es acompañar a la persona que consume en activo, dando respuesta a sus necesidades sociales y sanitarias actuales y motivando al cambio en aras de su inclusión social.

El recurso se concibe como una puerta efectiva de acceso y estación de paso conectada con otras ofertas de contenido social y/o sanitario de Bilbao y Bizkaia.

2. Metodología

El centro socio sanitario de atención a las adicciones (CeSSAA) es un dispositivo asistencial en el que las personas que usan drogas podrán consumirlas bajo supervisión sanitaria, utilizando materiales proporcionados por el centro.

Además del consumo supervisado, se ofertan intervenciones dirigidas a motivar el cambio y avanzar en el proceso de inserción social.

3. Resultados

- ▶ Desde el 2015 hemos atendido a 712 personas.
- ▶ Se han realizado dentro del centro 34.549 consumos supervisados.
- ▶ Hemos realizado acciones de inclusión social con 158 personas.
- ▶ 197 atenciones sanitarias urgentes.
- ▶ 20.908 intercambios de jeringuillas.
- ▶ 387 citas psicológicas.
- ▶ 968 citas educativas.
- ▶ 159 citas médicas.

4. Discusión/Conclusión

Los datos anteriores demuestran la necesidad y pertinencia de un recurso de

estas características:

- ▶ Por su impacto en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, consumidoras en activo.
- ▶ Por la evitación de incidencias sanitarias de carácter urgente.
- ▶ Por el acceso efectivo a recursos sociales y sanitarios desde un centro de baja exigencia y que atiende a personas en exclusión o riesgo de exclusión social.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

Tras conocer la decisión del anterior gestor (Médicos del Mundo) de la sala de consumo supervisado de cerrar el recurso se propuso un nuevo proyecto con un nuevo enfoque para mantener dicha sala abierta.

Se trata de un proyecto diseñado a partir de la experiencia acumulada en los 11 años de funcionamiento de la Sala de Consumo Supervisado con el anterior gestor; los resultados de un estudio sobre necesidades y perfiles de las personas usuarias de nuestro servicio realizado por el Ayuntamiento de Bilbao; los objetivos y necesidades de las administraciones implicadas (Ayuntamiento de Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia y el Gobierno Vasco) y con la colaboración de una entidad social experta en adicciones como es La Fundación Gizakia.

2. Población beneficiaria

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	712	
Descripción	Personas Usuarías en consumo activo	

3. Supuestos básicos/teoría

El uso de salas de consumo supervisado de drogas se asocia al abandono de conductas de riesgo en el consumo de drogas inyectables, como el uso compartido de jeringuilla. Con esto se reducen conductas que aumentan el riesgo de transmisión

del VIH y muertes por sobredosis (p. ej., Kimber y cols., 2010).

Se han obtenido algunos datos de estudios ecológicos que sugieren que, cuando la cobertura es adecuada, las salas de consumo higiénico de droga pueden contribuir a reducir la mortalidad relacionada con las drogas en toda una ciudad (Salmon, Van Beek, Amin, Kaldor, & Maher, 2010).

Además, el uso de salas de consumo higiénico se asocia a un aumento de la administración de tratamientos de desintoxicación y de drogodependencias, incluido el tratamiento de sustitución de opioides. Por ejemplo, en el estudio de la cohorte canadiense se demostró que el uso de la sala de Vancouver se asociaba a unas tasas más elevadas de derivación a centros de tratamiento de drogodependencias y a un aumento de las tasas de aceptación de tratamiento de desintoxicación y mantenimiento con metadona (De Beck y cols., 2011).

Los hallazgos sugieren que las salas supervisadas de inhalación ofrecen la posibilidad de reducir la agitación en la calle y los enfrentamientos con la policía (DeBeck y cols., 2011).

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados 2017

Objetivo General: Acompañar a la persona consumidora en activo, dando respuesta a sus necesidades sociales y sanitarias actuales y motivando al cambio en aras de su inclusión social.

Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Facilitar un espacio de consumo supervisado.	Nº de usos	Sala de fumado	5.428 usos
	Nº de usos	Sala de venopunción	5.276 usos
Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles.	Nº de intercambios	Intercambio de materiales (PIJ)	1.936, entregando 6.190 jeringuillas
	Nº de entregas	Suministro de materiales consumo higiénico (papel de plata sin plomo)	1.142
	Nº talleres	Talleres de reducción de daños	102

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Prevenir y atender las sobredosis.	Nº de actuaciones	Atención de sobredosis y reacciones adversas	60 actuaciones
	Nº de análisis	Análisis de sustancias (coord. con Laboratorio Farmacia UPV)	71 análisis
Objetivo Específico 4	Indicadores E4	Actividades E4	Resultados E4
Reducir el consumo en la vía pública.	Nº de salidas	Educación de calle para captación de personas usuarias	47 salidas
Objetivo Específico 5	Indicadores E5	Actividades E5	Resultados E5
Realizar actividades de educación y cuidado de la salud.	Nº derivaciones/coordinaciones	Acompañamiento y coordinación con los recursos de Salud	20
	Nº intervenciones	Cuidados básicos de enfermería	96
	Nº citas medicas	Valoración medica	36
Objetivo Específico 6	Indicadores E6	Actividades E6	Resultados E6
Motivar para el cambio. Inicio de procesos de avance hacia otros recursos.	Nº de intervenciones	Intervención psicosocial	126
	Nº de intervenciones	Intervención socioeducativa	235
	Nº derivaciones/coordinaciones sociales	Acompañamiento a recursos SSB o SSE para inicio o avance de procesos de inserción.	27
Objetivo Específico 7	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Sinergia y coordinación de las intervenciones.	Nº reuniones	Mesa de coordinación y seguimiento con recursos RR.DD.	3 reuniones

5. Programas de formación y materiales producidos

Acogemos alumnos de prácticas de:

- ▶ Máster de drogodependencias impartido por la universidad de Deusto (Bilbao).
- ▶ Grado de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao).
- ▶ Realizan visitas a nuestro centro los alumnos de integración social del CIFP Tartanga LHII.

6. Evaluación

Proceso de Evaluación	Medición y seguimiento de indicadores (Cuadro de Mando).
	Elaboración de informes mensuales / anuales a medida para cada administración.
	Memoria Anual de actividades y resultados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Podemos afirmar que el CeSSAA (Centro Socio Sanitario de Atención a las Adicciones) es un **PROYECTO INNOVADOR**:

- ▶ En una definición compartida con Gobierno Vasco, Diputación Foral de Bizkaia y Ayuntamiento de Bilbao.
- ▶ En el diseño y acondicionamiento del espacio físico.
- ▶ Partiendo de la baja exigencia, pero sin renunciar a avances posibles en la inclusión de las personas adictas.

CON INCIDENCIA EN LA COMUNIDAD, cuya puesta en marcha ha contado con la participación de:

- ▶ Las tres Administraciones implicadas.
- ▶ ABD Barcelona, también miembro de la UNAD (estos recursos solo existen en Barcelona y Bilbao).
- ▶ Coordinadora de Grupos de Bilbao La Vieja, San Francisco y Zabala (Asociaciones de Vecinos de Bilbao).
- ▶ Constitución de una Mesa estable de coordinación de las entidades de Re-

ducción de Daños de Bilbao.

- ▶ Con impacto notable en medios de comunicación.

Se trata de un **RECURSO “DE FRONTERA” QUE BUSCA SER UN “TRAMPOLÍN”** hacia la inclusión social.

RECOMENDACIONES DE FUTURO:

- ▶ Hemos iniciado un Proyecto en la Mesa de Reducción de Daños sobre la medición del grado de avance de las personas de nuestros recursos en su proceso de inclusión.
- ▶ De acuerdo con la ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017 – 2024, habría que explorar la posibilidad de “Ampliar la oferta y cobertura de los programas de prevención de sobredosis con inclusión de la prescripción y entrega de naloxona a los consumidores de opiáceos...”.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON:

Rafael Cortes Moroy - Responsable del Área de Adicciones. Fundación Gizakia
tel. +34 944 471 033

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., ... & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and alcohol dependence*, 113(2-3), 172-176.
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness, in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No.10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 115-63.
- Salmon, A. M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, *Australia. Addiction*, 105(4), 676-683.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

El aumento de la mortalidad por sobredosis de opiáceos y de la tasa de incidencia de VIH que se produjo durante las últimas décadas del siglo XX en países occidentales, especialmente España, demostró que las estrategias convencionales de abordaje del uso de Sustancias Psicoactivas (SPA) no estaban respondiendo a la problemática de salud pública existente.

En el año 2004 se abrió el CAS Baluard, el primer centro de reducción de daños integrado en la ciudad de Barcelona que incluía Sala de Consumo Supervisado Inyectado (SCS). En el año 2010 se añadió a su cartera de servicios la Sala de Consumo Supervisado Inhalado.

2. Metodología

Evaluación cuantitativa de los primeros 10 años de funcionamiento de las SCS del CAS Baluard utilizando indicadores estandarizados. La población de estudio son las personas usuarias de la vía inyectada y/o de la vía inhalada vinculadas al CAS Baluard.

3. Resultados

Se encontró que la implementación las SCS ha supuesto un impacto de salud pública logrando una disminución del 81% del número de parafernalia abandonada en la vía pública, reducción de un 50,4% de la mortalidad por sobredosis en personas usuarias que utilizan la vía parenteral (UDVP) y una disminución del 84,7% de nuevos contagios de VIH entre UDVP.

4. Discusión/Conclusión

La implementación de SCS es efectiva y reduce el estigma que recae sobre las personas

que utilizan SPA. Se alienta a los responsables de las administraciones a que incluyan las SCS en su cartera básica de servicios de atención a las drogodependencias.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

Durante finales del siglo XX, las principales ciudades del mundo experimentaron un aumento tanto de la tasa de infección de VIH relacionado con el uso de sustancias psicoactivas (SPA) vía inyectada como del número de sobredosis letales, convirtiéndose también en problemas importantes las infecciones por inyección no estéril y el abandono de material contaminado en la vía pública (Des Jarlias et al. 1996; Kerr et al. 2005). En un esfuerzo por reducir los impactos del uso de la vía parenteral, algunas ciudades como Berne (Suiza), Vancouver (Canadá), Ámsterdam (Holanda) o Berlín (Alemania) establecieron las primeras Salas de Consumo Supervisado (SCS).

En España, las primeras SCS aparecen al inicio de la década del 2000 en Madrid, Bilbao y Barcelona, como a respuesta al consumo masivo en espacios abiertos localizados en barrios de bajas condiciones socioeconómicas (Creu Roja a Catalunya 2007). En el año 2004, la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) reforzó los espacios de consumo supervisado de Barcelona apostando por un modelo integral de atención a las drogodependencias, liderado por la apertura del CAS Baluard en el centro de la ciudad (Vecino et al. 2013).

En el año 2010 el CAS Baluard ponía en marcha la primera SCS de consumo inhalado/fumado de Barcelona que mantiene su actividad hasta la fecha de hoy.

2. Población beneficiaria

	Población beneficiaria directa	Población beneficiaria indirecta
Número	1.290 personas	6.483 personas
Descripción	Media anual del número de personas que utilizan las salas de consumo supervisado del CAS Baluard	Media anual del número de personas que reciben tratamiento por trastorno de abuso de sustancias en la ciudad de Barcelona

3. Supuestos básicos/teoría

Las controversias políticas y sociales que surgen en torno a la creación o ampliación de las Salas de Consumo Supervisado son una constante en la mayoría de los territorios. En el año 2004 se realizó la primera evaluación de una SCS, ubicada en Vancouver (Canadá). Los resultados concluyeron que las estrategias convencionales aplicadas en el abordaje de las drogodependencias no estaban respondiendo a la problemática de salud pública existente (consumo público de SPA, sobredosis letales, incidencia de enfermedades transmisibles y baja captación y adherencia de usuarios de SPA a servicios de salud y tratamiento) y señalaban la implementación de las SCS como propuesta efectiva para reducir los daños de salud y sociales de las personas que usan SPA (Wood et al. 2004). Actualmente, Europa dispone de más de 80 SCS operativas.

La eficacia de las SCS se ha demostrado ampliamente dando respuesta a problemáticas de salud pública y también para (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2016):

- ▶ Contactar y mantener el contacto con poblaciones altamente marginadas.
- ▶ Abandono de conductas de riesgo en el uso de SPA inyectadas.
- ▶ Reducción de las conductas de riesgo de transmisión de VIH/VHC.
- ▶ Disminución del número de sobredosis.
- ▶ Reducción de la mortalidad relacionada con las SPA en toda la ciudad.
- ▶ Aumento de la administración de tratamientos de desintoxicación y drogodependencias.
- ▶ Disminución del número de jeringuillas abandonadas.
- ▶ Reducción de los conflictos entre las personas que usan SPA y las fuerzas del orden.
- ▶ Identificación temprana de tendencias nuevas y emergentes entre las poblaciones de alto riesgo que utilizan estos servicios.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General:			
Objetivo Específico 1 Reducción del número de jeringuillas utilizadas abandonadas en la vía pública.	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
	Numero de consumos supervisados	Educación sanitaria en daños asociados a comportamientos de riesgo Intervención socioeducativa sobre daños comunitarios en el abandono de jeringuillas en vía pública	Disminución del 81% de jeringuillas abandonadas anualmente en la vía pública entre el año 2004 (n=9500) y el año 2016 (n=1800)
	Numero de personas diferentes que consumen en la SCS		
	Número de jeringuillas utilizadas por persona en la SCS		
Número de jeringuillas retiradas de la vía pública			
Objetivo Específico 2 Reducción de las muertes por sobredosis	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
	Número de sobredosis atendidas en la SCS	Programa de prevención de sobredosis	Disminución del 50,4% de la mortalidad por sobredosis de la ciudad de Barcelona entre el año 2004 (n=75) y el año 2016 (n=38)
	Número de intoxicaciones derivadas a servicio de urgencias hospitalarias	Educación sanitaria en inyección higiénica y en comportamientos de riesgos	
	Número de consumos supervisados		
Número de sobredosis atendidas fuera de la SCS			
Objetivo Específico 3 Reducción de nuevos contagios de VIH de personas que utilizan la vía inyectada	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
	Número de pruebas de VIH realizadas	Promoción de la prueba del VIH. Aumento de la cobertura.	Disminución del 84,7% de nuevos contagios de VIH en personas que utilizan la vía inyectada entre el año 2006 (n=98) y el año 2015 (n=15)
	Número de personas usuarias en seguimiento en Enf. Infecciosas hospitalarias		
	Número de consumos higiénicos	Workshop VIH con personas usuarias que utilizan la vía inyectada	
	Número de consumos que requieren asistencia	Formación en counselling VIH al equipo profesional del CAS Baluard	

5. Programas de formación y materiales producidos

- ▶ Formación a todos los equipos profesionales del CAS Baluard en counselling y pruebas rápidas de VIH/VHC.
- ▶ Formación a todos los equipos profesionales del CAS Baluard en atención y prevención de sobredosis de opiáceos.
- ▶ Formación a personas que usan SPA por vía inyectada de los riesgos para la salud asociados a comportamientos.
- ▶ Establecimiento de protocolo específico de atención y acompañamiento del consumo de mujeres embarazadas.
- ▶ Formación a todo el equipo profesional en sustancias, farmacología, pauta de consumo y riesgos asociados del consumo inhalado.
- ▶ Mejora de la parafernalia higiénica distribuida en la SCS inhalada y ampliación de tipología de materiales distribuidos.
- ▶ Formación específica a todos los usuarios en consumo de metanfetamina. Energy Control.
- ▶ Diseño, ejecución y evaluación de talleres de recogida de jeringuillas en vía pública con personas usuarias del CAS Baluard.

6. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso	Numero de servicios informados de la presencia SCS	100% centros de Reducción de Daños 100% centros atención primaria barrio 100% centros servicios sociales barrio 100% equipos de intervención comunitaria barrio
	Número de personas que usan SPA contactadas en vía pública derivados a la SCS	Media anual de 250 hombres y 37 mujeres
	Número de personas usuarias de CAS Baluard informadas de las prestaciones de la SCS	100% personas usuarias del CAS Baluard son informadas durante el proceso de acogida del funcionamiento y normativa de las SCS

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Resultado	Número de consumos realizados en SCS	4.718 consumos inhalados (media anual) 17.030 consumos inyectados (media anual)
	Número de personas usuarias diferentes que utilizan la SCS	868 personas usuarias diferentes vía inyectada (media anual) 422 personas usuarias diferentes vía inhalada (media anual)
	Número de sobredosis atendidas en la SCS	20 sobredosis atendidas (media anual)
	Número de pruebas de VIH/VHC realizadas	Aumento del 330% de pruebas rápidas VIH/VHC entre el año 2004 y el año 2016
Impacto	Mortalidad por sobredosis en la ciudad	Disminución del 50,4% de la mortalidad por sobredosis de la ciudad de Barcelona entre el año 2004 (n=75) y el año 2016 (n=38)
	Número de jeringuillas recogidas en la vía pública	Disminución del 81% de jeringuillas abandonadas anualmente en la vía pública entre el año 2004 (n=9.500) y el año 2016 (n=1.800)
	Incidencia VIH/VHC de la ciudad	Disminución del 84,7% de nuevos contagios de VIH en personas que utilizan la vía inyectada entre el año 2006 (n=98) y el año 2015 (n=15)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La apuesta por implementar Salas de Consumo Supervisado sigue siendo tarea compleja para los dirigentes políticos por la controversia social que suponen. Aún y así, la exposición de esta buena práctica demuestra que se trata de una intervención efectiva en términos de salud pública, genera beneficios en la salud y calidad de vida de las personas que usan SPA y mejora la convivencia comunitaria.

Se debe tener en cuenta el contexto de uso de SPA de cada territorio y adaptar la Sala de Consumo Supervisado al tipo de población y a sus necesidades. No se deberían centrar los esfuerzos exclusivamente en los espacios de inyección higiénica y tener presente también a los espacios de inhalación, no solo como atención a la pauta de consumo sino también como medida preventiva de la transición de la vía inhalada a la vía inyectada.

A pesar que actualmente solo 9 países disponen de estos dispositivos, debe valorarse que en aquellos territorios donde se han implementado, las Salas de Consumo Supervisado se han consolidado como programas indispensables en la atención y tratamiento de la población que usa SPA. Se recomienda a los organismos responsables y administraciones la inserción de este tipo de dispositivos como puerta de entrada al tratamiento, ya que respetan los derechos de las personas que usan SPA y disminuyen el estigma que recae sobre ellas.

Finalmente, se recomienda que las personas que usan SPA sean incluidas en el proceso de diseño, desarrollo y evaluación de las Salas de Consumo Supervisado, solo así se puede garantizar que su funcionamiento sea óptimo y adaptado a la realidad.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON:

Ester Aranda - Técnico. CAS Baluard

email. earanda@abd-ong.org - tel. +34 93 342 68 92

REFERENCIAS

- Des Jarlais, D. C., Hagan, H., Friedman, S. R., Friedmann, P., Goldberg, D., Frischer, M., ... & Ross, M. (1995). Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *Jama*, 274(15), 1226-1231.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). Salas de Consumo Supervisado de Droga: Una Visión General de *Los Servicios Prestados Y Los Datos Disponibles*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la UE.
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., Lai, C., ... & Tyndall, M. W. (2004). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27(1), 62-66.
- Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., Espelt, A., Bartroli, M., Castellano, Y., & Brugal, M. T. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25(4), 333-338.
- Wood, E., Kerr, T., Montaner, J. S., Strathdee, S. A., Wodak, A., Hankins, C. A., ... & Tyndall, M. W. (2004). Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *The Lancet infectious diseases*, 4(5), 301-306.

SERVICIO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA MUJERES

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

Metzineres. Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias es el primer programa integral de reducción de daños exclusivo para mujeres desde Cataluña. Con alcances holísticos e individualizados a la medida de las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles de entrada directa e inmediata según sus expectativas, inquietudes, curiosidades, intereses y necesidades. A través de un modelo innovador y atrevido de intervenciones de base, desplegado en Entornos de Cobijo, es sostenido por estrategias comunitarias ancladas en derechos humanos y transversalidad de género, que prueban ser fiables, pragmáticas, costo-efectivas, donde toda mujer es protagonista.

2. Metodología

Entornos de Cobijo.

Entorno de Cobijo se concibe como algo de márgenes indeterminados, independiente aunque interactuando entre sí, fluyendo en juntas pluridimensionales. Las MUDSV (Mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias) podrán formar parte de uno o varios Entornos y deambularse en virtud de sus propias circunstancias y ambivalencias sobre facultades subjetivas. Esta maleabilidad acopla demandas de bienestar, mutables grados de implicación y encomienda de acompañamiento, tratando de mitigar posibilidades de fracaso para evitar revictimización o traumatización secundaria.

De momento. Entorno de cura, formación y recuperación

De Momento está abierto a todas las MUDSV, con una refrescante agenda de actividades formativas, ocupacionales, culturales y de ocio. Facilitando necesidades básicas, brindando atención sociosanitaria y extendiendo una amplia gama de opciones de autocura, vínculos de confianza, intercambio de saberes, autodefensa, solidaridad y apoyo mutuo, mientras se busca animar pericia técnica e incidencia política.

La osada. Entorno productivo

La Osada promueve mérito profesional, emprendeduría y oportunidades de trabajo satisfactorias para MUDSV que encaran mercados laborales obstaculizantes, estimula empleabilidad con ingresos regulares estables, y potencia habilidades, impulsa autosuficiencia, inspira crecimiento personal.

La cubierta. Entorno residencial

La Cubierta se convierte en vivienda segura que convida serenidad, intimidad, descanso y protección para MUDSV en situación de sin hogar o que han tenido que abandonar el domicilio, tendiendo a su voluntad todo un abanico de elementos terapéuticos para propiciar estabilidad.

3. Resultados

Diversas agencias gubernamentales tanto de la Generalidad de Cataluña como del Ayuntamiento de Barcelona han admitido abiertamente la fundamental relevancia de Metzineres, su carácter innovador e irremplazable misión. Ha sido reconocida como buena práctica por Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones-RIOD, Bizitegi, Avant, y cada vez tiene mayor magnitud a nivel estatal e internacional, requiriéndose su presencia en varios eventos de difusión científica, formación y sensibilización, así como convenios colaborativos de prácticas para estudiantes de Maestría y Posgrado de la Universidad Autónoma de Barcelona

4. Discusión/Conclusión

La trascendencia de alrededor de 40 acompañamientos diarios asumidos por Metzineres, comprometiéndose a reconfortar el bienestar de las más de 140 mujeres atendidas actualmente, ha demostrado después de tan solo un año de implementación extraordinarios resultados, sobrepasando las mejores expectativas de éxito.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

Las Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias (MUDSV) difícilmente entran o se adhieren a los sistemas de atención socio-sanitaria. Falta de opciones óptimas, ubicuas barreras de acceso e inherentes vacíos institucionales exacerban mecanismos de control, desigualdades, injusticia social y exclusión, también con arraigo en prejuicio, estigma y discriminación, que a su vez siguen manufacturando negación

de sus derechos. Metzineres da la bienvenida a todas las mujeres que se sienten apeladas, tramando y adaptando respuestas compasivas a sus realidades complejas y cambiantes, sin importar cómo cada quien maneja el consumo o experiencia violencias.

No pretendiendo enunciar un listado exhaustivo ni excluyente, se hace énfasis en llegar a mujeres con múltiples, simultáneas e interconectadas variables sociales que posicionan su existencia: sinhogarismo, joven, adulta mayor, diversidad funcional, migrada, LGTBQ+, trabajo sexual y/o sexo por supervivencia, encarcelamiento, trastornos de salud física y/o mental.

2. Población beneficiaria

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	140	No existen datos actualizados del número total de mujeres usuarias de los centros de reducción de daños de Barcelona. El último estudio que nos muestra datos segregados por sexo, llega a 128 mujeres que se habían inyectado droga en los últimos meses usuarias de los centros de reducción de daños de Catalunya
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> -84% presenta problemática asociada al consumo de drogas -51% Sin techo y el 80% sin hogar -64% diagnóstico de salud mental -64% Encarcelamiento: -Trabajo sexual: 28 de 96 (29%), Sexo por supervivencia 41 de 95 (43%) -VIH: 19 de 52 (36%) Hep C: 27 de 45 (55%). Coinfección: 16 de 50 (32%) -Migrada: 52 de 126 (41%). -Situación administrativa irregular: 19 de 111 (17%) - LGTBQ+: 22 de 105 (20%) - Racializada: 19 de 126 (15%) - Diversidad funcional: 8 de 120 (6,%) 	Metzineres da cabida a todas las mujeres que tienen o han tenido problemas relacionados con drogas, en situación de vulnerabilidad de Barcelona, entendiendo que todas ellas son supervivientes a múltiples e interrelacionadas situaciones de violencia. Sea el que sea su momento en la trayectoria de consumo y su relación con contextos de violencia.

3. Supuestos básicos/teoría

Espectro Completo de Reducción de Daños: Se plantea un modelo inclusivo capaz de responder a todas las situaciones donde hay riesgos potenciales o daños relacionados a drogas, uso de drogas y las políticas públicas que pretenden regularles, en un escenario global de gran complejidad y diversidad, donde toda la estructura o modelo fijo es limitante a la hora de interactuar de manera efectiva.

Feminismo inclusivo: Asuntos relativos a la especificidad de mujeres y poblaciones no conformes con el biformismo sexual a menudo no son priorizados por parte de la salud pública. Afrontarlos, mientras se lucha contra la desigualdad y por el empoderamiento, otorgando valor a sus experiencias y mejora a su bienestar, reta no solamente a dar voz a las mujeres, replantear el rol del equipo de intervención, cómo se reproducen relaciones de poder y reconocer los efectos en lo que se pretende abordar.

Transdisciplinariedad: Reconocer que el abordaje de asuntos de salud es más efectivo cuando aquellos sectores implicados trascienden las propias disciplinas en sintetizar el conocimiento sobre el problema para poder entenderlo plenamente como un sistema dinámico complejo. Implica difuminar las fronteras entre disciplinas mediante la innovación conceptual y de marcos metodológicos para conseguir un conocimiento más profundo.

Marco de alianza: Mujeres con experiencia profesional y mujeres con experiencia vivencial se unen para dar respuesta a la complejidad del fenómeno. Para profesionales implica tomar responsabilidad de su situación privilegiada y de poder; para las que aportan experiencia vital de consumo de drogas el reto radica en romper con la lógica asistencialista asumiendo las responsabilidades derivadas de participar de forma plena.

Trabajo de iguales: Incorporar personas que usan drogas en el diseño, la implementación y la evaluación de las iniciativas de las que son usuarias no sólo las beneficia a ellas, también son muchas las ventajas para los propios servicios. Son expertas en sus propias necesidades y prácticas, conocen las dinámicas del consumo así como los diferentes servicios de atención y aportan información particular y específica indispensable para la adecuación y efectividad de las actuaciones y programas de atención.

Primero la Vivienda: El modelo Primero la Vivienda ha demostrado muy buenos resultados en cuanto a estabilidad, restablecimiento de vínculos familiares y sociales, inte-

gración comunitaria y mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.

Cuidado Informado en el Trauma: Los sistemas y servicios informados en el trauma tienen en cuenta la influencia del trauma y las violencias en la salud de las mujeres, entienden los síntomas relacionados y procuran asumir e integrar estos conocimientos en todos los aspectos de la implementación de los servicios, su política y organización.

Atención Plena: ayuda a las personas a encontrar otra manera de relacionarse y aceptar sus experiencias positivas y negativas, a través de rebajar su ansiedad, reducir la intensidad emocional y motivar a la autodeterminación.

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivos Generales:

- ▶ Procurar abordajes centrados en las mujeres, fundamentados en libertad de (re)definición por parte de las MUDSV, asiduamente alentando autonomía, empoderamiento y mejora de bienestar físico, emocional y psicológico.
- ▶ Expandir abastecimiento de excelencia en las diferentes redes de atención minimizando cualesquiera barreras dadas, mediante recursos y servicios diversificados, comprensivos, apropiados, asequibles, de fácil navegación y alta calidad para MUDSV.
- ▶ Respaldar a las MUDSV como interlocutoras esenciales en influir establecimiento, desarrollo o transformación de políticas públicas y eventuales actuaciones que, de manera directa o indirecta, puedan condicionar sus recorridos vitales.
- ▶ Disminuir prejuicio, estigma y discriminación contra personas en trayectorias de uso de drogas, específicamente MUDSV, perseverando por hacer efectivos sus derechos.

Objetivo Específico 1 DE MOMENTO. Entorno de cura, formación y recuperación	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Ofrecer una gama de opciones de autocuidado, creación de vínculos de confianza, autodefensa, solidaridad y apoyo mutuo. Paralelamente se busca potenciar la incidencia técnica y política de las MUDSV.	Adhesión de MUDSV a un circuito de actividades Adhesión de MUDSV a un circuito de actividades	Talleres semanales de fotografía, danza, teatro, grafiti, cosmética natural, así como salidas culturales y actuaciones comunitarias	80 mujeres que participan de manera habitual en algunas de las actividades que se realizan de lunes a domingo. 3 Mujer cumpliendo medida alternativa al encarcelamiento
	Cobertura de las necesidades básica.	Comida caliente y complemento alimentario, diario, duchas, lavadoras, internet y teléfono, transporte	Alrededor de 40 mujeres atendidas diariamente
	Dotar de atención socio sanitaria con la incorporación de servicio médico, trabajo social y educativo.	Atención médica, sanitaria y social de lunes a viernes de 13 a 20.30h	140 mujeres acompañadas por Metzineres,
	Capacitar a mujeres con habilidades comunicativas y/o de acompañamiento como mujeres impulsoras de Reducción de Daños	Curso semanal de formación a Mujeres Impulsoras de Reducción de Daños (DIRD por sus siglas en catalán).	1 mujer contratada por Metzineres 1 Mujer colaboradora Alrededor de 10 mujeres participando de la gestión diaria y ofreciendo acompañamiento, de manera voluntaria

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1	
Específico 2 LA CUBIERTA. Entorno residencial Crear una alternativa de estabilidad que garantice intimidad, posibilidades de descanso y protección a MUDSV, en situación de sin hogar.	Estabilización de la vivienda	Atención integral a la gestión y cuidado de la vivienda y alimentación. Ofreciendo transporte y acompañamiento sociosanitario	3 plazas para mujeres 3 mujer acogidas 1 mujer con alta terapéutica	
		Desintoxicación y tratamiento	Desintoxicación en piso de transición	1 Desintoxicación y tratamiento
			Derivación y acompañamiento a tratamiento ambulatorio y Programa de Mantenimiento con Metadona	6 Derivaciones a desintoxicación hospitalaria 2 Derivaciones a Comunidad Terapéutica
	Derivación a comunidad terapéutica			
	Inserción laboral	Derivación a servicios municipales de inserción laboral	1 Incorporación al mercado laboral	
		Apoyo a la búsqueda autónoma de trabajo	2 Incorporaciones a programas de inserción laboral	
		Acompañamiento a la auto ocupación	1 Producción propia	

Objetivo	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Específico 3 LA OSADA. Entorno productivo Dar oportunidades laborales y crecimiento profesional a mujeres que encaran fuertes barreras para entrar en el mercado de trabajo por falta de experiencia y de formación académica	Impulso de lugares de trabajo flexibles, adecuados a las necesidades, expectativas, inquietudes y capacidades de las MUDSV, que se adapten a sus horarios y habilidades.	Incorporación de DIRD en el equipo de Metzineres	1 DIRD contratada en el equipo de Metzineres. 1 DIRD colaboradora 4 DIRD voluntarias
		Impacto en las redes consolidadas de economía solidaria de Cataluña con iniciativas feministas productivas, que fomenten el cuidado, la participación y empoderamiento mediante la provisión de productos de calidad y comercio justo.	Diseño y venta de Merchandising Participación en ferias, muestra de entidades y mercados de economía comunitaria, social y soiidariaa

5. Programas de formación y materiales producidos

Programas de formación:

- Curso semanal de DIRD. Mujeres Impulsoras de Reducción de Daños para mujeres participantes de Metzineres, entre las temáticas que se abordan:

- ▶ Principios de la reducción de daños
- ▶ Prevención y atención de sobredosis
- ▶ Abordaje de las violencias machistas
- ▶ Salud Sexual y reproductiva
- ▶ Resolución de conflictos

- Jornadas de difusión científica y formación a profesionales:

- ▶ XLV Jornada Nacional Sociodrogalcohol. Toledo del 8 al 10 de marzo de 2018
- ▶ Buenas prácticas de acompañamiento a mujeres en situación de exclusión social. Bilbao. Universidad de Deusto, 1 de junio 2018
- ▶ Jornada Técnica Adicción y Violencia de Género, organizada por la Asociación Avant. Valencia, 26 de junio 2018.
- ▶ XIV Jornada Anual Drogues i gènere: En quin punt del camí som? organizada por la Federació Catalana de Drogodependències. Barcelona, 9 de noviembre 2018.
- ▶ 4th European Harm Reduction Conference. Bucarest del 21 a 23 de noviembre 2018

Materiales producidos:

Todos los materiales producidos desde Metzineres, tienen como finalidad luchar contra el estigma de las mujeres que usan drogas, así como difundir su modelo de abordaje dónde ellas son protagonistas:

- ▶ web: metzineres.org
- ▶ Fanzine: Metzine
- ▶ Postales producto del taller semanal de fotografía: CLICK!
- ▶ Línea de ropa en alianza con Continental Clothing y Embrutafils
- ▶ Cartelismo con la Imprenta Colectiva de Can Batlló
- ▶ Imanes y pegatinas con ilustraciones inspiradas en el día a día de Metzineres realizadas por diferentes artistas de prestigio
- ▶ Intervenciones artísticas comunitarias con The Hate Lovers, colectivo de graffiteras feministas

6. Evaluación

Planificación, Seguimiento y Evaluación

La responsabilidad de originar información genuina, y actualizada sobre MUDSV asigna esfuerzos participativos para dotarse de instrumentos de investigación no intrusivos, respetuosos de intimidad, confidencialidad y anonimato. Aplicarlos como proceso rutinario, más que de manera finalista, permite conocer disponibilidad, cobertura, calidad y relevancia de las intervenciones, realizar una revisión rigurosa y tomar decisiones pragmáticas para reconfigurar constantemente Metzineres a coyunturas y poblaciones en las que quiere repercutir.

Tipo de Evaluación	Resultados
Proceso	<p>La acogida en Metzineres cuida el derecho a privacidad de las MUDSV. Evita prerrequisito de una entrevista inicial para apreciar experiencias íntimas, tales como prácticas de consumo, estados de salud física, emocional y psicológica; o vínculos sociales, familiares y sentimentales. Respeto el ritmo de cada mujer en compartir información de manera voluntaria, siempre y cuando ella confíe en el equipo, escogiendo qué expresar de su biografía. Estos testimonios se recogen a partir de metodologías antropológicas menos intrusivas y más sensibles, susceptibles de constante retroalimentación.</p> <p>Se aplican tecnologías de información y comunicación a la recogida de datos, monitoreo y evaluación de cara a contar con información realista, oportuna, actualizada, de fácil acceso y amplia capacidad de difusión. Incluyendo a mujeres participantes de los diferentes entornos de Metzineres en los procesos de investigación, diseño e implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación.</p> <p>Se Analiza el grado de ejecución de las actividades de Metzineres, la calidad de los servicios y el grado de satisfacción de las participantes y se estima la efectividad de Metzineres en relación a la mejora de la salud, calidad de vida, autonomía, reducción de daños y disminución del estigma y discriminación que recae sobre personas que usan drogas en general y MUDSV en particular.</p>
Resultado	<p>A través de un intranet propio se facilita el seguimiento a las múltiples dimensiones de Metzineres. Generando una base de datos que incorpora nuevos indicadores basados en la transversalidad de género, la perspectiva de derechos humanos, salud pública y seguridad</p>
Impacto	<p>Metzineres cuenta con el primer y único sistema de monitoreo y evaluación permanente sobre el consumo de drogas entre mujeres, su relación con la violencia machista, así como el impacto de las políticas de drogas en su día a día.</p>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde el activismo feminista y por los derechos humanos, en Metzineres mujeres con problemas relacionados con el consumo de drogas sobreviviendo a múltiples situaciones de violencia y profesionales del campo de la salud, la atención social y la investigación se organizan de manera horizontal para dar respuesta a través de la lucha contra el estigma y por un cambio de paradigma de unas políticas de drogas que cronifican su situación de exclusión.

Las mujeres que usan drogas son expertas en sus propias necesidades y prácticas, conocen las dinámicas de consumo, así como las redes de atención aportando información particular i específica indispensable para la adecuación y efectividad de recursos y servicios. Contar con ellas en el diseño, la implementación, el seguimiento y evaluación, incorporándolas en los equipos de intervención hace posible un abordaje holístico, que las pone a ellas en el centro de sus procesos de recuperación.

La trascendencia de alrededor de 40 acompañamientos diarios asumidos por Metzineres, comprometiéndose a reconfortar el bienestar de las más de 125 valientes mujeres atendidas actualmente, ha demostrado después de tan solo un año de implementación extraordinarios resultados, sobrepasando las mejores expectativas de éxito.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTAR CON:

Aura Roig Forteza - **Directora**

email. aura.roig@metzineres.org - **tel.** +34 697 755 4992

REFERENCIAS

- Ajuntament de Barcelona (2017) Pla de lluita contra el sensellarisme de Barcelona 2016-2020. En http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/pla_lluita_sensellarisme_barcelona_2016-2020.pdf
- Bayles, C. (2014) "Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review" International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, Vol. 9 No. 2. En https://www.researchgate.net/publication/273063462_Using_Mindfulness_in_a_Harm_Reduction_Approach_to_Substance_Abuse_Treatment_A_Literature_Review
- BCCEWH (2011) Trauma-informed Online Tool. Coalescing on Women and Substance Use – Linking Research, Practice and Policy. En <http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/documents/trauma-informed-online-tool.pdf>
- Berkum, A., Oudshoorn, A. (2015) Best Practice Guideline for Ending Women's Girl's Homelessness. En <http://safehousingpartnerships.org/sites/default/files/2017-01/Best-Practice-Guideline-for-Ending-Womens-and-Girls-Homelessness.pdf>
- Biglia, B. (2005) Narrativas de mujeres sobre las relaciones de género en los Movimientos Sociales. Tesis Doctoral. En http://www.academia.edu/313091/Narrativas_de_mujeres_sobre_las_relaciones_de_genero_en_los_movimientos_sociales
- Brugal M.T., et al. (2017) Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2017-20. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. En <https://www.aspb.cat/documents/pla-daccio-sobre-drogues-barcelona-2017-20/>
- CCSA (2009) Applying a Sex/Gender/Diversity-based Analysis within the National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada. En <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/Sex%20Diversity%20Paper%20EN.pdf>
- Ettorre, E. (2004) "Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm" International Journal of Drug Policy, Vol. 15. En <http://sci-hub.cc/10.1016/j.drugpo.2004.06.009>
- Fundació Àmbit Prevenció i CEEISCAT (2017) Acceptabilitat i viabilitat d'un estudi d'intervenció basada en estratègies d'apoderament i enfoc de gènere per tal de disminuir els danys associats al consum de drogues. XADUD, Xarxa de Dones que Usen Drogues. En www.ceeiscat.cat/documents/Informe_XADUD.pdf
- International HIV/AIDS Alliance (2015) Good practice guide for employing people who use drugs. https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing_FINAL_original.pdf?1445009816
- Kappel Ramji Consulting Group (2002) Common Occurrence: The Impact of Homelessness on Women's Health. Phase II: Community Based Action Research

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN PRISIÓN

- Final Report Summary. Toronto: Sistering: Woman's Place. En http://ywcacanada.ca/data/research_docs/00000020.pdf
- Martínez, P. (2009) Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Madrid: Horas y Horas.
- Northcut, T. ed. (2017) Cultivating Mindfulness in Clinical Social Work: Narratives from Practice. Chicago: Springer. En <http://libgen.io/book/index.php?md5=9FDDBA4AC3241982F62846956846C083>
- Paradis, E., et. al. (2011) We're not asking, we're telling: An inventory of practices promoting the dignity, autonomy, and self-determination of women and families facing homelessness. En http://homelesshub.ca/sites/default/files/goodpractice_report.pdf
- Pleace, N. (2016) Housing First Guide. En http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/06/HFG_full_Digital.pdf
- Polvere, L., et. al. (2014) Canadian Housing First toolkit: The At Home/Chez Soi experience. En www.housingfirsttoolkit.ca
- Poole, N., Urquhart, C. i Talbot, C. (2010) Women-Centred Harm Reduction, Gendering the National Framework Series, Vol. 4. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. En http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2010_GenderingNatFrameworkWomencentredHarmReduction.pdf
- OSF (2010) Harm Reduction at Work. A Guide for Organizations Employing People Who Use Drugs. New York: OSF. En <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/work-harmreduction-20110314.pdf>
- Romo, N. (2006) "Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres" Monografía Humanitas, Vol. 5. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas. En <http://www.drogasgenero.info/documento/romo-nuria-genero-uso-drogas-la-invisibilidad-la-mujeres/>
- Romo, N. et.al. (2012) Riesgo y Legalidad. Factores Socio-culturales que facilitan el uso de drogas entre las mujeres adolescentes. En <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/riesgoLegalidad.pdf>
- UNODC (2004) Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. New York. En https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf

SITUACIÓN Y CONTEXTO INICIAL

La población penitenciaria presenta una prevalencia de consumo de drogas y problemas asociados al uso de la vía inyectada (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.) mayor que la población general. Durante los últimos años 20 años, se han hecho esfuerzos por instaurar programas de prevención y control de enfermedades, programas de reducción de daños y de promoción de la salud que contribuyen a disminuir la prevalencia de las infecciones de transmisión sanguínea y sexual y las muertes por sobredosis entre la población penitenciaria. Sin embargo, varios países continúan presentando problemas para introducir dichas políticas en los centros penitenciarios debido al rechazo de los equipos profesionales y al conocimiento insuficiente y falta de argumentos de las administraciones responsables para defender dichas estrategias como beneficiosas para la salud de las personas privadas de libertad. Por ello, es necesario la evaluación y la producción de evidencia científica para defender con argumentos estas políticas de drogas.

POBLACIÓN BENEFICIARIA

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	Personas reclusas que consumen drogas	Familiares y otras personas internas
Descripción	Personas consumidoras de drogas por vía parenteral Personas consumidoras de sustancias depresoras del SNC	Personas que mantienen relaciones sexuales con aquellas que usan drogas. Personas que comparten material de cuidado personal.

SUPUESTOS BÁSICOS

Los centros penitenciarios son espacios con baja cobertura de programas y acciones para mitigar los riesgos y daños del consumo de drogas. Para evitar los problemas de salud (infecciones de transmisión sanguínea y sexual, sobredosis, etc.) es necesaria la implementación de programas para reducir las prácticas de riesgo (compartir jeringuillas, practicar sexo sin protección, etc.). Para ello se requieren

programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas, talleres de atención de sobredosis, entre otros, con el objetivo de dar cobertura a las necesidades sanitarias de las personas que usan de drogas. Diversas experiencias han sido evaluadas positivamente demostrando que los programas de reducción de riesgos y daños mejoran la calidad de vida de las personas que usan drogas dentro de los centros penitenciarios.

OBJETIVOS, INDICADORES, ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Objetivo General: Dar cobertura a las necesidades sociosanitaria de las personas que usan drogas dentro de prisión.			
Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	Número de admisiones por sustancia y vía de consumo	Iniciar tratamientos y otras acciones específicas para tratar el consumo de drogas	Aumentar la adherencia a los servicios de drogodependencias intrapenitenciarios
	Características sociodemográficas de las personas usuarias	Conocer el perfil y las necesidades sociosanitarias de las personas usuarias	Adaptar los tratamientos a las características específicas de las personas usuarias
	Número de finalización de tratamiento y motivo	Conocer motivo de abandono o finalización del tratamiento	Mejorar la adherencia y asegurar la continuidad al tratamiento
Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Reducir las infecciones de transmisión sanguínea y sexual	Nuevos diagnósticos según categoría de transmisión	Realizar pruebas serológicas y test rápidos	Detectar precozmente los nuevos casos
	Prevalencia de infecciones de transmisión sanguínea y sexual	Realizar control y seguimiento de los casos declarados	Conocer el perfil y necesidades de las personas usuarias para el diseño de estrategias de prevención
	Prácticas de riesgo en los últimos 6 meses	Realizar programas de prevención (programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos)	Aumentar la adherencia a programas de prevención

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividad E3	Resultado E3
Reducir las muertes por sobredosis	Número de defunciones por sustancia y características sociodemográficas	Conocer la causa de las intoxicaciones y muertes por sobredosis	Implementar programas de atención a las intoxicaciones agudas por sustancias
	Número de intoxicaciones atendidas por sustancia y características sociodemográficas	Detectar el perfil de las personas que padecen intoxicaciones y muertes por sobredosis	Aumentar la conciencia de las personas usuarias en torno al consumo higiénico y seguro

EVALUACIÓN

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso: Análisis de aceptabilidad de la implementación de programas de reducción de daños	Grado de aceptabilidad de programas de reducción de daños entre los equipos profesionales y las personas que usan drogas de los centros penitenciarios	Análisis y diagnóstico de la situación inicial para programar y monitorear la puesta en marcha de las nuevas estrategias
Resultado: Análisis del perfil de personas usuarias y de la actividad de los programas	Perfil sociodemográfico y de salud de las personas beneficiarias de los programas	Conocer las necesidades sociosanitarias de las personas usuarias de los programas de salud
	Número de intervenciones de los programas	Análisis de la actividad
Impacto sociosanitario	Opinión de los equipos profesionales y de la población usuaria de los programas de reducción de daños en prisión	Obtener elementos para establecer propuestas de mejora que aumenten la efectividad de los programas y mejoren la calidad de vida de las personas usuarias
	Fortalezas y debilidades de los programas	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los centros penitenciarios son entornos con dificultades para la implementación y aceptabilidad de los programas de reducción de daños. Diversos programas generan rechazo entre los equipos profesionales debido al desconocimiento de los be-

neficios que estos reportan a las personas privadas de libertad. Es necesario trabajar los miedos e inseguridades para una buena implementación de los programas. Para ello, se precisa la evaluación y la producción de evidencia científica que apruebe la factibilidad de los programas de reducción de daños intrapenitenciarios. Modelos teóricos sugieren la necesidad de diversificar las estrategias de atención del consumo de drogas para reducir los indicadores y prevalencia de los efectos negativos del consumo de drogas (infecciones de transmisión sanguínea y sexual, sobredosis, etc.) dentro de prisión. Se recomienda que los programas de reducción de daños dentro de prisión se gestionen y coordinen por equipos especializados multidisciplinares que aboguen por este modelo de intervención.

PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

La reacción aguda adversa por consumo de drogas continúa siendo una de las principales causas de muerte entre las personas que usan drogas de Cataluña. En muchos casos, este tipo de reacciones son prevenibles aplicando una serie de medidas y estrategias.

En el año 2009 se inició la implementación gradual del programa de Prevención en Sobredosis (Subdirección General de Drogas y Agencia de Salud Pública de Barcelona) en los centros de reducción de daños de Cataluña con el propósito de proporcionar a las personas que usan drogas herramientas para la prevención y actuación en caso de sobredosis.

2. Metodología

Formación a través de sesiones grupales (5/6 personas) sobre:

- ▶ Factores de riesgo asociados a la sobredosis.
- ▶ Valoración de riesgos según sustancia y pauta de consumo de los participantes.
- ▶ Elaboración de estrategias preventivas.
- ▶ Identificación de sobredosis de heroína y cocaína.
- ▶ Actuación en sobredosis de heroína y de cocaína.

Finalizado el taller, se evaluará la capacitación de cada participante y se entregará un kit de naloxona junto al carnet de ASSO (Agente de Salud en Sobredosis)

3. Resultados

En la actualidad, el 100% de los centros de reducción de daños de Cataluña han implementado los talleres de formación en prevención y atención en sobredosis.

La participación registrada en estos es de 2.419 personas y una distribución de 4.732 kits de naloxona (datos 2014).

4. Discusión/Conclusión

La aplicación del Programa de prevención de sobredosis resulta indispensable a la hora de trabajar aspectos relacionados con la reducción del daño en consumo de drogas, dado que son este tipo de centros los que trabajan con la población con más riesgo de sufrir o presenciar una sobredosis.

Estas formaciones permiten valorar el propio riesgo y elaborar estrategias preventivas a partir de los conocimientos adquiridos, así como su pronta detección y actuación.

DESCRIPCIÓN DE LA BBPP

1. Situación y contexto inicial

La muerte por sobredosis es, desde hace años, junto a las enfermedades infecto-contagiosas, una de las primeras causas de mortalidad entre la población que usa drogas a nivel mundial. Estudios específicos afirman que una tercera parte de la mitad de las muertes de personas consumidoras pueden ser causa de una sobredosis.

Según el informe Europeo de Drogas (EMCDDA, 2015) se continúa advirtiendo un aumento en las muertes por sobredosis en Europa a partir del año 2015 (8.441 muertes registradas por esta causa).

En distintos países con políticas de reducción de daños ya establecidas (Canadá, Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos, etc.) se llevaron a cabo, durante la década de los 90, algunas pruebas piloto de distribución de Naloxona, de forma no sistémica, con el objetivo de facilitar la intervención inmediata en sobredosis por parte de las propias personas que consumen drogas.

En Barcelona, fue sobre el año 2000 cuando, tras la necesidad detectada por los equipos profesionales de Can Tunis, se empezaron a distribuir viales de Naloxona junto a una breve formación tratando de dar respuesta al gran número de sobredosis que se daban en la zona.

En la actualidad, la mayoría de los ámbitos CRD aplican este tipo de programas como herramienta fundamental de prevención y reducción del daño en el consumo de drogas.

2. Población beneficiaria

	Población Beneficiaria Directa	Población Beneficiaria Indirecta
Número	Personas que usan drogas en activo	Posibles testimonios de sobredosis
Descripción	Personas que usan heroína por vía parenteral Personas que usan psicoestimulantes por vía parenteral	Familiares, amistades, líderes de la comunidad, profesionales. Personas que se desenvuelven en entornos con consumo de drogas.

3. Supuestos básicos/teoría

Diversos estudios demuestran que las reacciones adversas por opiáceos, en la mayoría de casos, no son inmediatas. Así pues, el hecho de una pronta detección y actuación pueden evitar no solo el fallecimiento de la persona intervenida, sino las posibles consecuencias y complicaciones secundarias derivadas de este tipo de reacciones.

Los conocimientos que se ofrecen facilitan una mejora en la percepción de riesgo de las personas que consumen de drogas, que, en muchos casos, debido a su desconocimiento es mínimo o inexistente. A partir de aquí, se favorece también la elaboración de estrategias preventivas en el autoconsumo.

Por otro lado, el hecho de formar a las personas consumidoras proporciona la posibilidad de que este tipo de reacciones sean intervenidas in situ de manera inminente y, en algunos casos, en entornos de difícil acceso por parte de profesionales del ámbito educativo y sanitario (espacios de consumo no supervisado, pisos ocupados etc.).

4. Objetivos, indicadores, actividades y resultados

Objetivo General: Reducir el número de intoxicaciones mortales y no mortales por consumo de opiáceos y psicoestimulantes.			
Objetivo Específico 1	Indicadores E1	Actividad E1	Resultado E1
Aumentar el conocimiento sobre situaciones de riesgo de sobredosis y su prevención entre las personas que consumen drogas en activo	Número de participantes en formaciones	Formaciones grupales en el centro. Información de riesgos asociados al consumo de drogas y aplicación de estrategias preventivas	Aumentar el conocimiento referente a las reacciones adversas por consumo de sustancias opiáceas y psicoestimulantes
	Número de personas formadas en sesiones individuales	Sesiones individuales en el centro o en medio abierto. Información de riesgos asociados al consumo de drogas y aplicación estrategias preventivas	Proporcionar información que permita evitar y prevenir sobredosis en personas con riesgo de sufrirlas
	Evaluación de conocimientos adquiridos	Valoración y test de conocimientos adquiridos	Confirmar el buen entendimiento de las personas participantes en las sesiones formativas
Objetivo Específico 2	Indicadores E2	Actividades E2	Resultados E2
Formar en la identificación de sobredosis y en la correcta actuación en estas.	Número de participantes en formaciones	Formación sobre identificación de sobredosis de opiáceos y psicoestimulantes	Posibilitar la correcta identificación de los síntomas de sobredosis según sustancia
	Número de participantes en formaciones	Formación sobre la actuación en una sobredosis de opiáceos (uso del Kit) y de psicoestimulantes.	Capacitar a las personas que usan drogas para la atención inmediata en caso de detectar una sobredosis
	Número de Kits de Naloxona entregados	Role Playing de las personas usuarias con actuación en caso de sobredosis de opiáceos y psicoestimulantes	Asegurar una correcta identificación e intervención de sobredosis por parte de los equipos Agentes de Salud en Sobredosis

Objetivo Específico 3	Indicadores E3	Actividades E3	Resultados E3
Formar a posibles testimonios de sobredosis (amigos, familiares, profesionales de	Número de personas no consumidoras formadas en prevención y atención de sobredosis	Formaciones específicas en riesgos, identificación y actuación en sobredosis para personas no consumidoras.	Proporcionar la formación necesaria a personas no consumidoras en activo pero con posibilidad de testimoniar una de ellas.

5. Programas de formación y materiales producidos

Formaciones

El programa se lleva a cabo a partir de la calendarización anual de talleres grupales en los centros REDAN. Estas formaciones se imparten de manera regular con la intención de conseguir la mayor participación posible. La participación de cada sesión se limita a un máximo de 5 personas con el objetivo de proporcionar una formación individualizada en cuanto a la valoración de riesgos y elaboración de estrategias de prevención y detallada respecto a la identificación e intervención en sobredosis. No antes de los 6 meses de la participación se ofrece una formación de seguimiento con el objetivo de refrescar conocimientos, resolver dudas y conocer las intervenciones realizadas.

- ▶ Talleres de “Prevención y atención de sobredosis”. Sesiones dirigidas a personas que consumen drogas en activo. 1 hora de duración. Calendarización anual de regularidad semanal. CRD.
- ▶ Talleres de “Prevención y atención de sobredosis” Seguimiento. Sesiones dirigidas a personas con uso activo de drogas que han realizado el primer taller no antes de 6 meses. 1 hora de duración. Calendarización anual de regularidad quincenal. CRD.
- ▶ Formaciones breves individuales en el centro o en medio abierto. Dirigidas a personas en las que se observa riesgo alto de sobredosis. (10-15 minutos). CRD o Medio Abierto.
- ▶ Curso de formación semipresencial para profesionales: “La Prevención y Atención a la Sobredosis por Opiáceos”. 20 horas (2 de ellas presenciales). Subdirección General de Drogodependencias.

- ▶ Materiales.
- ▶ Manual para educar en prevención y asistencia a las sobredosis. Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya.
- ▶ Vídeo. Sobredosis: Prevención y actuación. Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

KIT DE INTERVENCIÓN EN SOBREDOSIS



- ▶ 2 viales (0,4 mg/ml) de Naloxona (con posibilidad de reposición).
- ▶ Mascarilla para respiración boca a boca.
- ▶ 2 jeringas para la administración de Naloxona.
- ▶ Alcohol y guantes
- ▶ Hoja de instrucciones básicas para la intervención en sobredosis (RCP, PLS, teléfonos de emergencias).

CARNET DE AGENTE DE SALUD EN SOBREDOSIS (ASSO)



- ▶ Con registro de nombre, código de participante y fecha de formación y validez.

MATERIALES GRÁFICOS PARA LA DISTRIBUCIÓN



- ▶ Tarjetas gráficas con mensajes preventivos y de actuación en sobredosis.

Textos Materiales:

IZDA: “Consume con alguien”; DCHA: “Métetelo en dos tandas”

6. Evaluación

Tipo de Evaluación	Indicadores	Resultados
Proceso Análisis de la efectividad del programa en los CRD mediante memoria de indicadores general y evaluación cualitativa	Grado de participación en las sesiones formativas de personas usuarias de drogas y de profesionales	Registro y análisis de datos iniciales y finales de todos los CRD. Definición de objetivos operacionales
Resultado Evaluación de los resultados mediante indicadores	Materiales distribuidos, nº de intervenciones informadas asistidas, nº de reposiciones de material efectuados	Grado de implicación de las personas participantes, estrategias de mejora, valoración de los conocimientos adquiridos por las mismas
Impacto	Registros e informes de mortalidad y morbilidad asociadas a las sobredosis	Investigación de carencias y posibles mejoras en la aplicación del programa

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Basándonos en el objetivo fundamental de la reducción de daños, parece incontestable la implementación de este programa en este tipo de servicios, puesto que es en ellos donde se interviene de manera directa con el colectivo de mayor riesgo asociado.

Los resultados registrados demuestran que un gran porcentaje de sobredosis son evitables aplicando ciertas medidas y estrategias preventivas fácilmente aplicables si se ofrece a las personas usuarias de drogas la información adecuada. Así pues, se ha evidenciado que este tipo de formaciones y programas hacen que disminuya la mortalidad por sobredosis (EMCDDA, 2015).

Si bien es cierto que algunas políticas socio sanitarias presentan reticencias a la hora de prescribir este medicamento para este efecto, los resultados de distintos programas aplicados en diferentes países evidencian la eficacia del programa así como la efectividad del uso de la Naloxona para revertir este tipo de reacciones (EMCDDA, 2015).

REFERENCIAS:

EMCDDA. (2015). *Informe Europeo sobre Drogas*. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. EMCDDA, Lisbon, January 2015

CUENTO CONTIGO
CUENTA CONMIGO



En RIOD, cumpliendo con nuestra misión de incidir en las políticas públicas y los problemas relacionados con el consumo de drogas y adicciones, desde un enfoque de Derechos Humanos, nos hemos centrado, durante el año 2018, en el desarrollo de una estrategia para el fortalecimiento e impulso de políticas y programas de reducción de riesgos y daños asociados al consumo problemático de drogas en Iberoamérica.

Junto con la publicación que tiene entre sus manos, y que ha sido posible gracias a la contribución de la X Solidaria, también hemos desarrollado otras acciones, y nos gustaría hacer especial énfasis en la campaña de sensibilización que, con la financiación del Plan Nacional sobre Drogas, se realizó durante la primera mitad del año y de la que dejamos aquí algunas imágenes.

Con Cuento Contigo, Cuenta Conmigo hemos querido facilitar la labor de responsables de políticas públicas de drogas de América Latina y de organismos e instituciones que intervengan en la región, pero también a toda la población en general entre la que esperamos poder desmontar los mitos y reforzar las realidades que existen alrededor del enfoque de reducción de daños.

Con estas acciones, durante todo este año, hemos querido hacer una llamada de atención sobre la reducción de daños, un enfoque solidario, ético y eficaz, necesario en toda estrategia de drogas para acercar a las personas más vulnerables a los recursos existentes y a través del cual, poniendo el foco en la persona, se puede atender a cada cual en el momento y nivel de necesidad en el que se encuentra, respetando sus ritmos y haciéndoles sentir protagonistas de su propio cambio, garantizándoles el trato digno que toda persona merece.

Más información en “Cuento Contigo, Cuenta Conmigo”:
www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS ES UN ENFOQUE PRAGMÁTICO Y HUMANITARIO ORIENTADO A LA DISMINUCIÓN DE LOS DAÑOS PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS.

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS SIN NEGAR LA CONVENIENCIA DE LA ABSTINENCIA, PLANTEA ESTRATEGIAS Y SERVICIOS, COMPLEMENTARIOS A LOS YA EXISTENTES Y QUE BUSCAN, A CORTO PLAZO Y CON UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL, AMINORAR LOS EFECTOS NEGATIVOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA PERSONA, Y EN LA SOCIEDAD EN GENERAL, EVITANDO POSIBLES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS, ADEMÁS, AMPLIANDO EL ABANICO DE INTERVENCIONES, CONSIGUE VISIBILIZAR Y ACERCAR A LAS PERSONAS QUE POR SU SITUACIÓN DE ESTIGMA, MARGINALIDAD Y/O DETERIORO QUE NO LLEGAN A LAS REDES NORMALIZADAS Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN.

financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



www.riod.org

[in](#) RIOD

[t](#) @RIOD_oficial

[f](#) @RIOD.redes