



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

ILUNDAIN, ENRIQUE; MARKEZ, IÑAKI

Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas

Adicciones, vol. 17, núm. 2, 2005, pp. 287-297

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas

ENRIQUE ILUNDAIN⁽¹⁾, IÑAKI MARKEZ⁽²⁾

(1) Grup Igia (Barcelona)
(2) Ekimen (Bilbao)

Enviar correspondencia a: Enrique Ilundain. Enric Granados 116, 1º. 08008 Barcelona. info@grupigia.com / enredur@arrakis.es

RESUMEN

Objetivo: Estudio de las coyunturas sociopolíticas que enmarcan la implantación de salas de consumo de drogas en el Estado Español. **Método:** Análisis breve de las coyunturas políticas que acompañaron la implantación de salas de consumo en diversas ciudades, con un enfoque especial hacia los casos de Madrid, Barcelona y Bilbao, pero también en comparación con lo ocurrido en otras ciudades de Europa y Canadá. **Conclusiones:** Las salas de consumo de drogas, además de constituir intervenciones innovadoras en reducción de daños, e independientemente de sus logros o fracasos en el nivel técnico, se revelan como escenarios en los que se ponen a prueba las políticas sobre drogas y la política general. Generalmente establecidas como escenarios de conflicto, contribuyen a clarificar los verdaderos contenidos subyacentes a los discursos "bienhablantes" de la corrección técnica y la corrección política; nos obligan a reubicar en un sentido de cruda realidad la viabilidad de intervenciones que normalmente nacen en medio de polémicas, y a tener que justificarlas ante sectores de opinión vehementes, tanto a favor como en contra.

Palabras clave: Políticas de drogas; salas de consumo higiénico; usuarios de drogas; exclusión social; conflicto social; derecho a la salud.

ABSTRACT

Aims: To study the social and political conjunctures framed around the establishment of drug consumption rooms in Spain. **Method:** Brief analysis of the political conjunctures and conflicts that accompanied the emergence of DCR's in several cities, with a special focus on the cases of Madrid, Barcelona and Bilbao, but also in comparison among, and to, those of other cities across Europe and Canada. **Conclusions:** Drug consumption facilities, beyond being innovative interventions in terms of harm reduction, and independently of their technical achievements or failures, reveal themselves as scenes where drugs policies, and general politics, are brought to trial. Scenes generally of conflict, that contribute to clarify the true contents under "well-speaking" discourses of technical correctness –and those of political correctness; that compel us to relocate in a sense of crude reality the viability of interventions usually born surrounded by polemics, and to publicly justify them in the face of vehement, pro as well as counter, public opinion sectors.

Key words: Drugs policies; drug consumption rooms; drug users; social exclusion; social conflict; health rights.

QUÉ SON LAS SALAS DE CONSUMO DE DROGAS

Los centros de consumo higiénico de drogas permiten el acercamiento de un buen número de personas a quienes se

dirige este tipo de servicios, poblaciones bien definidas. Los estudios señalan que mejora la percepción de su salud física y psíquica, se reducen el número de muertes por sobredosis y de accidentes relacionados con el consumo, descienden las prácticas de riesgo y

aumentan las derivaciones a centros de salud mental y de la red sanitaria especializada ¹⁻⁸.

Algunos autores ⁷ insisten en que la definición de 'salas de consumo' engloba sólo a "centros legalmente reconocidos donde se facilita el uso de drogas ilegales". Este sería un concepto incorrecto, pues dejaría fuera del campo de definición: a) a los centros reconocidos oficial/ oficiosamente, pero carentes aún de respaldo legal ex profeso; y b) a los dispositivos de consumo relacionados con programas de prescripción legal de sustancias psicoactivas (programas de heroína, o los de cocaína que se implementarán en Suiza). Preferimos con mucho elegir una parte de la definición de Kimber et al. ⁶ para acoger a todos los servicios que actualmente se consideran dentro del elenco internacional de salas de consumo de drogas: "[...] servicios de bajo umbral que permiten el consumo higiénico de drogas, previamente obtenidas, bajo supervisión profesional y en un ambiente no fiscalizador".

La sala de consumo es ante todo un espacio de acogida y contacto, de intervención sanitaria y educación para la salud. La gestión del consumo, la relación con las sustancias y las técnicas de consumo han sido durante años factores fundamentales y paradójicamente obviados en las intervenciones sobre drogas, e incluso en los programas de acercamiento y reducción de riesgos y daños, limitando enormemente el alcance de las intervenciones.

En el conjunto de las salas de consumo, siempre se significan de modo especial las de inyección, eclipsando la presencia de otras modalidades de consumo y los riesgos y daños que estas llevan asociados. En cualquier caso, deberían plantearse como estrategias de intervención adaptadas a cambios, modalidades y fluctuaciones en las historias, personales y colectivas, de consumo de sustancias psicoactivas. Los espacios de consumo 'seguro', 'higiénico' o 'de menor riesgo', deben en definitiva asegurar tres aspectos claves:

a) El material que se usa es estéril, de un solo uso y no se comparte, por el imperativo

de prevención de la transmisión de enfermedades.

b) El espacio físico de consumo mantiene las garantías mínimas de higiene que no se pueden obtener en un escenario abierto cualquiera de consumo de drogas.

c) En caso de producirse una intoxicación sobreaguda, accidente, reacción adversa y/o sobredosis, se dispone de asistencia sanitaria inmediata.

Hoy día, existen salas de consumo en diversos países europeos y en Canadá. Tienen distintas denominaciones: Safer Injection Room (SIR), Safer Injection Facility (SIF), Medically Supervised Injecting Center, Fixerstübli, Health Room, Consumption Room (CR). Las salas de consumo de drogas no son propiamente centros para el tratamiento de las drogodependencias, ni servicios de atención primaria o de asistencia social; son centros orientados a abordar problemas sociales y sanitarios concretos de colectivos de usuarios de drogas con exposición identificada a riesgos y daños concretos.

Las primeras salas de consumo de drogas surgieron por primera vez en Holanda y Suiza en los años 80 ^{2,9} como innovación desde la perspectiva conocida como *reducción de riesgos y daños*, en la que este país se considera uno de los pioneros principales; en los 90 se incorporó Alemania a esta corriente novedosa entre las políticas de drogas. Las salas pioneras surgieron de forma no oficial, a partir de iniciativas 'militantes' de profesionales que vieron la necesidad urgente de intervenciones que, más adelante, acertarían a discernir las autoridades a cargo de las políticas sanitarias y los representantes políticos. Con el tiempo que ha pasado, y la escasa presencia en literatura internacional -en inglés- de estos eventos, entrevemos hoy que en el ambiente progresista de la época, la implantación de estas estrategias de intervención sólo llegaron a generar polémica en su tiempo en el marco local, aun estando bien integradas en un marco más amplio de intervenciones planificadas y coordinadas desde los organismos de salud pública. De Jong ² señala la importancia del marco de las políti-

cas locales en la previsión de éxito o fracaso para las salas de consumo de drogas como servicios sanitarios.

Actualmente vivimos una “segunda ola” en otros países, en los que se están implantando salas de consumo desde ópticas y panoramas políticos, sanitarios y sociológicos diferentes de los que vieron nacer las salas pioneras. Es interesante detenernos a analizar cuáles son los nuevos condicionantes para el éxito o fracaso de estas nuevas intervenciones, y para ello convendría realizar una sucinta comparativa de los procesos de implantación de diversas salas de consumo. Describiremos algunos ejemplos internacionales, para después pasar a analizar en rasgos generales la situación sociopolítica de las salas de consumo en el Estado Español.

SALAS DE CONSUMO EN EL MUNDO

Son muchas las salas de reciente creación en un buen número de países desarrollados. Veamos apuntes sobre algunas de países tan diferentes como Australia, Suiza, Alemania, Canadá y Holanda.

Sydney, Australia ¹⁰⁻¹⁶

A finales de 1998, un grupo de presión integrado por profesionales, agentes sociales y algún representante político decidió establecer una “sala de tolerancia” (T-Room) en el sector de Kings Cross de Sydney, que concentraba el mayor volumen de muertes por sobredosis y transmisión de enfermedades por vía parenteral de la ciudad, del estado de Nueva Gales del Sur y de toda Australia¹¹. La apertura “militante” de este espacio, aun siendo de poca utilidad en su momento para los habituales usuarios de *shooting rooms* del barrio, sirvió como detonante de un movimiento que culminó en la definitiva tramitación, tras repetidos fracasos, de una ley de exención en el Parlamento regional¹¹ para las salas de consumo e inyección de drogas

ilegales. La primera sala de consumo de la ciudad fue gestionada por las Hermanas de la Caridad durante apenas unos meses, con el veto expreso de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB) de la ONU, y se cerró tras la prohibición expresa a las monjas desde el Vaticano, por parte del cardenal Ratzinger, de seguir con dicho programa. A continuación, el programa se negoció y fue asumido por una organización socio-benéfica de la Iglesia Unitaria australiana, que ya había participado en las actividades de defensa de este centro. La sala de consumo del Medically Supervised Injection Centre (MSIC) funciona desde mayo de 2001 –establecido como proyecto piloto con duración inicial prevista para cuatro años–, y cuenta con los mejores diseños de proyecto y evaluación públicamente disponibles de toda la literatura internacional sobre salas de consumo ^{12, 13}.

Ginebra, Suiza ¹⁷⁻¹⁹

En Suiza están operativas 13 salas de venopunción repartidas sobre todo en Zúrich, Ginebra, Berna y Basilea, en donde se instaló la primera en 1986. En Suiza la reducción de daños forma parte integrante de la política gubernamental¹⁹, y el desarrollo de intervenciones como la sala de consumo de Ginebra son resultado del consenso social y político.

En diciembre de 2001 –poco después de la Primera Conferencia Latina sobre Reducción de Daños, celebrada en Barcelona–, *Groupe sida Genève* puso en marcha el “centro de acogida con posibilidad de inyección” *Quai 9* en el barrio Grottes de Ginebra, y detrás de una estación de autobuses regionales. Era la culminación, al igual que en Sydney, de un largo proceso de concertación comunitaria, de negociación política y de debates parlamentarios. En este caso, en un proceso ejemplarmente pacífico y participativo, y ejemplarmente suizo, donde siempre se manejaron razonamientos y motivaciones pragmáticas en una dinámica sin estridencias. Los excelentes informes ^{17, 18} de los gestores del

centro, la organización Groupe Sida Genève, dan fe de una extraordinaria sensibilidad tanto en la atención a la población drogodependiente como en su vigilancia constante hacia la integración del dispositivo en los entornos sociales tanto general como en la comunidad vecinal inmediata, e igualmente están disponibles a través de Internet.

Francfort, Alemania

En Alemania existen 19 salas de inyección, la primera de las cuales se abrió en 1994²⁰; están distribuidas por ciudades como Hamburgo²¹, Hannover, Bremen, Bonn, Münster, Francfort, etc. Frankfurt am Main disponía ya de tres salas²² cuando en abril de 2001 se implantó la primera conforme a las leyes federales específicas sobre salas de consumo de drogas, de marzo de 2000.

Estas salas permiten consumo de opiáceos, cocaína, anfetamina y derivados, en modalidades de intravenosa, oral, inhalada o esnifada, y cuenta con un servicio médico ambulatorio de referencia. Tienen horarios y aforos limitados, no permitiendo entrar a ningún paciente si está con intoxicación etílica o por otras sustancias. Poseen cabina con control de aire para fumadores de heroína o cocaína, y por su parte las zonas de consumo intravenoso no están compartimentalizadas. No pueden entrar menores de edad en la sala, salvo que traigan autorización escrita de sus padres. No se permiten tampoco el consumo recreativo, ni a usuarios de reciente inicio; en tales casos, se les proporciona un servicio de *counseling*.

El personal presente en la sala son dos trabajadores entrenados en reanimación para posibles casos de sobredosis. El tiempo de consumo se limita a 20 minutos en la administración intravenosa, y a 15 minutos para las vías inhalatorias.

Vancouver, Canadá

Se puede decir que la sala de consumo que actualmente opera en el Downtown

Eastside es un mérito atribuible ante todo a los propios usuarios de drogas: es un logro "desde la base" como pocas experiencias desde las originarias en los *basements* de Amsterdam y Rotterdam, en Holanda. Tras una campaña de protesta desarrollada por la asociación VANDU (*Vancouver Area Network of Drug Users*) en relación con las impresionantes cifras de morbilidad y mortalidad que padecían los drogodependientes de la ciudad²³, surgió un clima de debate ciudadano centrado en la posibilidad de implantar el que sería el primer servicio de estas características de toda América. Durante un tiempo, entre diciembre de 2002 y abril de 2003, funcionó sin autorización una sala de consumo gestionada por la asociación. Al mismo tiempo, los movilizadores del debate fueron Dean Wilson y Ann Livingston, líderes de VANDU, y el entonces alcalde conservador de la ciudad Philip Owen, que en poco tiempo dio un giro de 180 grados en su forma de entender el problema de las drogas... razón por la que su propio partido acabó desbancándolo de la candidatura para la siguiente legislatura municipal. Así y todo, la semilla que dejó este debate público y la movilización ciudadana acabó floreciendo con el siguiente consistorio conservador, que acabó por obtener una exención legal del parlamento regional y otorgar un presupuesto holgado^{24, 25}. Igualmente, se ha aprobado una planificación más progresista para las políticas de drogas de la región de British Columbia, que está ganando adeptos día a día en los sectores políticos de las demás regiones canadienses²⁶. La sala de consumo *Insite* fue inaugurada oficialmente el 15 de septiembre de 2003.

El proceso que llevó a la implantación de una sala de consumo en Vancouver está recogido de manera excelente en el documental "Fix: The Story of an Addicted City" (Nettie Wild, 2002), una pieza que merecería la pena difundir en nuestro país.

Rotterdam, Holanda

En Holanda existen 20 instalaciones de venopunción en ciudades como Rotterdam,

Amsterdam, Arnhem y Maastricht. Las primeras experiencias datan de los años setenta (1970) cuando en Amsterdam se establecieron los denominados "Tolerance spaces" que se cerraron posteriormente hasta 1996 donde de nuevo se abrieron espacios de consumo. En Rotterdam se abrió inicialmente por el reverendo Hans Visser de la *Paulus Kerk* una experiencia denominada "Platform 0" que consistió en un espacio donde estaba aceptado el consumo y la compra-venta. Posteriormente se tuvo que cerrar también por excesiva conflictividad ²⁷.

Las *consumption rooms* en Holanda se plantearon como centros con los objetivos de:

- mejorar la salud en la población diana,
- mejorar la situación de molestia social por el consumo en lugares públicos, y
- permitir un espacio adecuado para contactar con los trabajadores sociales.

El estudio Gröningen ²⁸ para valorar estos servicios concluyó que:

- decrece el número de situaciones molestas en los barrios,
- las molestias alrededor de la sala de consumo también decrece,
- la situación social y de salud de los usuarios ha mejorado en determinados aspectos y se ha mantenido en otros, pero el grupo de usuarios se puede estudiar mejor;
- las salas de consumo no son usadas como lugar de contacto para la asistencia social.

SALAS DE CONSUMO EN EL ESTADO ESPAÑOL

En estos ejemplos recientes hemos visto algunas de las características que De Jong² ya señalaba como fundamentales para la sostenibilidad de servicios como las salas de consumo de drogas: se trata de centros implantado tras procesos de negociación

comunitaria, y en los que se tuvieron cuidadosamente en cuenta tanto la misión de salud pública entre población consumidora de drogas como las cuestiones relacionadas con la preservación del orden público. Pero ante todo, la consolidación e integración de dichos centros deriva de un rasgo bien específico: se trató de procesos *participativos*, en los que muy diversos sectores y actores sociales (políticos, policiales, vecinales; comerciantes, profesionales y usuarios, e incluso religiosos) tuvieron ocasión de exponer y negociar las reglas de juego para que nadie se hallara agraviado por estas intervenciones de salud pública.

¿Cuál ha sido el caso para las salas de consumo en el Estado Español? Podemos adelantar que, hasta hace poco, muy distinto. No se puede decir que nuestras primeras salas de consumo hayan surgido como resultado de procesos "comunitarios", de participación ciudadana democrática. Este hecho es, por sí solo, demostrador de la escasa garantía de sostenibilidad de las mediáticamente denominadas -sin jamás recibir enmienda tal uso, desde instancia oficial- "narcosalas" españolas.

Ya en 1990, la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de la Droga propuso diversas medidas entre las que se señalaba "habilitar, en las grandes ciudades, centros abiertos 24 horas para situaciones que requieran una atención inmediata. Posteriormente otras instituciones públicas han insistido en este tipo de medidas, y después, más recientemente, desde la Agencia antidroga de Madrid, la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco...

Así surgieron lo que en un principio se denominó *centros de emergencia social* y posteriormente *centros de encuentro* y *acogida* hasta llegar, siguiendo siempre con los programas de reducción de daños y riesgos, hasta los *centros de consumo higiénico*

Las salas de consumo higiénico fueron concebidos como una pragmática estrategia de reducción de daños para un colectivo de consumidores concentrados en la escena abierta del consumo de drogas, caracteriza-

dos por el gran deterioro de sus condiciones sanitarias, que además causaban alarma o mucha visibilidad pública asociada al uso, compra y venta de sustancias ilegales³. La primera iniciativa fue llevada a cabo en Suiza, en Berna, en los años 80. Desde ese momento hasta la actualidad existen dispositivos de estas características, en más de 60 ciudades por el mundo occidental: ciudades alemanas, holandesas, suizas, australianas, en Vancouver, y también en Barcelona, Madrid y Bilbao.

Las salas de consumo higiénico son espacios reservados donde es posible el consumo de sustancias ilegales en condiciones higiénicas, con las prestaciones higiénicas adecuadas para reducir o eliminar riesgos asociados al uso de drogas, favoreciendo la salud de usuarios/as y de su entorno.

Madrid: DAVE (poblado de Las Barranquillas)²⁹

La sala de consumo DAVE –Dispositivo Asistencial de Venopunción– se estableció en el poblado chabolista de Las Barranquillas en el distrito de Vallecas Villa de la Comunidad de Madrid, en la primavera de 1999, como iniciativa de la Agencia Antidroga de la C.A. de Madrid, y con el pleno apoyo y apuesta personal del entonces presidente autonómico, Ruiz Gallardón, ante la sociedad y los medios de comunicación, pero también con numerosas voces discrepantes en su propio partido y entre sus opositores políticos, y pese a las opiniones abiertamente contrarias del entonces alcalde de Madrid y del propio gabinete gubernamental.

Establecida según criterios muy similares a los planteados para la sala de Sydney, puesto que se trata de un servicio estrictamente medicalizado, de supervisión sanitaria de las prácticas de inyección de diez usuarios simultáneamente. No existe la menor posibilidad de cuestionar los procedimientos sanitarios ni la calidad de cuantas intervenciones que en su seno se llevan a cabo: se trata de un centro en que toda actividad se

halla rigurosamente controlada y protocolizada, y correspondería a un tipo de sala de consumo cien por cien “formalizada”, o “especializada” según la sencilla clasificación de Wolf et al.⁹. Se definió el espacio físico donde se asentaba el D.A.V.E. como “Consultorio Asistencial Sociosanitario para drogodependientes con dispositivo para la venopunción”.

Aunque el D.A.V.E. ha sido la primera instalación de este tipo hecha en España, este planteamiento de intervención en reducción del daño ha tenido sus pródromos en experiencias como la de Alemania, Suiza, y Holanda, pero quizá sea la experiencia de Madrid del D.A.V.E. la que realmente ha consolidado más la idea de espacio de consumo seguro.

Barcelona: EVA en Can Tunis³⁰, SAPS en Raval, centro piloto en La Mina

Algunos de los miembros del programa Can Tunis de Barcelona tuvieron ocasión de conocer en mayo de 2001 la experiencia del DAVE de Madrid y, empujados sobre todo por el entusiasmo del equipo y el empeño personal del Dr. Manel Anoro, decidieron impulsar la creación de un espacio de consumo en este desdichado barrio barcelonés, aun a sabiendas de que no dispondríamos de ningún apoyo presupuestario por parte de la administración que subvencionaba el programa. Empezaron a gestionarlo bajo un simple entoldado de unos nueve metros cuadrados, en condiciones precarias y multiplicando las ocupaciones de los miembros del equipo sanitario. Cuando, con el tiempo, recibieron un nuevo autobús para el programa móvil, se destinó el antiguo furgón a sala de consumo... con lo que mejoraron sensiblemente los problemas y conflictos que hasta entonces existía operando dicha intervención de reducción de daños en un espacio tan poco adecuado como una tienda de campaña. Con todo, el EVA –Espacio de Venopunción Higiénica Asistida, que puede albergar a cinco usuarios simultáneos– ha venido funcionando desde septiembre de 2001 con más pena

que gloria, con grandes trabas y dificultades desde el propio programa y desde la administración pública, con varios cierres paralelos al desmantelamiento del barrio de Can Tunis. La historia edificante, aunque poco ejemplar del EVA de Can Tunis ya ha sido publicada anteriormente y descrita con más detalle³¹.

Recientemente, desde noviembre de 2003, funciona en el barrio del Raval una nueva sala de consumo, gestionada conjuntamente por el Ayuntamiento y una ONG, con capacidad (escasa) para dos usuarios. En el barrio de La Mina (St. Adrià de Besós) se está pilotando desde verano de 2004 otro centro de acogida con una sala de consumo que acoge a dos usuarios aunque podría llegar a albergar a más. De momento, estos dos se perfilan como únicos dispositivos destinados a acoger la demanda de un espacio de inyección higiénica en Barcelona por parte de inyectores de drogas, tras la desaparición del de Can Tunis y en medio de la terrible crisis socosanitaria iniciada tras el derribo de este barrio... imputable al Ayuntamiento de Barcelona, en su imprevisión de una catástrofe anunciada claramente desde hace al menos dos años.

Las salas barcelonesas, a diferencia de las de Madrid, Bilbao y el resto de ciudades del mundo que disponen de estos servicios, son perfectamente desconocidas para los medios de comunicación y el público general, aun a pesar de figurar en todos los "elencos" de salas de consumo conocidos entre la comunidad internacional de profesionales de drogodependencias.

Bilbao: Centro de Consumo de Menor Riesgo³²

Gestionada por la organización Munduko Medikak—Médicos del Mundo, y patrocinada por la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, este centro, que acoge una sala de inyección con capacidad para seis usuarios simultáneamente y quizá próximamente acogerá la primera sala de consumo inhalado/ fumado del Estado, es sin duda

un ejemplo a seguir sobre implantación según los principios establecidos internacionalmente^{4, 8}. Los procesos de implicación con el vecindario, de la clase política de la C.A. de Euskadi, la coordinación con los servicios sociales y sanitarios y las organizaciones del campo de drogodependencias de su entorno, y las estrategias de planificación y evaluación diseñadas³³ asientan las bases para un futuro realmente prometedor. Otro rasgo distintivo es que se ubica en pleno centro de la ciudad—a diferencia de Can Tunis y Las Barranquillas—, en ubicación accesible y normalmente visible para la mayoría de ciudadanos de Bilbao; conocida por el público a través de los medios de comunicación y con el pleno respaldo público de las administraciones—a diferencia de las salas barcelonesas—. El CCMR bilbaíno empezó a funcionar en noviembre de 2003, y cuenta con la asesoría de expertos suizos.

SALAS DE CONSUMO Y CONFLICTO

En las primeras salas de consumo estatales, de Madrid y Barcelona, se advierten algunos problemas fundamentales que pueden afectar a su sostenibilidad. El primero, es la ubicación de estas salas en reductos de marginalidad que tienden a cronificar las situaciones de marginación, de forma que acaban formando parte del entramado de alejamiento y exclusión de la vida social normalizada que en definitiva genera la mayor parte de los problemas que afectan a los drogodependientes. Esta no es una situación buscada, dado que el enfoque desde la reducción de daños que aconseja "salir a buscar al consumidor activo de drogas allí donde esté" hace que toda intervención de acercamiento tenga que implantarse en zonas de exclusión³⁶, donde el status quo ha inducido un conveniente "vacío de control" que mantenga bien apartados a los toxicómanos de los espacios del ciudadano "normal".

Otro problema, derivado en buena medida de esta adaptación al estado de cosas, es

que no ha mediado ninguna concertación social; no ha habido necesidad de negociar con vecindarios –quedando siempre claro que los de los barrios donde se venden drogas no son interlocutores políticos aceptables–, y junto a la “imposible” participación de la población usuaria de drogas más marginal, principal destinataria de elección de estos centros, en función de sus circunstancias y sus modos de vida, deja la responsabilidad (planificación, ejecución, evaluación) de estas intervenciones únicamente en manos de técnicos y cargos de las administraciones, siendo sólo su interpretación de resultados tenida en cuenta. Con lo cual, todo el proceso de actividad y evaluación viene a convertirse en algo así como un ejercicio de solipsismo.

Además, y centrándonos ahora en el caso de Barcelona, el ejercicio del secretismo y las consignas de silencio hasta hoy mismo habituales escamotean al público no sólo la existencia efectiva de las salas de consumo, sino también los argumentos que justifican su necesidad, y el conocimiento de sus beneficios para la salud del drogodependiente –que *siempre* es un ciudadano, y además hijo, padre, amigo, etc., de otros ciudadanos que pueden tener interés en su supervivencia–, y para la salud pública y la seguridad, en general. Ocultar conscientemente estas intervenciones equivale a cometer la inconsciencia de negar oportunidades para la salud tanto al drogodependiente como al resto de la sociedad. Y, también, suponen un déficit democrático. En la mente de algunos profesionales de drogodependencias barceloneses permanece aún, imborrable, la expresión de un conocido político de la ciudad según la cual “hay ciertas cosas que no debe ver el ciudadano”. Otra perla del mismo tipo de pensamiento la proporcionó el gerente de los servicios sociales de la ciudad cuando manifestó a la prensa que: “cuando desaparezca Can Tunis, desaparecerán los yonquis” (El Periódico de Catalunya, marzo de 2002).

NIMBY y conflictos de implantación

Diversos autores^{34, 35} han estudiado estos fenómenos que, aunque carentes de visión global, ocupan una buena parte de los

comentarios de café y tasca. Aparecen y se desarrollan en los períodos iniciales del desarrollo de cualquier iniciativa social o institucional orientada a la atención de subpoblaciones con mayor desarraigo, con menos recursos. Eso viene ocurriendo con espacios y programas dedicados a los “sin techo”, drogodependientes, enfermos de sida sin recursos, emigrantes, mendigos, prostitución, etc. Lo llaman el síndrome “nimby” en alusión a las iniciales de *Not in my back yard*, no en mi patio trasero, en su traducción literal. No en mi portal, no en mi barrio.

Este movimiento *nimby*, localista y defensor de intereses económicos con pretendida argumentación salubrista, se sienten *afectados*, y así se autodenominan. Su discurso se basa en consignas de rechazo y exclusión apoyándose, eso sí, en aspectos sociodemográficos de su barrio y en el temor a la mayor peligrosidad social o a la devaluación inmobiliaria. Poco importa que enfrente haya argumentos relacionados con la solidaridad, la responsabilidad social o simplemente miras más altas. Quienes rechazan, sólo están viendo el final de un proceso que ha conducido a la necesidad de este tipo de servicios. No hay conciencia del origen del problema, generado tiempo atrás y que exige iniciativas sobre lo que queremos, no sobre lo que rechazamos.

Las personas drogodependientes, al igual que cualesquiera otros considerados enfermos crónicos, tienen total derecho a atención sanitaria. Quienes no acuden a centros asistenciales son más difíciles de abordar, lo cual obliga a crear nuevos dispositivos para su acercamiento; dadas sus especiales circunstancias, la asistencia que se les ofrezca ha de presentar particulares condiciones de provisión, por el modo de vida asociado al consumo de drogas y por las condiciones de exclusión social en que este se produce. Por ello, la asistencia que se les presta ha de estar prácticamente “al pie del cañón” cuando de usuarios de drogas en activo se trata. Sabiendo además que quienes se inyectan en público o tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión, quienes son

consumidores diarios y sin techo, son justamente las personas más necesitadas y también las más dispuestas a acudir a este tipo de centros.

Por otra parte, los vecinos y comerciantes de ciudades que han vivido experiencias de implantación de tales servicios rodeados de polémica están en condiciones de certificar que no aumentaron la delincuencia ni la inseguridad, que disminuyeron las quejas del vecindario, que se redujo el número de jeringuillas abandonadas y, en muchos casos, que la calidad de vida en sus barrios había mejorado con el tiempo.

Pese a todo lo anterior, muchas veces son las propias autoridades quienes se niegan a implantar nuevos servicios necesarios, escudándose en la suposición de ‘falta de cooperación’ o ‘resistencia’ vecinales aun sin haber dialogado con las comunidades vecinales. Tal ha sido el caso, sin ir más lejos, de lo ocurrido en Barcelona tras la desaparición de Can Tunis y la dispersión por la ciudad de los drogodependientes marginales más habituales en este barrio extinto.

POLÍTICA(S) Y LEGISLACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

Las salas de consumo de drogas ilegales, además de intervenciones novedosas desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, e independientemente de sus logros o fracasos en el plano técnico, constituyen *per se* escenarios en los que se ponen a prueba tanto la política general como las políticas específicas (en inglés, *policies*, en distinción de *politics*) referidas al “problema de la droga” y a la asistencia a colectivos vulnerables. Escenarios generalmente de conflicto que contribuyen a clarificar los verdaderos contenidos tras los discursos ‘bienhablantes’ de la corrección técnica y, sobre todo, de la corrección política; que obligan también a resituar en un sentido de realidad cruda la sostenibilidad de intervenciones que surgen entre polémicas, y a justificarlas en público

ante sectores de opinión vehementes tanto a favor como en contra.

Pero no bastaría simplemente con generar nuevas “políticas”: sigue faltando un elemento de sostenibilidad fundamental para las estrategias relacionadas con la reducción de riesgos y daños, que consiste esencialmente en emprender reformas legales³⁷. Reformas que puedan incidir no sólo en el desempeño de intervenciones, sino también en la gestión de políticas de drogas con exigencia y control político y técnico de los resultados... e incluso, si no es mucho pedir, reformas que acaben cuando menos con la persecución legal al usuario de drogas, como generadora básica de muchos de sus problemas sociales que, inevitablemente, acabarán siendo también sanitarios. Aún hoy es el día en que muchas de las intervenciones más avanzadas en este sector de drogodependencias se sostienen únicamente sobre la existencia de lagunas legales y de una difusa tolerancia, por desinterés, de las autoridades que hacen “vista gorda” hacia actividades con poco encaje en la legalidad pero que se permiten como mal menor. Ya es tiempo de que se examine con lupa, y se convierta en foco de interés y escrutinio social y político, todo lo que se hace en drogodependencias.

Con todo lo aquí analizado, nuestro mensaje consiste en que las salas de consumo de drogas acaban resultando ser microrepresentaciones de los panoramas políticos, sociológicos y asistenciales en que nacen. A partir de aquí, decida cada quién por su cuenta cómo esos entornos e instituciones sociales y políticos quedan retratados a través de las salas de consumo, y cuáles son los calificativos a aplicar según los casos.

REFERENCIAS

- 1 Broadhead RS, Kerr T, Grund J-P, Altice FL. Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives. *J Drug Issues* 2002; 31: 329-356.

- 2 de Jong W. Drug consumption rooms: International perspectives. 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. St. Helier, Jersey UK, 2000.
- 3 Dolan K, Kimber J, Fry C, Fitzgerald J, McDonald D, Trautmann F. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev* 2000; 19: 337-346.
- 4 Consumption rooms as a professional service in addictions-health: International conference for the development of guidelines. Guidelines for the operation and use of Consumption Rooms. Hannover: Carl von Ossietzky University (Oldenburg), Faculty of Addiction & Drug Research – Akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – German Federal Commissioner for Drugs; November 1999:18-19.
- 5 Hedrich D. European Report on Drug Consumption Rooms. Lisboa: EMCDDA, 2004.
- 6 Kimber J, Dolan K, van Beek I, Hedrich D, Zurhold H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22: 227-233.
- 7 Roberts M, Klein A, Trace M. Drug consumption rooms. *Drugscope Briefing Papers*, Number Three. Amsterdam: Drugscope and The Beckley Foundation, 2004.
- 8 Schneider W, Stöver H, eds. Guidelines for the operation and use of consumption rooms. *Journal of Drug Issues* 2002; 32: 741-750.
- 9 Wolf J, Linssen L, de Graaf I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *J Drug Issues*; 2003; 33: 649-662.
- 10 Wodak A, Symonds A, Richmond R. The role of civil disobedience in drug policy reform: How an illegal safer injection room led to a sanctioned, medically supervised injection center. *J Drug Issues* 2003; 33: 609-624.
- 11 Parliament of New South Wales - Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms. Report on the establishment or trial of safe injecting rooms. Sydney NSW: The Committee, 1998.
- 12 MSIC Evaluation Committee. Evaluation protocol for the trial of a medically supervised injecting centre in Kings Cross (version 1.0). Sydney: NSW Department of Health – The Committee, 2001.
- 13 Kimber J, MacDonald M (res. coords.); Kaldor J, Lapsley H, Mattick RP, McPherson M, Weatherburn D, Wilson A. Final Report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Sydney: MSIC Evaluation Committee, 2003.
- 14 Kimber J, MacDonald M, van Beek I, Kaldor J, Weatherburn D, Lapsley H, Mattick RP. The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *J Drug Issues* 2003; 33: 639-648.
- 15 Runes S, Dolan K, Wodak A. Room for rent: Injecting and harm reduction in Sydney. *Austral New Zealand J Pub Health* 1997; 21:105.
- 16 van Beek I. The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: A clinical model. *J Drug Issues* 2003; 33: 625-638.
- 17 Groupe sida Genève. Rapport d'activités spécifiques du Groupe Sida Genève 2002. Secteur réduction des risques liés à la consommation des drogues. Genève: GsG, 2003.
- 18 Mani C. Un espacio de acogida y de venopunción en Ginebra. Segunda Conferencia de Consenso sobre reducción de daños asociados al consumo de drogas. Bilbao, 6-8 junio 2002.
- 19 Rotondo T, Spreyermann C, Willen C. Locaux de consommation à moindre risque - Un projet original d'intérêt public et d'économie privée. II^{ème} Conférence latine de réduction des risques liés aux usages de drogues. Perpignan, 22-24 mai.21, 2003.
- 20 Poschadel S, Höger R, Schnitzler J, Schreckenberger D. Evaluation der Arbeit Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Zeus GmbH, August, 2002.
- 21 Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, Haasen C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003; 33: 663-688.
- 22 Kemmesies UE. The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995. Frankfurt: Indro e.V - Coordination Bureau, European Cities on Drug Policy (ECDP), 1995.
- 23 Kerr T, Wood E, Palepu A, Wilson D, Schechter MT, Tyndall MW. Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities? *J Drug Issues* 2003; 33: 579-608.

- 24 Kerr T . Safe injection facilities - Proposal for a Vancouver Pilot Project. Vancouver BC: Harm Reduction Action Society, 2000.
- 25 MacPherson D, Rowley ML. A framework for action – A four-pillar approach to drug problems in Vancouver. Vancouver BC: Office of the Drug Policy Coordinator, 2001.
- 26 Elliott R, Malkin I, Gold J. Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada: questions juridiques et éthiques. Montréal: Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.
- 27 van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen D. Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *Europ Addiction Res* 2003; 9: 94-100.
- 28 Salatz E. Consumption Rooms in NL. Gröningen, 2002.
- 29 Arrieta I. Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) de Las Barranquillas, rebautizado popularmente como 'narcosala'. *Aunar* 2002; 69: 14-17.
- 30 Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rosell E. EVA - Espacio de Venopunción higiénica Asistida: Oportunidades reales para ejercer la prevención. *II^{ème} Conférence latine de réduction des risques liés aux usages de drogues*. Perpignan, 22-24 mai 2003.
- 31 Anoro M, Ilundain E, Santisteban O. Barcelona's safer injection facility –EVA: A harm reduction program lacking official support. *J Drug Issues* 2003; 33: 689-712.
- 32 Munduko Medikiak. Informe de actividad de la sala de consumo supervisada tras seis meses de funcionamiento. Bilbao: Munduko Medikiak, 2004.
- 33 Comisión Mixta, Depto. Vivienda y Asuntos Sociales, Dirección de Drogodependencias - Depto. Sanidad. Informe: Necesidades de intervención para el perfil de drogodependiente que no responde a los Programas de Mantenimiento con Metadona. Valoración de los programas de dispensación terapéutica de heroína. Vitoria-Gasteiz: Comisión Mixta, 2001.
- 34 Kübler D. Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre. Paris: L'Harmattan, 2000.
- 35 Kübler D. Agir sur l'entourage de la toxicomanie: les services a bas seuil et les voisinages urbains. *Dépendences* 2002; 17: 26-29.
- 36 Klein H, Levy JA. Shooting gallery users and HIV risk. *J Drug Issues* 2003; 33: 751-768.
- 37 Malkin I, Elliott R, McRae R. Supervised injections facilities and international law. *J Drug Issues* 2003; 33: 539-578.

