



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

¡Apúntame a la sala!

**Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y
evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas
de consumo higiénico de Barcelona.**

Tesis Doctoral

Rafael Clua García

Junio 2016

Director: Dr. Aurelio Díaz Fernández

**Departament d'Antropologia Social i Cultural de la
UAB**

Programa de Doctorat en Antropologia social i cultural

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a todas aquellas personas que han contribuido de una manera u otra a la realización de esta investigación. Muchas gracias a todos los usuarios y profesionales de los centros estudiados y a los técnicos municipales responsables de los programas de drogodependencias de Barcelona.

Quiero dar una mención especial de aquellas personas que me han guiado y echado una mano para sacar adelante esta investigación. En primer lugar, a mi director de tesis Aurelio Díaz. Muchas gracias por tu mano dura, tus consejos y por dejarme disfrutar y sufrir el trabajo a mi manera. Sobre todo felicitarte por haber tomado la decisión de tomarte unas vacaciones permanentes. Agradecer también a Guillaume Dumont por desencallar mi cerebro en momentos de bloqueo y ayudarme a sacarle jugo a los datos de la investigación. A Sònia Martí (ASPB/ABD) por maquillar el texto, arreglar mis renglones torcidos y darme su valioso punto de vista en algunas discusiones del trabajo. A David Pere Martínez Oró (Unidad de Políticas de Drogas de la UAB) por las recomendaciones bibliográficas. A Antoni Llorc (Servei de Salut Mental i Adiccions de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus) por discutirme la argumentación y las conclusiones de la investigación.

Durante el trabajo de campo ha habido muchas personas que me han ayudado facilitándome datos y el acceso a los lugares de investigación. Doy las gracias a Olga Díaz (Creu Roja) por abrirme en su día la puerta al mundo de las salas de consumo higiénico. A Teresa Brugal (ASPB), Carmen Vecino (ASPB), Xavier Majó (ASPCat) y Laia Gasulla (ASPCat) por facilitarme datos y el acceso a los centros estudiados. También a Alicia Molina (Asaupam) por facilitarme los datos del EPA de Sant Roc de Badalona. Por supuesto a todos los coordinadores de los centros estudiados: Alejandra Pineda, Elena Sala y Diego Aránega del CAS Baluard, Cris Beltrán de la unidad móvil de Zona Franca, Claudio Castillo del CAS Fòrum, Noemí González y Laura Pérez de “El Local” de La Mina. Sobre todo a Arnau Serra por ayudarme en el tramo final del trabajo de campo haciéndome de puente con el CAS Fòrum y “El Local” de La Mina.

También quiero agradecer a los compañeros de trabajo que me han acompañado estos últimos años. A mis colegas del CAS Brians 1, en especial a mi núcleo duro: Enric

Bañuls (gracias por los comentarios en la conclusión de la investigación), Miriam Imbernón, Dito Eningo y Raúl Jiménez (merci por el *acid*). A todas mis compañeras del campus de Manresa (Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya), sobre todo a Carme Valiente por confiar en mí y haberme dado un espacio para crecer como profesor en el campo de las drogas. A mis compañeras de doctorado Aina Mangas, Montse García y Sarah Lázare con las que nos hemos ido dando apoyo durante estos años tan sufridos. Tampoco quiero olvidarme de todos aquellos estudiantes e investigadores que a lo largo de estos años han confiado en mí para echarles una mano.

Por último, esta tesis va dedicada a mi familia y seres queridos. A mis padres, hermano, cuñada y sobrinas Paula y Alba por el cariño recibido. También a mis amigos de Barcelona y Castelldefels y todos los que andáis por ahí dando vueltas. Por supuesto a Esther Roldán y Lucas Solana agradecerles por el apoyo incondicional y pedirles perdón por mis momentos de ausencia; sabéis que os quiero.

RESUMEN

¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona.

El final de los años 80 marcó el arranque de las políticas de reducción de daños en Barcelona para hacer frente a las consecuencias del consumo de drogas por vía parenteral. Diez años más tarde, en la mayor escena de venta y consumo de drogas que tenía la ciudad, se dio inicio a la puesta en marcha de las salas de consumo higiénico (SCH). En estos espacios se consume bajo la supervisión de profesionales, evitándose la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las muertes por sobredosis. Hoy en día, las SCH se han expandido por la mayoría de distritos de la ciudad y barrios de ciudades periféricas con resultados positivos. Sin embargo, los recortes en sanidad, la dispersión de los consumidores hacia otras zonas, las dificultades de acceso a los tratamientos y una falta de coordinación en la distribución de servicios sociosanitarios convergen en el estancamiento del avance de las políticas de drogas de Barcelona.

Esta tesis se centra en los procesos de salud/enfermedad/atención de los consumidores de drogas que acuden a estas SCH. Se realiza una Epidemiología sociocultural, propuesta que establece un diálogo entre la Epidemiología convencional y la Antropología médica, para alcanzar mayores posibilidades en el diagnóstico de salud con el fin de orientar en la intervención de los planes de actuación sobre drogas de Barcelona. Así pues, esta tesis procura un análisis de las necesidades sanitarias, sociales y legales de los usuarios de estos dispositivos y una evaluación de las políticas de reducción de daños. Para este propósito, se realizó una investigación etnográfica entre 2011 y 2015 en cinco SCH con usuarios, profesionales y técnicos municipales de drogodependencias. Estos datos fueron complementados con los ya recogidos en informes epidemiológicos, además de con indicadores de los programas de reducción de daños y las memorias de los centros sociosanitarios estudiados. El análisis revela las características y necesidades de los usuarios según la organización de sus vidas en torno al consumo de drogas. Los diferentes estilos de vida ponen de manifiesto la necesidad de diseñar programas sociosanitarios específicos. En definitiva, los planes de actuación sobre drogas deben cambiar de rumbo para una revitalización y renovación de las políticas de drogas. En cada caso se han realizado propuestas con el objetivo de aumentar la efectividad de la intervención sobre el consumo de drogas en Barcelona.

Palabras clave: salas de consumo higiénico, reducción de daños, políticas públicas de salud, consumo de drogas, Epidemiología sociocultural, Antropología médica.

ABSTRACT

Sign me up for the facility! Sociocultural epidemiology of drug consumption and evaluation of harm reduction policies in drug consumption facilities of Barcelona.

By the end of the 80's, harm reduction policies and strategies were introduced in Barcelona for the first time to tackle the consequences of intravenous drug use. Ten years later, in the largest illicit drug use and market that the city had so far, the first drug consumption facility (DCF) were launched. These are DCF which provide a safe space where substances are consumed under the supervision of professionals, thus avoiding the transmission of infectious diseases and the risk of death by overdose. Nowadays, these DCF are widely spread across the vast majority of the city's districts as well as the suburban areas with positive results. However, funding cuts to health services, the dispersion of consumers to other areas, the increasing difficulty to access treatment and a lack of coordination in the distribution of socio-sanitary services, have all merged in halting the progress of drug policies in Barcelona.

This thesis focuses in the processes of health, disease and service to drug consumers who come to these DCF. The thesis evaluates these processes from an epidemiological and sociocultural perspective and establishes a dialogue between conventional Epidemiology and medical Anthropology. The goal is to achieve greater opportunities for health diagnostics with the purpose of offering improved guidance for drug intervention programs in Barcelona. Thus, this thesis offers an analysis about the health, social and legal needs of the consumers of these DCF and it also evaluates the current harm reduction policies. For this purpose, an ethnographic investigation was carried out between 2011 and 2015 in five DCF by interviewing users, professionals and local drug dependency technicians. The data compiled was complemented with the previous epidemiological reports done, as well as with the indicators from the harm reduction programs and the initial investigation reports carried out in the studied DCF. The analysis reveal the consumers' characteristics and needs according to how they organize their lives around the act of drug consumption. The different lifestyles highlights the need for designing specific socio-sanitary and health programs. In short, drug intervention programs must change their direction towards a revitalization and regeneration of drug policing. For each case suggestions are put forward with the aim of increasing the effectiveness of the intervention on drug consumption in Barcelona.

KEY WORDS: drug consumption facilities, harm reduction, public health policies, drug use, sociocultural Epidemiology, medical Anthropology

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	29
1.1. Epidemiología sociocultural y consumo de drogas.....	29
1.1.1. Rasgos básicos de la Epidemiología sociocultural.....	30
1.1.1.1. Estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención.....	30
1.1.1.2. Articulación de aproximaciones estadísticas y cualitativas.....	34
1.1.1.3. Incluir en el estudio a los actores implicados en los problemas de salud.....	36
1.1.2. Epidemiología sociocultural aplicada al consumo de drogas.....	37
1.1.2.1. Contextos-sujetos-drogas.....	38
1.1.2.2. Consumo de drogas como forma de autoatención.....	43
1.1.2.3. ¿Por qué una Epidemiología sociocultural en el campo de las drogas?.....	46
1.2. Estilos de vida y estratificación social.....	47
1.2.1. Construcción de la tipología de consumidores de drogas: las dimensiones de los estilos de vida.....	49
1.2.2. Estructura social y estilos de vida: relaciones de género, edad y clase.....	50
1.2.2.1. Las relaciones de género.....	50
1.2.2.2. Relaciones de edad y ciclo vital.....	53
1.2.2.3. Las relaciones de clase: sobre las infraclases.....	55
1.3. La construcción del riesgo en el consumo de drogas.....	57
1.3.1. El riesgo en los colectivos sociales.....	58
1.3.2. La gubernamentalidad en la salud pública.....	61
1.3.3. Por un diálogo del riesgo entre los colectivos y la salud pública.....	64
1.4. Reducción de daños en el consumo de drogas.....	66
1.4.1. Prohibicionismo y reducción de daños.....	67
1.4.2. Programas de reducción de daños.....	68
1.4.2.1. Programas de intercambio de jeringuillas.....	69
1.4.2.2. Programas de sustitución con opiáceos.....	71
a) Programa de mantenimiento con metadona.....	71
b) Programa de mantenimiento con buprenorfina y buprenorfina/naloxona.....	73
c) Programa de prescripción de heroína.....	74
1.4.2.3. Intervenciones para el consumo higiénico y seguro.....	76
a) Talleres para el consumo higiénico y seguro.....	76
b) Análisis de sustancias.....	78

1.4.2.4. La participación de los consumidores de drogas.....	79
a) Asociaciones de usuarios de drogas.....	79
b) La figura del agente de salud en los equipos profesionales.....	80
1.4.3. Salas de consumo higiénico.....	81
1.4.3.1. Definición y objetivos de las salas de consumo higiénico.....	81
1.4.3.2. Del underground a la salud pública.....	82
1.4.3.3. Efectividad de las salas de consumo higiénico.....	84
1.4.4. Una breve historia de la reducción de daños en España.....	85
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	93
2.1. Diseño de la investigación.....	95
2.1.1. Acceso y construcción del campo de estudio.....	95
2.2. Población de estudio.....	101
2.2.1. Muestreo.....	101
2.3. Técnicas para la obtención de datos.....	104
2.3.1. Observación participante y diario de campo.....	105
2.3.2. Entrevistas cualitativas.....	108
a) Entrevistas biográficas. Los relatos de vida de los consumidores de drogas.....	109
b) Entrevistas semiestructuradas.....	112
2.3.3. Recopilación de documentos.....	115
2.3.4. Recopilación de noticias periodísticas.....	117
2.4. Técnicas de análisis del material de investigación.....	118
2.4.1. Análisis de las historias de vida de relatos paralelos.....	118
2.4.2. Análisis de contenido.....	119
2.4.3. Análisis de información.....	121
2.4.4. Triangulación.....	122
2.5. Consideraciones éticas y legales.....	123
2.6. Dificultades, sesgos y limitaciones.....	124

CAPÍTULO 3. MERCADOS, CONSUMOS, POLÍTICAS Y SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO EN BARCELONA	127
3.1. Construcción de la red asistencial de drogas de Barcelona (1988 – 2000).....	128
3.2. El Polígono Avillar Chavorros: de la utopía experimental a una real distopía (de los años 70 al 2000).....	132
3.3. Can Tunis, zona de pruebas para la primera sala de consumo higiénico de Barcelona (2001 – 2004).....	138
3.4. La diáspora de los usuarios, conflictos vecinales, actuaciones policiales y nuevas salas de consumo (2005- 2009).....	146
3.5. La “centrifugación” de los usuarios hacia La Mina (2010 – 2015).....	157
CAPÍTULO 4. ITINERARIOS DE LOS USUARIOS DE LAS SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO	169
4.1. Tipología de consumidores y usuarios de las salas de consumo de higiénico.....	169
4.2. Presentación de los informantes.....	173
4.3. La entrada en el mundo de las drogas.....	192
4.4. El origen del malestar hacia el consumo intenso.....	200
4.4.1. La falta de referentes parentales.....	201
4.4.2. Las relaciones de pareja.....	204
4.4.3. La pérdida de hijos.....	207
4.5. De las rutinas del consumo a los problemas económicos y judiciales.....	210
4.5.1. Bajo rendimiento laboral.....	210
4.5.2. “Buscarse la vida” y “buscarse causas”.....	212
4.5.3. El circuito jurídico-penal.....	217
4.6. Perder el país y mucho más: procesos migratorios negativos.....	221
4.6.1. Norte de África: buscando una vida mejor.....	222
4.6.2. Italia: un país duro con los consumidores.....	226
4.6.3. Europa del Este: regímenes, guerras y apertura a Europa.....	229
4.7. Problemas de salud e itinerarios terapéuticos de las drogodependencias.....	231
4.7.1. Problemas de salud: “monos”, sobredosis, infecciones.....	232
4.7.2. Itinerario terapéutico de las drogodependencias.....	236
4.7.2.1. De los centros cerrados al seguimiento ambulatorio.....	237
4.7.2.2. Seguimiento ambulatorio en los CAS y los centros de día.....	240
4.7.2.3. De los CAS a los centros cerrados.....	242
4.7.2.4. Métodos de autoatención al margen de la red asistencial.....	245
4.8. Expectativas de futuro.....	247

CAPÍTULO 5. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA VÍA PÚBLICA, VIVIENDAS Y SALAS

DE CONSUMO HIGIÉNICO	253
5.1. Consumo en la vía pública.....	253
5.1.1. “Consumir en la calle es sensacional”: aspectos positivos del consumo callejero..	253
5.1.2. “Consumir en la calle es peligroso”: aspectos negativos del consumo callejero...	256
5.1.3. Medidas de protección en la vía pública.....	258
5.2. Consumir en viviendas.....	260
5.2.1. “Consumir en casa es tranquilo”: aspectos positivos del consumo en la vivienda.....	260
5.2.2. “Consumir en casa es problemático”: aspectos negativos del consumo en la vivienda.....	262
5.2.3. Medidas de protección en la vivienda.....	264
5.3. Consumir en salas de consumo higiénico.....	265
5.3.1. “Consumir en la sala de consumo es seguro”: aspectos positivos del consumo en las salas de consumo higiénico.....	265
5.3.2. “Consumir en la sala de consumo es molesto”: aspectos negativos del consumo en las salas de consumo higiénico.....	267
5.3.3. Medidas de protección en las salas de consumo higiénico.....	268

CAPÍTULO 6. CONSUMO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS..... | | | |--|-----| | 6.1. ¿Por qué se consume por vía parenteral en Barcelona?..... | 272 | | 6.1.1. Disponibilidad de sustancias en Barcelona..... | 273 | | 6.1.2. Economía e intensidad del consumo de drogas..... | 275 | | 6.1.3. Pasar a la aguja y difícil transición inversa..... | 277 | | 6.2. ¿Cómo puede disminuir la re/ infección de VIH y las hepatitis?..... | 278 | | 6.2.1. Programas para promocionar el consumo higiénico..... | 278 | | 6.2.1.1. Programas de intercambio de jeringuillas..... | 279 | | 6.2.1.2. Talleres de venopunción higiénica y para el cambio de vía..... | 282 | | 6.2.2. Diagnóstico y seguimiento de las enfermedades infectocontagiosas..... | 283 | | 6.3. ¿Cómo pueden reducirse las sobredosis?..... | 286 | | 6.3.1. Talleres de atención en sobredosis y distribución de naloxona..... | 286 | | 6.3.2. Análisis de sustancias..... | 288 | | 6.4. Participación de los usuarios en las políticas de reducción de daños..... | 291 |

CAPÍTULO 7. LAS SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO DE BARCELONA	295
7.1. Las salas de consumo higiénico de Barcelona estudiadas.....	295
7.1.1. Servei d'Atenció Sociosanitària i Prevenció (SAPS).....	297
7.1.2. CAS Baluard.....	297
7.1.3. Unitat mòvil de Zona Franca.....	299
7.1.4. CAS Fòrum.....	299
7.1.5. “El Local” de La Mina.....	300
7.2. Funcionamiento y normas básicas.....	301
7.2.1. Acceso de los usuarios.....	301
7.2.2. Normas básicas de los centro.....	302
7.2.3. Normas en los espacios de consumo.....	302
7.2.4. Normas en otras áreas de los centros.....	303
7.3. Análisis del funcionamiento y normativa.....	304
7.3.1. Ubicación.....	304
7.3.2. Horarios.....	318
7.3.3. Espacios de consumo higiénico.....	326
7.3.4. Consignas, zona de higiene personal y gestión de los alimentos.....	339
7.3.5. Material para el consumo de drogas.....	341
7.3.6. Normativa básica en la sala de consumo higiénico y otras áreas.....	347
7.3.7. Intervención de los profesionales.....	359
CAPÍTULO 8. TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS	365
8.1. Dificultad en el acceso a la atención sanitaria de las drogodependencias.....	366
8.1.1. Listas de espera en los CAS.....	367
8.1.2. Difícil derivación de los usuarios a comunidades terapéuticas.....	368
8.1.3. Los centros terapéuticos no cubren las necesidades de los usuarios.....	369
8.1.4. Los usuarios extranjeros y no cotizantes no tienen tarjeta sanitaria.....	371
8.2. Consideraciones y limitaciones de los tratamientos para las drogodependencias.....	374
8.2.1. Tratamientos para el consumo de heroína.....	374
8.2.2. Tratamientos para el consumo de cocaína.....	377
8.2.3. Problemas añadidos a la sustancia principal de consumo.....	378

CAPÍTULO 9. ASPECTOS SOCIALES Y LEGALES DE LA ATENCIÓN A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS	381
9.1. Ser hombre, ser mujer: las relaciones de género en las salas de consumo higiénico...	381
9.1.1. Colectividades y compañías.....	381
9.1.2. “Buscarse la vida” y género.....	382
9.1.3. Codependencias y “favores” entre hombres y mujeres.....	384
9.1.4. Maternidad – paternidad.....	388
9.1.5. Efectos negativos para la salud desde una perspectiva de género.....	391
9.2. Las relaciones de edad: roles entre iniciados y veteranos.....	391
9.2.1. Iniciarse en el consumo de drogas.....	392
9.2.2. “Buscarse la vida” y edad.....	393
9.2.3. Expectativas de vida.....	394
9.2.4. Estigma y deterioro físico.....	395
9.2.5. Los otros jóvenes.....	397
9.3. Vidas precarias: sin casa, sin familia, sin oficio, sin ocio.....	399
9.3.1. Familia y vivienda.....	399
9.3.2. Ocupar el vacío de las drogas: trabajo y tiempo libre.....	402
9.3.3. Gestión de las rentas mínimas.....	404
9.4. Policías, jueces y abogados: buscar alternativas a la criminalización de los usuarios.....	406
9.4.1. Presión policial.....	406
9.4.2. Revisar la jurisprudencia.....	409
9.4.3. Alternativas a la prisión.....	412
9.4.4. Formalizar a los “indocumentados”.....	414
CONCLUSIONES	417
BIBLIOGRAFÍA	439
ANEXOS	467
Anexo I. Información del proyecto de investigación.....	467
Anexo II. Declaración de consentimiento informado.....	468

INTRODUCCIÓN

A principios de marzo de 2014 me reencuentro con Juanjo, consumidor conocido de hace años, en el barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs. Acaba de salir de prisión después de 5 años de condena por delitos contra la salud pública, debido a la reventa de *trankimazines* y por varios robos y hurtos. Pese a estar en libertad, sus problemas continúan: “Ahora tengo 37 años, me he dejado la juventud drogándome y mi familia no quiere saber nada de mí”. Antes de entrar en prisión vivía a, apenas, tres paradas de metro, en Badalona, pero me explica que “desde que he salido, vivo en la calle y me muevo por aquí (La Mina)”. Consume diariamente tres o cuatro dosis de heroína por vía parenteral y cuando tiene más dinero la consume mezclada con cocaína, también llamada *speedball*, “para no quedarme *pillado* con la *paranoia*”, como suele explicar. En la recta final de su condena decidió salir en libertad “limpio” para no seguir “atado” al tratamiento de metadona. Pero, actualmente, dice que las cosas no le están yendo bien. Duerme en un cajero automático con “dos compañeros” y no espera encontrar trabajo. Cobra cada el día 10 de cada mes la paga por excarcelación que apenas le dura unos días, así que cuando no tiene dinero “pido limosna en las máquinas automáticas del metro de Drassanes o hago alguna *travesura*”. Cuando tiene el dinero suficiente, se cuela en la línea amarilla del metro para ir hasta Besòs Mar y compra sus dosis en un bloque de la calle Venus del barrio de La Mina que le recomendó un “amigo”. Esta es su rutina diaria pero disgustado me cuenta que “no me gusta estar así otra vez, me veo otra vez preso y no sé qué voy hacer”.

Juanjo lucha por mantenerse vivo y toma medidas para preservarse de los daños del consumo de drogas. Cuando adquiere las dosis, consume en el Taller tutorizado de “El Local” de La Mina, un espacio de venopunción asistida de ocho plazas conocido como el TT. No obstante, “El Local” no está abierto las 24 horas y según Juanjo, no siempre es el lugar más cómodo para consumir. De hecho, este mediodía se queja en el comedor de “El Local” después de consumir su segunda dosis del día: «esto abre tarde... yo antes de las 11 necesito quitarme *el mono* (síndrome de abstinencia), no puedo esperar a que abran; además, ahí dentro no se puede estar tranquilo con tanta gente *dando por culo* y haciendo cola para quitarte *la tontería*». Así pues, cada mañana consume en la zona de las vías del tren, situada a menos de 200 metros. En alguna ocasión ha tenido más de un

susto. Mientras tomamos algo en el comedor, me cuenta con detalle la aventura que le pasó hace unos días: «El otro día en las vías le dio una sobredosis a un colega, tardaron más de diez minutos en venir y tuve que darle dos *cates* para que reaccionara y no había manera, suerte que había otros por allí que pudieron avisar a los de “El Local” para que le pincharan el *contrarrestante* (naloxona)».

En agosto de 2014, me cruzo con Juanjo por el patio de acceso a “El Local”. Charlamos un momento y aprovecho para ponerme al día. Cuenta que sigue con su rutina diaria pero que ha decidido a romper con su vida actual. Sin embargo, desde que salió de prisión, ha dejado de tomarse la medicación antirretroviral para el VIH, no realiza seguimientos para la hepatitis C, que seguía desde hace años, y ha perdido unos 15 kilos. Explica que está buscando ayuda por parte de los profesionales, diciendo que “he pedido hablar con los educadores de “El Local” a ver si me solucionan algo”. De hecho, quiere ingresar en una comunidad terapéutica pero la primera la visita no la tiene hasta dentro de dos meses. Mientras, está buscando otra solución; por ejemplo, a través del centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS): «he ido al CAS y me dan visita para dentro de dos semanas... es un rollo, si quiero dejarlo, para cuando tenga la visita, si paso el mono ya no la necesitaré, además, la metadona es una mierda... te enganchas a la metadona para acabar enganchado a la *coca* (cocaína), necesito irme de aquí, irme a una comunidad (terapéutica). Estoy por llamar a los de RETO (centro evangelista) que aunque no me va su rollo de Dios al menos podré dormir de caliente».

A principios de octubre de 2014, tiene la primera visita para ingresar en la comunidad terapéutica. Este viernes, el educador de “El Local” lo tiene que acompañar pero Juanjo no viene. Durante unos días no sabemos nada de él. Reaparece el lunes por la mañana por “El Local” después de haber pasado un fin de semana en los calabozos a la espera de cargos. Para justificarse, Juanjo nos explica: «no he podido venir porque me *cazaron* los Mossos (d’Esquadra) con cuatro *bolas* (de heroína) y me acusan de vender (delito contra la salud pública). Me acusan de haber vendido una *bola* a un *notas* en el Raval... venía de consumir de Baluard y creo que se han *chivado*. Llevaba tres *bolas* separadas... les he dicho que es para mi consumo y que quién me ha *firmado* no lo conozco... ahora tengo que hablar con los abogados, espero que quede en nada».

Juanjo, y otros más de 3000 usuarios diferentes registrados anualmente, visitan los centros sociosanitarios como “El Local” de La Mina, donde disponen de salas de consumo higiénico (SCH) y otros programas de reducción de daños para mejorar su calidad de vida. Las SCH existen en Europa (Suiza, Países Bajos, Alemania, España, Dinamarca, etc.), en Vancouver (Canadá) y Sidney (Australia), en general ciudades donde se han generado graves problemas de salud pública a consecuencia del consumo de drogas por vía parenteral (Hedrich, Kerr, Dubois-Arber, 2010). Estos espacios se han integrado en centros sociosanitarios o unidades móviles con el objetivo de acercar a los consumidores de drogas a los diferentes programas. En estos centros se han promovido los programas de intercambio de jeringuillas, los talleres de atención de sobredosis y otras intervenciones con el objetivo de: disminuir la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas provocadas por compartir material de consumo, disminuir y evitar las muertes por sobredosis como reacción negativa a las sustancias y mejorar los cuidados personales, así como dar cobertura a otras necesidades de sus beneficiarios. Esta tesis se centra en la detección de las necesidades sanitarias, sociales y legales de los usuarios de las SCH, realizándose un análisis de las políticas de drogas de Barcelona. Concretamente, se evalúa el funcionamiento de los programas de reducción de daños en las SCH. El objetivo es orientar en la renovación y revitalización de estos programas para una mayor eficacia del modelo de actuación sobre drogas de la población consumidora en procesos de exclusión social.

Políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona

Las SCH han demostrado ser eficaces para reducir daños a diferentes niveles. En varias revisiones nacionales e internacionales (Clua, 2015; Hedrich, 2004; Hunt, 2006; Noel et al., 2009; Potier et al., 2014), se evidencia que las SCH son espacios donde se puede consumir con la garantía de evitar muertes como reacción a las sustancias y en los que, a su vez, se intenta evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, a través de la promoción de conocimientos sobre los riesgos y daños derivados del consumo de drogas. Además, estos espacios son la puerta de entrada de los consumidores a otros programas sociosanitarios para iniciar tratamiento, cubrir necesidades básicas (higiene, alimentación, etc.) y también para recibir atención de carácter social (documentación personal, solicitud de prestaciones sociales, gestión de recursos externos como albergues, comunidades terapéuticas, centros de VIH, etc.) (Clua, 2011; Daigre et al., 2010; Rodríguez, Martín y Bacigalupe, 2010). A nivel comunitario, las SCH tienen un

impacto positivo reduciendo el consumo y las jeringuillas desechadas en la vía pública, mejorando considerablemente el orden público y la convivencia con los vecinos (Arostegi y Pérez, 2012; Vecino et al., 2013).

En las SCH los consumidores continúan su proceso vital. No obstante, y a pesar de su eficacia a la hora de ofrecer un ambiente seguro para evitar las sobredosis y el contagio de enfermedades infectocontagiosas debido al uso compartido de material de consumo, el funcionamiento y los servicios que ofrecen estos centros puede ser mejorable. Existen una serie de aspectos, como su ubicación, horarios, normas, metodología de intervención... que pueden dar lugar a que muchos usuarios, como en el caso de Juanjo, decidan no consumir en estos espacios y hacerlo, en cambio, en otros lugares como viviendas, lugares insalubres o en la vía pública, bajo el precepto de conseguir una mayor satisfacción en el consumo de drogas. Sin embargo, los riesgos asumidos pueden inclinar la balanza hacia consecuencias negativas no contempladas previamente. Además, los usuarios tienen una serie de necesidades, algunas nuevas y otras eternamente ignoradas, que precisan del diseño de estrategias para su abordaje. Esta tesis se centra en conocer cuáles son las necesidades sociosanitarias y legales de los usuarios y en evaluar las políticas de reducción de daños en las SCH.

En el caso de Barcelona, se ha producido un largo recorrido hasta la puesta en marcha de estos dispositivos. Desde los años 80, el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral ha producido graves problemas de salud que se han ido paliando con diferentes planes de actuación hasta la actualidad. Para ello tuvo que darse un cambio de paradigma hacia finales de los años 80, favoreciendo un acercamiento de los profesionales a los espacios naturales de consumo de drogas para, así, promover programas adaptados a los consumidores. Barcelona, aunque tarde, ha sido una ciudad solvente en la puesta en marcha de políticas de reducción de daños. Para paliar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral, desde las Administraciones de salud pública se pusieron en marcha los programas de intercambio de jeringuillas para que los consumidores que no pretendían dejar de consumir pudieran evitar y disminuir el riesgo de contagiarse de enfermedades contagiosas (VIH y Hepatitis B y C) (Romero et al. 2005). También en los CAS se pusieron en marcha los tratamientos con metadona, reduciéndose el consumo de heroína y sus problemas asociados (Brugal, 2005; Manzanera et al., 2000). A su vez, se llevaron a cabo campañas para potenciar el

diagnóstico temprano del VIH y crear estrategias para la adherencia al tratamiento antirretroviral mejorando la calidad de vida de los afectados. Además, se reforzaron las estrategias con el fin de evitar las muertes derivadas del consumo intensivo y peligroso de drogas. Por último, con la aceptación de que muchos de los usuarios van a seguir consumiendo, se pusieron en marcha las salas de consumo higiénico (SCH) en 2001 (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003).

En 2009 se llevaron a cabo recortes económicos que han afectado al funcionamiento de los servicios de salud destinados a la atención de las drogodependencias (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:66). No obstante, pese a que en Barcelona se ha venido ofreciendo un amplio abanico de medidas terapéuticas y los tratamientos para el consumo de drogas, la apuesta ha sido excesivamente sanitarista realizando un control epidemiológico, carente de una visión global de los problemas de los consumidores de drogas. Éstos, además de problemas de salud tienen difícil acceso a la vivienda, al trabajo, al ocio, la formación y una falta de vínculos familiares (Clua, 2011, 2015; Folch et al., 2012), que no han sido abordados suficientemente desde las políticas de reducción de daños de Barcelona. Asimismo, durante estos años ha faltado un mayor trabajo de coordinación entre las políticas públicas sociosanitarias de las drogodependencias y las fuerzas de seguridad y justicia. Mientras se han ofrecido espacios para el consumo de drogas y se han promovido programas para la promoción de la salud de los consumidores, en algunos barrios se ha endurecido la actuación policial (Vecino et al., 2013), persiguiendo a usuarios en los alrededores de estos dispositivos por tenencia de sustancias y otras faltas administrativas y/o delitos menores que han agravado la situación personal de los usuarios.

En la actualidad, las políticas y programas de reducción de daños de la ciudad tienden hacia el estancamiento. En los últimos años, debido a los recortes en sanidad, la dispersión de los consumidores (provocada por la presión policial) hacia otras zonas de venta de drogas poco equipadas, las dificultades de acceso a las programas de atención a las drogodependencias y una falta de coordinación de los equipamientos sociosanitarios han puesto de manifiesto los obstáculos para seguir haciendo frente al problema del consumo de drogas por vía parenteral, pulmonar y nasal. Los datos epidemiológicos son esclarecedores. Por estos dispositivos pasan a diario hombres (alrededor del 80%), de origen español (más del 60%), con una edad media por encima de los 35 años, con un

historial de más de 10 años de consumo de drogas (heroína y/o cocaína) por vía inyectada y/o pulmonar. Estos usuarios llevan un seguimiento irregular de los tratamientos para las drogodependencias, más de la mitad ha sufrido sobredosis, tienen problemas de salud relacionados con las enfermedades infectocontagiosas (70% infectado por Hepatitis C y un 30% de VIH), y viven con graves problemas conductuales y de salud mental. Alrededor de un tercio de los usuarios no tiene vivienda, más de la mitad no tienen trabajo, tiene poco arraigo familiar y un reducido círculo de amistades. Además, la mitad de los usuarios tiene su fuente de ingresos de forma ilegal, cerca de tres cuartas partes ha tenido problemas con la justicia y más de la mitad ha estado en prisión (Clua, 2015; Folch et al., 2012). Por lo tanto, Juanjo no es un caso aislado.

El problema del consumo de drogas en población en procesos de exclusión social ha sido altamente estudiado en la ciudad de Barcelona. Desde los años 90, la Agència de Salut Pública de Barcelona, la de Cataluña y otros colectivos de investigadores han realizado estudios epidemiológicos para determinar los daños producidos por el consumo de drogas por vía parenteral. Éstos han permitido conocer la gravedad del problema, movilizándolo líneas de actuación para hacerle frente. También se han realizado estudios evaluando dichas actuaciones para promover mejoras que aumenten su eficacia. Los estudios epidemiológicos estadísticos permiten conocer la trascendencia de la situación y las desventajas o ventajas del uso de ciertos programas para las drogodependencias. No obstante, éstos no han contado suficientemente con la voz de los agentes sociales implicados, echándose de menos un conocimiento de las relaciones que se establecen entre los consumidores y las implicaciones contextuales para incorporarlos a los programas sociosanitarios que se proponen. La carencia del estudio en profundidad de dichos aspectos limita la participación de los interesados para buscar soluciones sobre el daño evitable. Además, la mayoría de estudios se realiza desde un marco institucional, no teniendo suficiente información sobre los espacios naturales del consumo de drogas que permiten conocer las relaciones, los riesgos y los daños que se producen en los diferentes contextos.

Las investigaciones específicas sobre las SCH de Barcelona han sido escasas. En 15 años de existencia de estos dispositivos, apenas se han realizado algo más de una decena de estudios. Estos se han interesado por la evaluación de su funcionamiento, como en el

caso del programa de reducción de daños de Can Tunis (Anoro Ilundain, Santisteban, 2003), el CAS Vall Hebron (Daigre et al., 2010), la unidad móvil de Zona Franca (Dietze et al., 2012) y el SAPS de Creu Roja (Clua, 2012). También se ha evaluado el impacto comunitario: el caso del CAS Vall Hebron (Curtó, 2011) y el impacto de las SCH para disminuir el número de jeringuillas desechadas en la vía pública de la ciudad de Barcelona (Vecino et al., 2013). Se han realizado estudios sobre el perfil de los inyectores de Cataluña con una parte de la muestra de usuarios reclutados en las SCH de Barcelona (Folch et al., 2012); también, específicamente, sobre los jóvenes inyectores que usan las SCH (Bravo et al., 2009) y sobre el perfil psicológico de los usuarios del CAS Baluard (Torrents, 2006). Además, se puede contar con los informes publicados por la ASPB que realizan una valoración general de “poblaciones adictas” reclutadas en los diferentes centros de la ciudad (ASPB, 2006; Brugal et al., 2009 y 2013). Otro aspecto específico por el que se ha mostrado interés es el del síndrome posconsumo de cocaína en las SCH (Andreo et al., 2013; Delás et al., 2008; Roncero et al., 2013). Los diferentes estudios aportan resultados y conclusiones interesantes pero hasta el momento no se había realizado un análisis global de las SCH de Barcelona.

Los estudios epidemiológicos han permitido realizar el diagnóstico de salud de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social y a determinar intervenciones para responder a estos problemas de salud; pero estos estudios deben complementarse con una investigación detallada de la multiplicidad de escenarios del consumo de drogas que cuente con la participación de los propios afectados. Este tipo de limitaciones resaltan la necesidad de una evaluación de las políticas de reducción de daños de Barcelona que promueva fórmulas para aumentar la efectividad de estos dispositivos y otras propuestas de reducción de daños.

Por todo ello, esta tesis consiste en una Epidemiología sociocultural del consumo de drogas en poblaciones en exclusión social de Barcelona. La propuesta articula la Epidemiología convencional y la Antropología médica con el afán de realizar un diagnóstico de la salud enriquecido por la recolección de datos de ambos métodos de investigación. Con este planteamiento teórico-metodológico se han articulado resultados producidos desde investigaciones epidemiológicas y los generados en el curso del trabajo de campo etnográfico, posibilitando la descripción de los procesos de salud/enfermedad/atención de los consumidores de drogas que acuden a las SCH de

Barcelona, determinando los problemas de salud, las formas de autoatención y el uso de programas de reducción de daños, y los tratamientos que llevan a cabo para hacer frente a los problemas del consumo de drogas. A su vez, la inclusión de los actores principales en el estudio ha permitido discernir los elementos socioculturales, históricos, políticos y legales que afectan en los procesos de drogodependencias de la población estudiada y de qué manera debe reforzarse la intervención de las drogodependencias en Barcelona. De este modo, el conocimiento de la realidad mediante la etnografía ha facilitado una interpretación holística del problema de investigación. Concretamente, se ha orientado a la renovación y revitalización de los programas de reducción de daños y los tratamientos a los drogodependientes en situación de exclusión social.

Puntos de partida, objetivos y metodología de la investigación

Hipótesis de la investigación

En actualidad los consumidores de drogas que acuden a las SCH no tienen cubiertas sus necesidades para hacer frente a los problemas generados en sus procesos de salud/enfermedad del consumo de drogas. Este problema se aborda a partir de tres hipótesis propuestas en un trabajo de campo previo (Clua, 2011), una revisión de la literatura (Clua, 2015) y datos exploratorios previos a la investigación actual.

En primer lugar, las políticas de reducción de daños de la ciudad de Barcelona han sido solventes poniendo en marcha programas para paliar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis B y C) y reducir las sobredosis. No obstante, en los últimos años se detecta cierto estancamiento en la cobertura de las necesidades de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social. De este modo, la primera hipótesis es que en la ciudad de Barcelona las políticas de drogas son frágiles y precisan una revisión de su modelo de intervención hacia propuestas más eficaces con una revitalización de los programas de reducción de daños y de tratamiento de las drogodependencias.

En segundo lugar, se valora positivamente la puesta en marcha de las SCH para hacer frente a los daños del consumo por vía parenteral, pero precisan ser evaluadas globalmente para conocer su eficacia. Por ello, la segunda hipótesis asume que los consumidores que acuden a las SCH reducen daños sanitarios (sobredosis, contagio de

enfermedades infectocontagiosas, etc.), sociales (estigmatización, presión policial, etc.) y de orden público (multas administrativas, persecución policial, etc.).

Por último, la tercera hipótesis supone que los estilos de vida de los consumidores de drogas son cambiantes y se configuran a lo largo de los procesos de salud/enfermedad/atención, los cuáles son determinados por las influencias del contexto (histórico, político, legal, social y sanitario) y las desigualdades en la salud producidas por el orden estructural.

Con estas hipótesis, se plantean una serie de preguntas sobre el problema descrito. La primera cuestión es que en los centros con SCH se llevan a cabo una serie de programas para reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas. Pero, ¿cuáles son los programas de reducción de daños y los tratamientos dirigidos a la población estudiada? A partir de este conocimiento, se plantea ¿de qué manera utilizan los servicios sociosanitarios para cubrir sus necesidades? Pese a plantearse unos programas que son evaluados como efectivos para reducir las sobredosis, las enfermedades infectocontagiosas por compartir material de consumo y proponerse programas de cobertura de necesidades sociales, ¿cuáles son las necesidades de los usuarios que acuden a los centros con SCH?, y dado que éstas difieren según los estilos de vida de los usuarios que acuden a estos dispositivos, ¿cuáles son los estilos de vida de los usuarios de las SCH? Además, los usuarios, no siempre acuden a consumir a las SCH al presentarse una serie de limitaciones en el acceso y uso como pone en evidencia el caso de Juanjo. Entonces, si las SCH están dirigidas a los usuarios, ¿qué aspectos deben mejorar las SCH para aumentar la efectividad de estos dispositivos?, ¿cómo se puede orientar a los técnicos municipales y profesionales de las SCH para aumentar la satisfacción de los usuarios que utilizan estos dispositivos? Así pues, y ahora desde un punto de vista más amplio, ¿cuáles son los desafíos de la intervención de reducción de daños del consumo de drogas?, ¿qué tratamientos para las drogodependencias y problemas relacionados se pueden ofrecer?, ¿qué estrategias relacionadas con aspectos sociales y legales se pueden aplicar para mejorar la calidad de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico?

Objetivo de la investigación

El propósito de esta investigación es conocer las necesidades sociales, sanitarias y legales de los usuarios que acuden a las SCH, así como evaluar las estrategias de reducción de daños a través de estos dispositivos para orientar y proponer programas sociosanitarios que mejoren la calidad de vida de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- i. Describir los hechos históricos, políticos y sociales de la puesta en marcha de programas para la reducción de daños del consumo de drogas.
- ii. Describir los estilos de vida y los procesos de salud/enfermedad/atención de los consumidores de drogas.
- iii. Analizar los itinerarios terapéuticos de los consumidores de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico.
- iv. Aprender los riesgos asumidos por los consumidores a partir del análisis de los discursos y prácticas del consumo de drogas en viviendas, vía pública y salas de consumo higiénico.
- v. Analizar el funcionamiento y normas de las SCH para orientar y aportar líneas de actuación para mejorar la efectividad de estos dispositivos.
- vi. Analizar las desigualdades en la salud determinadas por el orden estructural por las relaciones de género, clase y edad.
- vii. Conocer la construcción del problema desde la perspectiva de los usuarios, los profesionales y los técnicos municipales de drogodependencias de Barcelona.
- viii. Orientar en la puesta en marcha de recursos sociosanitarios, tratamientos y otras propuestas innovadoras para la atención de las drogodependencias desde una perspectiva de reducción de daños.

Metodología de la investigación

Con este fin, se realiza un diagnóstico de salud y una evaluación de las políticas de reducción de daños desde la propuesta metodológica de la Epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008; Haro, 2013). Esta herramienta se caracteriza por estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención de la población estudiada, articulando datos generados con metodologías cuantitativas y cualitativas y estableciendo un diálogo con los afectados y los diferentes actores implicados del problema de salud: los usuarios de las

SCH, los profesionales y los técnicos municipales de drogodependencias. Este enfoque permite mayores posibilidades en el diagnóstico de salud, teniendo un conocimiento profundo del contexto, necesario para descifrar las claves del problema con el fin de intervenir con dinamismo y versatilidad en el cambiante fenómeno del uso de drogas.

A partir de esta propuesta se analizan los procesos de salud/enfermedad y los itinerarios terapéuticos (Comelles, 1997; Haro, 2000) producidos en torno al consumo de los usuarios que acuden a las SCH de Barcelona. Dichos itinerarios se analizan a partir de la definición de una tipología de los estilos de vida sobre el consumo de drogas y el uso de las SCH de Barcelona. Entre los tipos sociales establecidos se compara la intensidad de consumo, la aceptación del riesgo y la incorporación de los programas sociosanitarios de atención al consumo de drogas. La tipología propuesta se relaciona con la concepción del riesgo en el consumo de drogas realizado en la vía pública, las viviendas y las SCH desde una perspectiva sociocultural (Douglas, 1996, 2007). Frente a estos riesgos se da una respuesta desde la gubernamentalidad de las políticas de reducción de daños (Sepúlveda, 2010) para evitar las consecuencias negativas de dichas diferentes prácticas. Por lo tanto, para este propósito se ha realizado una evaluación de los programas de reducción de daños de Barcelona. Concretamente, se analiza la puesta en marcha de las SCH, los diferentes aspectos elementales para valorar su efectividad y los diferentes programas llevados a cabo en estos dispositivos. Además, se han estudiado aspectos sociales y legales que atañen al orden estructural en las relaciones entre los consumidores de drogas y con el resto de la ciudadanía.

La investigación se ha realizado entre noviembre de 2011 y diciembre de 2015. La fase de trabajo de campo se desarrolló entre noviembre de 2012 y octubre de 2014 en cinco centros de atención a las drogodependencias con SCH: SAPS de Creu Roja y el CAS Baluard del barrio del Raval, la unidad móvil de Zona Franca, el CAS Fòrum y “El Local” del barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs. Durante este periodo se han recogido datos mediante la observación participante, tomando notas *in situ* registrando las sesiones en un diario de campo, y realizándose, formalmente, entrevistas de relatos biográficos y entrevistas semiestructuradas a 16 usuarios, 17 profesionales y 5 técnicos municipales. Además, a lo largo del trabajo de campo se han recogido y analizado las memorias anuales de los centros con SCH, los planes de acción sobre drogas del año 2000 al 2016, los indicadores de todos los programas de programas de reducción de daños de Barcelona desde 2006 a 2014 y noticias periodísticas desde 1999 a 2015.

Esta investigación aporta un análisis crítico sobre el consumo de drogas de la población en procesos de exclusión social de Barcelona. La apuesta por una Epidemiología sociocultural proyecta un diagnóstico con mayor profundidad y posibilidades para hacer frente al problema de los consumidores de drogas que, como Juanjo, visitan a diario las SCH de Barcelona. Desde este aporte se profundiza en las dinámicas y relaciones que se establecen entre los consumidores y entre éstos y los servicios sociosanitarios destinados a esta población. Así pues, se responde a dos cuestiones generales: ¿cuáles son las necesidades sanitarias, sociales y legales de los consumidores de drogas que acuden a los centros con espacios de consumo higiénico?, ¿cómo deben responder las políticas de reducción de daños para hacer frente a los problemas derivados del consumo de drogas?

Presentación de los capítulos de la tesis

La tesis se compone de nueve capítulos. Los dos primeros corresponden al encuadre teórico-metodológico y los sucesivos a los resultados de la investigación.

El primer capítulo corresponde al marco teórico. Se operacionaliza la propuesta teórico-metodológica de la Epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008; Haro, 2013) empleada para el diagnóstico de la salud de los consumidores de drogas. Se desarrolla el concepto de estilo de vida especificando sus dimensiones de análisis, necesarias para la construcción de la tipología del estudio. A continuación, se teoriza el concepto del riesgo desde dos tradiciones: desde la propuesta sociocultural (Douglas, 1996) para el análisis de la concepción del riesgo del consumo de drogas y de la gubernamentalidad de las políticas de reducción de daños (Sepúlveda, 2011). Por último, se desarrolla el concepto de reducción de daños y se describen los objetivos, funciones y efectividad de los diferentes programas de reducción de daños.

El segundo capítulo corresponde a la metodología. Se describe el diseño y el acceso al campo de investigación. Se presenta a la población y la muestra de los participantes en el estudio. A continuación, se explican las técnicas de recogida de información (observación participante y entrevistas biográficas y semiestructuradas) y se presentan otros documentos que se recogieron a lo largo de la investigación. Seguidamente, se presentan las técnicas de análisis del material de investigación y su triangulación. Por

último, se detallan las consideraciones éticas y legales y los sesgos y limitaciones metodológicas de la investigación.

El tercer capítulo se titula “Mercados, consumos y políticas a través de las salas de consumo higiénico de Barcelona”. Este capítulo consiste en una contextualización político y social de los mercados y el consumo de drogas en Barcelona que dieron lugar en 2001 a la puesta en marcha de la primera SCH en el barrio de Can Tunis y continúa hasta la consolidación del despliegue de estos dispositivos en 2015 en la mayoría de distritos de Barcelona, el barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs y Sant Roc de Badalona.

El cuarto capítulo se titula “Itinerarios de los usuarios de las salas de consumo higiénico” y consiste en un análisis de los relatos de vida, analizando los procesos de salud/enfermedad/atención, así como los estilos de vida a partir de la tipología de consumidores según el consumo de drogas y su adherencia a los centros con SCH.

El quinto capítulo se titula “La construcción del riesgo en el consumo en la vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico”. En él se analizan las prácticas y discursos del riesgo de los consumidores de drogas que se realizan en los diferentes lugares indicados en el título. En cada caso se analizan los aspectos negativos y positivos y las medidas de protección para evitar daños tomadas por los consumidores en los diferentes contextos.

El sexto capítulo se titula “Efectos negativos del consumo de drogas y programas de reducción de daños”. En éste se analizan los efectos negativos del consumo de drogas por vía parenteral de la población estudiada y los programas sociosanitarios llevados a cabo en Barcelona para hacer frente a este problema. Se evalúa la respuesta de las Administraciones responsables para orientar en propuestas para una mayor efectividad de las políticas públicas sociosanitarias.

El séptimo capítulo se titula “Las salas de consumo higiénico de Barcelona: un análisis a fondo”. Se realiza una presentación de los centros sociosanitarios estudiados con SCH, detallando en cada caso de qué servicios disponen, y exponiendo el funcionamiento y la normativa básica para el uso de estos espacios. A continuación, se analizan los diferentes aspectos específicos sobre el funcionamiento y normativa de

estos espacios: a) ubicación, b) horarios, c) espacios de consumo, d) material para el consumo de drogas, e) normas en la sala de consumo y otros espacios, f) intervención de los profesionales, g) el resto de espacios de los centros con sala de consumo. En cada caso se aportan propuestas de líneas de actuación para una mayor efectividad de las SCH.

El octavo capítulo se titula “Tratamientos para las drogodependencias”. En este caso se analizan las dificultades, limitaciones y otros aspectos para el acceso y seguimiento de los tratamientos y programas para el seguimiento de las drogodependencias que tienen en la actualidad los usuarios que acuden a los centros con salas de consumo higiénico. También, se analiza la falta de participación de los usuarios en el diseño de los programas para las drogodependencias.

El noveno capítulo se titula “Aspectos sociales y legales en las políticas de reducción de daños”. En este capítulo se analizan aspectos sociales y legales que influyen en los procesos de salud/enfermedad de la población estudiada. Éstos se dividen en cuatro apartados: “ser hombre, ser mujer: las relaciones de género”, “las relaciones de edad: roles entre iniciados y veteranos”, “vidas precarias: sin casa, sin familia, sin oficio, sin ocio” y “policías, jueces y abogados: buscar alternativas a la criminalización de los usuarios”. Estos aspectos se analizan con el objetivo de orientar en la puesta en marcha de programas y dispositivos específicos para dar cobertura en los déficits y desigualdades en la salud.

Por último, en el capítulo de las conclusiones se recoge una síntesis de los resultados discutidos en relación a las hipótesis y preguntas de la investigación. Las conclusiones se acompañan de propuestas explícitas para orientar en la revitalización e innovación de las políticas de reducción de daños de Barcelona. Además, se aportan nuevas líneas de investigación con el ánimo de influir y seducir a otros investigadores para que continúen estudiando estos fenómenos y problemas.

Criterios de redacción

En la redacción de la tesis se han utilizado unos criterios de redacción concretos en relación al uso de cursivas y comillas. Las cursivas se han utilizado para las palabras anglosajonas o propias de la jerga de los consumidores de drogas y de los profesionales

entrevistados. En los casos pertinentes, se ha indicado entre paréntesis su significado concreto o aproximado. En el caso de las comillas, se han utilizado de dos tipos: las angulares o españolas («») para los fragmentos bibliográficos y de testimonios/monólogo recogidos en el curso de la investigación; y las inglesas (“ ”), para aquellas palabras que tienen un significado propio pero que dentro del texto adoptan otra significación. También se ha utilizado este tipo de comillas cuando, dentro de los diálogos, el hablante reproduce conversaciones pasadas o para reproducir frases literales de una conversación con el investigador o con otros participantes.

A lo largo de la tesis, continuamente se utiliza el concepto “sala de consumo higiénico” (SCH). En la mayoría de casos, se hace referencia a los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias con este tipo de espacios. En los casos pertinentes, se especifica cuando se habla concretamente de los espacios de consumo higiénico de estos centros. También, cuando se utiliza el término "usuario" se hace en referencia específica a las personas que acuden a las SCH y "consumidores de drogas" cuando se habla en general de la población de consumidores de drogas en procesos de exclusión social.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

En este capítulo desarrollo los conceptos básicos de la investigación en cuatro apartados. En el primer apartado defino la propuesta teórica-metodológica para el diagnóstico de la salud de los consumidores de drogas. Consiste en la Epidemiología sociocultural (Haro, 2013; Menéndez, 2008) y para ello desarrollo sus rasgos básicos y presento los conceptos relacionados con el uso de drogas y las drogodependencias para su aplicabilidad. En el segundo apartado, desarrollo el concepto estilo de vida especificando sus dimensiones de análisis (Dumont y Clua, 2015), necesarias para la construcción de la tipología del estudio, y su relación con el orden estructural para el análisis de las relaciones de género, clase y edad. En el tercer apartado se teoriza el concepto del riesgo desde dos tradiciones: desde la propuesta sociocultural (Douglas, 1996) para el análisis de la construcción del riesgo del consumo de drogas en viviendas, vía pública y salas de consumo higiénico, y desde la propuesta de la gubernamentalidad (Sepúlveda, 2011) para analizar las propuestas de actuación desde la salud pública. Por último, en el cuarto apartado desarrollo el concepto reducción de daños y describo los objetivos, funciones y efectividad de los diferentes programas de estas políticas de actuación, entre ellos, las salas de consumo higiénico. Cierro este apartado con una breve historia de los programas de reducción de daños en el marco español y más concretamente en Cataluña.

1.1. Epidemiología sociocultural y consumo de drogas

La Epidemiología sociocultural es una propuesta de análisis interdisciplinar que articula la Epidemiología convencional y la Antropología médica con el objetivo de ofrecer mayores posibilidades en el diagnóstico de salud de la población (Haro, 2013; Menéndez, 2008). Se caracteriza por tres rasgos básicos (Menéndez, 2008:6-8): a) Abarca en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención, aspectos sociales, político-económicos, biológicos y ecológicos; b) Articula aproximaciones estadísticas y cualitativas; c) Analiza los actores sociales implicados en el problema de salud.

En las siguientes líneas, desarrollo los rasgos característicos que sirven de marco para introducir las conceptualizaciones específicas para una Epidemiología sociocultural en el campo de las drogas.

1.1.1. Rasgos básicos de la Epidemiología sociocultural

1.1.1.1. Estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención

La noción de “salud/enfermedad” se percibe como un continuum de los procesos de enfermar y sanar de los sujetos dentro de un contexto histórico, económico y político. En este proceso, los grupos sociales generan itinerarios asistenciales en torno a sus propios recursos intelectuales, sociales, institucionales y culturales (Comelles, 1997:33).

El proceso de salud/enfermedad puede ser comprendido de forma global desde tres dimensiones (Comelles, 1997:35): a) la dimensión biopsicológica, tradicionalmente seguida por la biomedicina, que consiste en la detección y diagnóstico de los signos y síntomas de la enfermedad que afectan al cuerpo (*disease*); b) la dimensión cultural, abandonada por la biomedicina, que corresponde a la expresión de los síntomas y el sufrimiento desde la expresión cultural de los padecimientos (*illness*); y c) la dimensión social, más relacionada con la dimensión cultural que con la dimensión biomédica y que tiene que ver con sus significados en un contexto (*sickness*).

Un caso paradigmático para explicar las tres dimensiones es el VIH/SIDA. Desde una dimensión biológica (*disease*), el VIH produce una inmunodeficiencia del sistema orgánico que se diagnostica con la presencia de anticuerpos en la sangre como respuesta a la presencia de virus, produciendo una reducción de los linfocitos T CD4 (defensas) y un aumento de la carga viral (cantidad de virus en sangre). La primoinfección del VIH suele cursar con una sintomatología similar a un síndrome gripal. Pasada esta etapa, a lo largo del proceso de la actividad del virus, pueden aparecer enfermedades oportunistas, que, si no cesan, conducen al estadio máximo de la enfermedad conocido como SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). En los primeros años de la aparición de esta patología, para referirse al proceso de la enfermedad se utilizaba únicamente el término de SIDA. Más tarde, con la llegada de los tratamientos antiretrovirales de gran actividad (TARGA), fármacos para paliar la actividad del VIH en el organismo, se diferenció la fase de “infección VIH”, estadios no sintomatológicos, con el “SIDA”, estadios avanzados de la enfermedad. Desde una dimensión cultural (*illness*), el VIH/SIDA se vive como una enfermedad con múltiples metáforas por los colectivos de afectados y la

sociedad¹. En la etapa de enfermedad aguda, contraer el SIDA significaba morir y se acompañaba de toda una serie de consecuencias negativas en el proceso de duelo. Su evolución sintomatológica (delgadez, lipodistrofia –trastorno metabólico de la distribución de las grasas en zonas subcutáneas-, etc.) generaba (y genera), el aislamiento de las personas afectadas. Bajo el miedo de infectar a otras personas, de ser rechazado, el VIH ha venido marcando las formas de relacionarse entre los diferentes grupos sociales de una sociedad concreta. Por último, el VIH/SIDA desde una dimensión social (sickness), se ha vivido como una enfermedad social que señala a sus afectados como “grupo de riesgo” (Guasch, 1992), estigmatizando a determinados colectivos considerados de “vida insana” (prostitutas, drogodependientes, homosexuales, etc.). Cuando se proclamó que el VIH/SIDA era “una enfermedad de todos”, dejó de emplearse el concepto de “grupo de riesgo” para dar paso a las “prácticas de riesgo”, con dos intenciones: reducir el estigma hacia los colectivos considerados subalternos e informar a la totalidad de la sociedad que el VIH podía afectar a todo el mundo independientemente de la clase social, la religión, el género, o cualquier otro tipo de “categoría” del orden estructural.

Los individuos y grupos sociales, ante los diferentes padecimientos, realizan una búsqueda de formas de atención de forma reflexiva. La asistibilidad no es consecuencia de unos criterios objetivos de carácter biológico, puesto que muchos malestares y sus diferentes síntomas no son reconocidos como tales (Comelles, 1997:39). Frente a los padecimientos, los sujetos utilizan potencialmente una serie de formas de atención. Las clasificaremos a partir de la propuesta de Menéndez (2005a:39):

- a) Formas de atención de tipo biomédico. Se refiere a los diferentes niveles de atención, de lo preventivo, asistencial y comunitario: atención primaria, la que se ejerce desde la prevención y desde las áreas básicas de la salud (ambulatorios); atención secundaria, donde se engloba las diferentes especialidades sanitarias (psiquiatría, traumatología, etc.); y atención terciaria, que corresponde a la hospitalización o internación en centros sociosanitarios.
- b) Formas de atención de tipo “popular” y “tradicional”. Corresponden a los diferentes curanderos de tradiciones religiosas o cosmológicas.
- c) Formas de atención alternativas: sanadores, nuevas religiones, etc.

¹ Sobre las diferentes metáforas generadas entorno a la infección y el desarrollo del cuadro clínico del VIH/SIDA, véase el ensayo crítico de la escritora Susan Sontag (2005).

- d) Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: Medicina china, Medicina india ayurvédica, etc.
- e) Formas de atención centradas en la autoayuda: muy conocidas como Alcohólicos Anónimos; en caso del consumo de drogas ilegales, Narcóticos Anónimos; grupos de ayuda de enfermedades estigmatizadoras como el VIH/SIDA, etc.

Entre las diferentes formas de atención, la biomédica se ha situado como la forma más “fiable” y “científica” del diagnóstico y tratamiento de los diferentes padecimientos. No obstante, todos los sujetos utilizan diversas formas de autoatención/automedicación/autocuidado para solventar o paliar los diferentes malestares. Estas formas de atención tienen pequeños matices entre sí.

La autoatención se refiere a las actividades que llevan a cabo los sujetos y grupos sociales, a partir de otras formas de atención secundarias, para intervenir en sus procesos de salud/enfermedad. Estas prácticas, se realizan “para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2005a:54). Consiste en un despliegue de medidas para aliviar o prevenir los padecimientos; por ejemplo, no tomar café por la noche si sabemos que nos va impedir conciliar el sueño.

La “automedicación”, confundida por la biomedicina con la “autoatención”, se define como “la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar ciertos padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello” (Menéndez, 2005a:55); por ejemplo, utilizar el paracetamol para bajar la fiebre o paliar el malestar generalizado. Esta forma de atención es la más discutida por la biomedicina al considerarla como una práctica negativa carente de reflexividad por parte del beneficiario. Menéndez reflexiona que: “Analizar la autoatención y la automedicación, como una permanente trasgresión de los conjuntos sociales, como un comportamiento incorrecto, conduce a reducir este proceso a las conductas individuales de los consumidores, a no tomar en cuenta la función de la práctica médica en este procesos y a concebirla como aislada y exclusivamente científica, y a no buscar las determinaciones profundas del mismo.” (1984:86).

El “autocuidado” se refiere a un conjunto de actividades cotidianas, íntimas y personales con un patrón y secuencia, que realizadas efectivamente, conducen a un cuidado de sí mismo para un óptimo funcionamiento en un ambiente y contexto habitual (Muñoz, 2009:393-394). Este tipo de medidas son tales como la higiene bucal, la búsqueda de patrones alimenticios equilibrados, la práctica de actividad física, etc.

Sumadas a estas medidas, Haro se refiere a la autoayuda² al conjunto de iniciativas civiles autogestionadas al margen de los organismos gubernamentales (2000:119). Se acude a estas formas de atención como alternativa a la insuficiencia de la oferta asistencial sanitaria, así como ante la ineficacia del propio modelo biomédico, el cual excluye los aspectos psicosociales y contextuales de las poblaciones susceptibles de atención (Haro, 2000:146).

Los sujetos y grupos sociales, a partir de sus experiencias en el proceso de salud/enfermedad y las diferentes formas de atención, construyen unos itinerarios terapéuticos³ (Comelles, 1997; Haro, 2000): conjunto de representaciones, prácticas y experiencias subjetivas a lo largo del proceso salud/enfermedad en el que los sujetos despliegan todo tipo de formas de atención institucionales, en toda su variedad de atención y dispositivos asistenciales, y los recursos dentro de la red social de los grupos sociales. El uso de esta noción, nos permite conocer los discursos y prácticas de los sujetos y grupos sociales en torno sus procesos de salud/enfermedad, analizando el despliegue de saberes populares y la incorporación del uso de dispositivos privados y públicos del Estado (Comelles, 2004:19) de un contexto social, económico y político determinado.

² Los grupos de autoayuda se constituyen por personas identificadas con un padecimiento concreto (Menéndez, 1997:94). Desde estos grupos se lideran propuestas para la participación social por los derechos de los afectados. Por ejemplo, colectivos como ACT-UP en EEUU y su versión española de ACTUA, iniciaron la lucha de proderechos de las personas con VIH/SIDA. En el caso de los consumidores de drogas, para saber más sobre asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines en Europa y España, véase Borràs et al. 2000.

³ El “itinerario terapéutico” se asimila al concepto “carrera moral” de Goffman, definido como “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida” (Goffman, 1994:133). Menéndez lo define en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención como “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” en las que se englobaría las trayectorias de formas de atención que utilizan los sujetos (Menéndez, 2005a:37).

1.1.1.2. Articulación de aproximaciones estadísticas y cualitativas

La Epidemiología sociocultural es una propuesta que diluye la relación de hegemonía/subalternidad entre la Epidemiología convencional y la Antropología. Su planteamiento pretende un enriquecimiento de los métodos propuestos desde ambas disciplinas, de los enfoques cuantitativos de la Epidemiología convencional que proyecta su análisis en las particularidades, y los cualitativos de la Antropología médica que analiza la totalidad de los problemas de salud (Zuliani, 2010:357). La potencialidad de la Epidemiología sociocultural es la conjugación de ambos planteamientos metodológicos, elevando sus resultados a una más que ventajosa suma de la objetividad de los datos estadísticos y la subjetividad de los datos cualitativos para profundizar en los procesos salud/enfermedad/atención de las poblaciones estudiadas (Menéndez, 2008:15-16). Su principio es adaptar los métodos de investigación al problema de estudio y no a la inversa, con el fin de responder a las condiciones específicas de la situación como estrategia y no como un mero programa de obtención de datos por las suma de las diferentes técnicas de recogida de información (Hersh-Martínez, 2013:513).

Las dos actividades primarias de la Epidemiología son la vigilancia y la investigación etiológica. La vigilancia se basa en una descripción del problema de salud tal como es y la investigación etiológica yuxtapone el problema de salud frente a la resolución hipotética para evitar los daños evitables (Kaufman y Mezones-Holguín, 2013:543). Por su lado, la Antropología médica, analiza los procesos de salud/enfermedad de la población de estudio, que desarrolla diferentes formas de atención específicas para su abordaje (Fajreldin, 2006:96). La vigilancia ha sido más desarrollada por la Epidemiología convencional, por lo que la Epidemiología sociocultural ha tomado el desafío de lo planteado, desde la investigación etiológica y la Antropología médica, para mejorar y resolver los problemas de salud de las poblaciones estudiadas. Por ello, el desafío de la Epidemiología sociocultural es moldear las ventajas de los enfoques de la Epidemiología biomédica y la Antropología médica y así, conocer qué acciones podrían tener impacto para evitar determinados problemas de salud.

Sin embargo, existen limitaciones y desencuentros entre la Epidemiología convencional y la sociocultural por las diferencias conceptuales, epistemológicas y metodológicas entre ambas. Este problema sólo podrá ser resuelto, estableciendo un diálogo

interdisciplinar aplicado en el seno del problema de salud a estudio, de una población determinada.

Las limitaciones de la Epidemiología convencional parten del propio marco de los postulados de la biomedicina. La crítica nace de la propuesta de la biomedicina caracterizada por su biologicismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 2005b:12). Asimismo, desde una perspectiva de género, su crítica se pronuncia por su tendencia al determinismo, la universalización y la desigualdad bajo la formulación de los sistemas binarios (Esteban et al, 2010). Dicho así, la Epidemiología convencional subestima la dimensión emocional en la persona; entiende el cuerpo como un ente puramente biológico libre de contexto social; la enfermedad es únicamente susceptible de intervención médica; la intervención es de tipo mecanicista y unilateral; y en la comunicación, los profesionales manejan un lenguaje científico-técnico y aséptico (Caramés, 2004:38). A su vez, los enfoques cuantitativos muestran serias dificultades para profundizar en las desigualdades de acceso a la salud y la calidad de vida entre los diferentes grupos sociales, evitando analizar la salud como una totalidad histórica (Zuliani, 2010:357). Una de las críticas a su método es que las encuestas y la producción estadística tienden a alejar a los sujetos de estudio de sus relaciones sociales y no incluir una descripción del contexto donde se desarrollan sus vidas y sus significados (Menéndez, 2008:25). La Epidemiología convencional, acostumbrada a recoger datos en cortas instancias, en la que se produce una relación entrevistador/ entrevistado o encuestador/encuestado, genera resultados vacíos de la participación de los sujetos de estudio. Mediante la selección aleatoria de los sujetos se obvia que, entre ellos, se establecen relaciones que conducen a desigualdades económicas, sociales y de salud. Además, los epidemiólogos convencionales manejan variables y categorías sin definir sus significados y no correlacionan los procesos de los problemas de salud planteados (Menéndez, 2008:26).

La Epidemiología sociocultural presenta también una serie de limitaciones. Una de ellas, se presenta en aquellos estudios con una deficitaria selección de los informantes clave. Éstos deben ser considerados como significativos para dar explicación de los procesos de salud/enfermedad. En la práctica muchas de las investigaciones de carácter cualitativo, se desarrollan con urgencia sin llegar a ahondar en el eje de los problemas de salud (Menéndez, 2008:23-24). Producto de ello, los planes de intervención pueden

llegar a ser poco eficaces, por la falta de participación de los afectados y por la realización de evaluaciones con pocos recursos humanos, en poco espacio de tiempo, de modo, que los resultados son meras generalizaciones del problema estudiado, aplicando programas derivados de ideas preconcebidas de los técnicos encargados de diseñar la intervención (Bourgois, 2002:261). En consecuencia, muchas de las investigaciones, son una muestra generalizada de datos poco contrastados y no suficientemente articulados en profundidad. A su vez, la Epidemiología sociocultural recibe fuertes críticas en su falta de análisis de los determinantes sociales de salud para explicar las causas y consecuencias de los problemas de salud (Breilh, 2013:18). Su intento de introducir en el análisis de los problemas de salud, las desigualdades en éste campo, ha conducido a explicar dichos elementos como variables y no como en su propuesta de análisis, a partir de categorías. Al establecer una vía causal de las categorías, como productoras de los problemas de salud, reduce las explicaciones a meros factores causales, que conducen a problemas similares en la reflexión causal establecida por los estadísticos. Con ello, corre el riesgo de no realizar interpretaciones críticas de las desigualdades inherentes entre la organización de la estructura social, los estilos de vida de la población y los recursos sanitarios presentes en un sociedad concreta.

Las limitaciones desarrolladas, hacen necesaria la complementación de ambos enfoques para una mayor posibilidad de interpretación de los problemas de salud. Ello requiere un enfoque interdisciplinar y una transmisión de los conocimientos entre las diferentes perspectivas científicas.

1.1.1.3. Incluir en el estudio a los actores implicados en los problemas de salud

A diferencia de la Epidemiología convencional, la sociocultural se interesa por los sujetos y los grupos sociales dentro su contexto y los sanadores a los que acude. La Epidemiología sociocultural pretende un análisis de los problemas de salud mediante un diálogo de los saberes de los actores implicados (conjuntos sociales, profesionales de la salud e investigadores) para dar respuesta a los padecimientos (Hersch-Martínez, 2013:514). Menéndez afirma que:

“La epidemiología sociocultural basa su trabajo en los denominados actores sociales significativos, los cuales deben ser considerados como significativos en función de la importancia que tienen respecto del proceso de salud por investigar, estableciendo por

lo tanto criterios de selección que deben aplicarse para conseguir entrevistar y observar justamente a los sujetos que tienen que ver con la problemática que se quiere estudiar, y no sólo a cualquier sujeto que se deja entrevistar” (2008:23).

Se precisa un análisis integral de las diferentes voces implicadas, identificando la percepción comunitaria sobre la enfermedad y su prevalencia, a la vez que se coteja dicha información oficial con el equipo de profesionales o gestores sanitarios de los servicios de salud disponibles (Fajreldin, 2006:101). El diálogo entre las diferentes posiciones debe evitar el enjuiciamiento de las prácticas de autoatención de las personas afectadas, así como situar las opiniones de los responsables de las estrategias de salud como verdaderas o más efectivas. El conocimiento y aprendizaje de la cotidianidad de los sujetos, con sus condiciones y contradicciones, facilita un mayor análisis de la realidad en la que viven, respetando los principios de autonomía y libertad que guían la elección de los estilos de vida que promueven, mantienen o deterioran la salud (Muñoz, 2009:396).

La aproximación entre el perfil epidemiológico y las formas de atención de los saberes biomédicos y las propuestas alternativas de atención, posibilita “comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como, también, la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articularan dichas racionalidades” (Menéndez, 2005a:38).

1.1.2. Epidemiología sociocultural aplicada al consumo de drogas

Las consecuencias negativas del consumo de drogas en poblaciones en procesos de exclusión social, son un problema de salud pública que requiere un modelo global de intervención. Desde las agencias de salud pública y los centros de salud se han promovido estrategias y programas que no han respondido suficientemente para mejorar la salud de los consumidores de drogas. La baja adherencia a los servicios de salud genera que se acuse de refractarios a los consumidores de recibir atención y adscribirse a los programas de prevención y promoción de la salud. Para una mayor efectividad y uso de los servicios de salud, se precisa un trabajo de acción desde un modelo integral comunitario, que fortalezca a los colectivos de consumidores, situándolos como elemento clave, lo que implica la puesta en marcha de estrategias de coordinación entre las administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros

agentes que conforman la sociedad civil (Camarotti y Kornblit, 2015:219). La propuesta de análisis debe ser de carácter global cuestionando el modelo de intervención en drogas; dotar de un marco conceptual que permita entender el consumo dentro de la cultura y la sociedad, y fomentar el trabajo interdisciplinar que aúne los diferentes saberes por un objetivo común. Así como, operacionalizar una serie de conceptos que evite la estigmatización del objeto de estudio en el curso de la investigación (Pallarés, 1996:31).

El papel de la antropología en el campo de las drogas permite conocer el contexto de los consumidores de drogas, aprendiendo a interpretar sus actos en los términos de su propia cultura (Romaní, 2004:156). La herramienta básica es la etnografía, metodología de acercamiento que permite una interacción directa con los diferentes actores para conocer de primera mano la realidad a un nivel microsocioal. Implica permanecer durante un período más o menos largo inmersos en el ambiente donde se produce el consumo de drogas (Bourgois, 2002; Díaz, 1998; Pallarés, 1996; Romaní, 2004). El conocimiento y reflexión de la opinión de todas las partes implicadas permite una mayor participación de las personas afectadas y un menor número de sesgos para el diseño de planes de salud que promuevan el acercamiento a los centros de salud.

A continuación, desarrollo la tríada “contextos-sujetos-drogas” como marco interpretativo del fenómeno de drogas. A partir de este marco, sitúo el papel de la Epidemiología sociocultural para el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los consumidores de drogas.

1.1.2.1. Contextos-sujetos-drogas

La interrelación de estos tres polos está altamente consensuada en el estudio del consumo de drogas (Zinberg, 1984 en Díaz, 1998:147; Romaní, 2010a:95). Y aunque, en cada caso se pone el énfasis en cada uno de los ejes, no debe subestimarse o considerarse de más importancia alguno de ellos. Desde mi planteamiento, me centraré en el contexto, teniendo en cuenta que el manejo de las sustancias y la identidad de los sujetos se determinan socioculturalmente, a nivel micro y macro, bajo sus complejidades y dinámicas (Pallarés, 1996:148; Romaní, 2010a:95).

El conocimiento del contexto implica un acercamiento histórico, político, legal, social y sanitario del fenómeno en cuestión. Las prácticas del consumo de drogas y las consecuencias negativas relacionadas que se producen a niveles sanitarios, sociales y legales, son establecidos en mayor o menor gravedad dependiendo de las trayectorias personales de los consumidores, determinadas por su situación socioeconómica y los problemas biopsicosociales, desencadenados a lo largo de su proceso de salud/enfermedad/atención. Desde un plano espacial, conduce a un conocimiento territorial de los lugares donde se producen los consumos de drogas, lo que Fernandes (2000) conceptualiza como “territorios psicotrópicos”. En dichos espacios se produce la identificación psicológica de la persona con el territorio donde se produce la venta y consumo de drogas; se generan unos comportamientos y actitudes donde “los lugares de las drogas son escenarios de conducta que se vuelven semejantes entre sí, lo que permite a un *junkie* saber qué tiene que hacer, con razonable precisión, incluso en un local que desconoce” (Fernandes, 2000:57), produciéndose una atracción de los sujetos a un ambiente donde se desarrollan con sentido común, los diferentes estilos de vida de los consumidores de drogas. Desde este conocimiento, es posible examinar cómo el espacio tiene una influencia directa en los comportamientos de riesgo, constriñendo las percepciones de los consumidores a determinadas prácticas del consumo en la vía pública u otros espacios, las cuáles son influenciadas por elementos de control que oprimen y generan un riesgo ambiental en los consumidores (Rhodes et al., 2005).

En relación a los sujetos, en el marco de mi investigación, hablo de consumidores de drogas (heroína y/o cocaína) por vía parenteral o por otras vías con graves problemas de salud que desarrollan sus relaciones sociales en contextos de exclusión social. Estos sujetos tildados de “yonquis” u otros adjetivos peyorativos desde posiciones hegemónicas, generan la estigmatización del colectivo y la alarma social que justifica la reacción social por la que debe actuar el Estado para eliminar o mitigar el problema (Romaní, 2004:154). El concepto “yonqui”, desde un imaginario colectivo, aúna la imagen social de los “enfermos” y “delincuentes” u otras formas peyorativas. Desde una posición biomédica, se presenta a los “drogadictos” como al conjunto de usuarios de drogas que precisan, de forma irreflexiva, consumir sustancias y que son identificados con cierta estética desarrapada, extrema delgadez, consumo de heroína por vía inyectada o crack por vía pulmonar, jerga propia, transmisión de enfermedades infectocontagiosas, muertes y otras imágenes y características que engloban el estigma

hacia este colectivo (Martínez Oró, 2015:133; Romaní, 2004:154). Desde posiciones de la Criminología y la Justicia se representa a la población institucionalizada en prisiones u otros dispositivos de la justicia que precisa delinquir para costearse el consumo de drogas, con actitudes antisociales y que quiebra la Ley (Fornons, 2009:145; Romaní, 2004:154). Desde la posición de los consumidores que realizan consumos recreativos, desde el discurso de la normalización, el consumo de heroína por vía intravenosa o el crack por vía pulmonar funcionan como chivo expiatorio para normalizar el resto de consumos y considerar éstos como problemáticos y difíciles de controlar (Martínez Oró, 2015:134). Sin embargo, entre las personas inmersas en la subcultura del consumo de drogas se generan diferentes adjetivos para auto asignarse en su propia subcultura. Entre los consumidores de drogas considerados “yonquis”, la identidad de asignación depende de las interacciones sociales entre sus iguales y hacia otros grupos sociales. Aquí se nos plantea un dilema, para decidir qué concepto utilizar en cada caso. Deberíamos preguntar a los protagonistas pero ellos mismos, muchas veces, han incorporado los diferentes adjetivos peyorativos. Dependerá del escenario de juego en el que los sujetos se representan.

Hoy en día, con el afán de eliminar las dos etiquetas, la de “delincuente” y la de “enfermo”, se utiliza el concepto “usuario”: “usuario de drogas” o “usuario de un centro socio sanitario” de atención a las drogodependencias. En mi caso, utilizo los términos de mi trabajo anterior (Clua, 2011): “usuario” cuando hablo de personas que utilizan un centro o programa socio sanitario de intervención en drogas, y “consumidor de drogas” cuando refiere en general a aquellas personas que utilizan las drogas, estén institucionalizadas o no, usen o no los servicios. Además, bajo estas asignaciones propongo poner el acento en las prácticas y discursos de la población estudiada evitando generar discriminación por el uso de determinadas etiquetas estigmatizantes.

Por último, las “drogas” se consideran por la OMS como productos para estimularse, sedarse, paliar el dolor, alucinar, etc.; es decir, toda una serie de sustancias con efectos psicotrópicos que la sociedad utiliza para alterar sus estados de conciencia. Romaní, reinterpreta esta definición, siguiendo a Menéndez, considerando que las drogas son “sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones

sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (Romaní, 2004:53). Según este debate, las drogas se conceptualizan dentro de un entramado de construcciones sociales, ético-morales, político-legales, y como adscripciones químicas. Por ejemplo, desde un marco interpretativo prohibicionista, las drogas se consideran como “una sustancia perversa que produce daños irreversibles en los usuarios y su entorno” (Pallarés, 1996:27). Sin embargo, en reflexiones actuales, desde una parte de la población con un discurso normalizador, no todas las sustancias son consideradas como “drogas”. Por ejemplo, el alcohol pese a sus efectos embriagadores, y su estatus de legalidad, se desvincula de los significados de sustancias como la cocaína, heroína y el cannabis (Martínez Oró, 2015:25). O, como en mi caso de estudio, los psicofármacos, sustancias consideradas de uso médico para el tratamiento de malestares psíquicos, son utilizadas por los consumidores que acuden a las salas de consumo higiénico como sustancias para potenciar el uso de otras drogas o para “pasar el mono” (síndrome de abstinencia a opiáceos). Por lo tanto, el uso de “las drogas”, debe ser interpretado a un nivel micro para conocer sus significados y la posición de los colectivos hacia ellas.

Debido a estas especificidades, en el marco de mi estudio, cuando se utilice el concepto “drogas” nos referimos a todas las sustancias utilizadas por las personas estudiadas. Aparecen todo tipo de sustancias, ya sean legales o sometidas a fiscalización: desde el alcohol o los psicofármacos hasta los opiáceos y la cocaína. Sin embargo, por las características de la población estudiada, toma centralidad el uso de opiáceos y opioides⁴ y la cocaína/crack. Dentro del primer grupo, aparece la heroína, opiáceo semisintético en formato polvo, de color marrón (morfina base) menos soluble y más biodisponible para consumir por vía pulmonar, o blanca (morfina clorhidrato), más idónea para su consumo por vía inyectada (Álvarez y Farré, 2005:22; Hidalgo, 2007:307). Ésta produce a corto plazo efectos placenteros, somnolencia, analgesia y disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La heroína es una sustancia que actualmente está sometida a fiscalización y que sólo se utiliza, de forma excepcional y minoritaria, para la experimentación controlada en ensayos de programas de mantenimiento para pacientes que no han tenido éxito en otro tipo de tratamientos o en

⁴ Los opioides son sustancias sintéticas que tienen efectos análogos a los opiáceos. Los opiáceos son sustancias que derivan de la planta del opio a partir del jugo extraído de la adormidera (*Papaver somniferum*) (Álvarez y Farré, 2005:21-22).

terapias para el control del uso de esta sustancia. En el estudio también aparecen opioides de uso terapéutico para el tratamiento del consumo de la heroína: metadona, buprenorfina y buprenorfina-naloxona, comercializados por diferentes empresas farmacéuticas en presentación pastilla o solución acuosa (jarabe) (apartado 1.4.2.2.).

En el caso de la cocaína, aparece el clorhidrato de cocaína presentado en forma de polvo blanco cristalino y el crack⁵ en forma de piedrecitas para el consumo por vía pulmonar. Sus efectos se caracterizan por la presencia de euforia, sudor intenso, verborrea, y pupilas midriáticas. También, aparece el consumo de la mezcla de ambas sustancias, cocaína y heroína, bajo el nombre de “speedball”. Este tipo de consumo se realiza para contrarrestar los efectos indeseables de la heroína o de la cocaína; algunos usuarios la utilizan así para que la subida de cocaína no sea tan fuerte o para reducir los efectos de adormecimiento de la heroína (Albertín, 1999:51).

La heroína y la cocaína /crack se pueden consumir por diferentes vías. A continuación resumo las diferentes vías de consumo más frecuentes en el estudio; en los capítulos de los resultados se detallan más explícita y específicamente las formas de consumirlas. Son las siguientes:

a) Vía intranasal. En ambas sustancias, consiste en picar el polvo, extenderla en forma de “rayas” y en inspirar por la nariz a través de un canuto. La sustancia se absorbe por la pituitaria.

b) Vía pulmonar. En el caso de la heroína se consume sobre un trozo de papel de aluminio aplicando calor con un mechero bajo el preparado, a efecto de disolver la sustancia en forma de gota. Ésta desprende un vapor que se absorbe con un tubo para que accedan los activos de la heroína por vía respiratoria. En el caso de la cocaína, para poder consumirse por esta vía se precisa su transformación en forma de crack. En nuestro medio, se prepara con amoníaco o bicarbonato. Se prepara con un recipiente

⁵ El crack debe diferenciarse de la forma derivada de la hoja de la coca llamada “base libre”. La “base libre” se prepara utilizando el clorhidrato de cocaína “cocinado” con éter y quemadores potentes y la necesidad de utilizar instrumentos de laboratorio. En España se suele confundir por el uso del término “fumar en base” que responde a la preparación de la cocaína para fumar (véase Díaz, 1998:166-176, sobre las diferentes formas de preparar y consumir los derivados de la hoja de la coca).

(cuchara o cazuelita), mezclada con agua bidestilada y añadiendo unas gotas de amoníaco o una décima parte de bicarbonato a la cantidad a consumir. Este preparado se calienta con un mechero aplicado bajo el recipiente produciendo unos pequeños cristales con el bicarbonato o una solución aceitosa con el amoníaco. En este paso debe enfriarse para que solidifiquen las piedrecitas y separarse de los restos del preparado. A continuación, el crack, ya se puede fumar en pipa. Para ello se debe colocar en una rejilla sobre cenizas de tabaco en unos de los extremos y al calentar se aspiran por una cánula o tubo para que los activos sean absorbidos por vía pulmonar.

c) Vía parenteral. En ambas sustancias se mezcla con agua destilada para formar una solución acuosa. En el caso de la heroína marrón, debe añadirse un poco de ácido cítrico y aplicar calor para acelerar la mezcla. Una vez disuelta, se absorbe con la jeringuilla aplicando un filtro (de cigarrillo normalmente) para que no entren partículas sólidas. Una vez cargada la jeringuilla, se retiran las burbujitas de aire de dentro de la cánula, y ya está lista para administrarse en la zona de punción (normalmente en venas).

1.1.2.2. Consumo de drogas como forma de autoatención

La población ante determinados padecimientos, incorporados por el autodiagnóstico según sus “saberes médicos” personales y grupales, despliega una serie de estrategias de autoatención (autocuidado para preservación de la salud) y/o acude a diferentes formas de atención (biomédico, alternativo, etc.). Como autoatención, una de sus formas es la automedicación, en la que el consumo de drogas se asimila al consumo de “medicamentos” como método para paliar malestares. Estas prácticas son enjuiciadas por el saber médico, bajo el argumento que la decisión de “prescribir medicamentos” debe ser únicamente científica. En mi caso de estudio, alejándome de una postura moral, legal o política, me refiero al uso de drogas con la noción de droga/medicamento que siguiendo a Romaní nos conduce a entender que si “estamos ante la definición de los dos polos de un *continuum*, seguramente estaremos en mejores condiciones de utilizarla cuando realmente nos convenga, pues, en determinados momentos, puede ser útil referirnos a las características tradicionales/modernas de ciertos usos de drogas” (Romaní, 2004:83). Siguiendo a Aurelio Díaz y Joan Pallarés (Díaz, 1998:68-69), comparto que los usos/consumos de las drogas/medicamentos deben ser analizados dentro de su entramado sociocultural e histórico, donde se puedan esclarecer las funciones, condiciones y significados de los mismos dentro de la sociedad.

Bajo estas premisas, podemos diferenciar los diferentes consumos que se producen, a partir de la conjunción de las propuestas de tipología de usos de drogas de Díaz (1998:156-158), y Gamella y Álvarez (1999:90-95):

- a) Uso experimental. El que ocurre sólo unas pocas veces, sin ritmo ni continuidad, sin que se produzca la reiteración.
- b) Uso ocasional y recreacional. El que se realiza de forma espaciada con la intención de divertirse o disponer de experiencias individuales/grupales con personas homólogas, sin que tome un papel importante en la vida del consumidor.
- c) Uso regular e instrumental. Se trata de usos que se repiten con frecuencia y en las que se toman las drogas para enfrentarse a ciertas situaciones reiteradas, con carácter instrumental.
- d) Uso intensivo y perjudicial. A diferencia del anterior, este deviene costumbre y se considera problemático al presentarse las primeras consecuencias negativas sociales, sanitarias y legales en las personas que las consumen y su entorno.
- e) Uso compulsivo/disfuncional. Se produce un incremento de frecuencia y cantidad que se percibe como una necesidad y su interrupción genera incomodidad e incluso enfermedad. Existe una pérdida de control, aumentando las causas y motivos que llevan a consumir, siendo relevante la vía de consumo de elección.

Los colectivos, con un consumo compulsivo/disfuncional, interiorizan y construyen un proceso de drogodependencias. Las drogodependencias se refieren al uso habitual de drogas. Si bien, la palabra “dependencia” es un concepto de difícil definición, mucho más, si se diferencia entre la dependencia física y/o psíquica (Pallarés, 1996:30): la primera se objetiva por la aparición del síndrome de abstinencia⁶, y la segunda, porque

⁶ El síndrome de abstinencia a la heroína se produce tras la interrupción o disminución del consumo de la sustancia. Desde una visión biofarmacológica, los signos y síntomas, físicos y psíquicos, más o menos objetivables, -dolor, ansiedad, diarrea, lagrimeo, entre otros- dependen de la cantidad y pureza de la heroína utilizada, tiempo prolongado del consumo, vía de consumo y tolerancia, entre otros factores. Desde una visión sociocultural, el síndrome de abstinencia, “pasar el mono”, se vive desde la interiorización del mito. Sus mecanismos y vivencias se definen desde un condicionamiento psicológico del control de las cantidades y las purezas; por el contacto con otros consumidores donde se genera la mutua compasión y lástima de la vivencia; en momentos de carencia, se desarrollan todas las pautas de la interiorización del mito de “pasar el mono”; durante la ansiedad de la heroína, se buscan otras formas de cortar el “mono”: fármacos, música, etc. (Pallarés, 1996:82-84)

aparece un deseo fuerte de consumir más por factores socioculturales que farmacológicos. Sin embargo, Romaní, puntualiza que desde que nacemos dependemos de nuestros progenitores o de las personas a nuestro cuidado, y a lo largo de nuestro ciclo vital necesitamos, dependemos, de la relación con otras personas, objetos o experiencias para poder dotar de sentido nuestra vida. La adicción se ha utilizado desde la biomedicina y otros dispositivos morales para definir la fuerte relación con un objeto o cosa que acaba acaparando la totalidad de las esferas de la vida de la persona, lo que “supondría una entrega irreflexiva al automatismo del consumo” (Romaní, 2010b:88). Consecuencia de esta reflexión, se han creado una serie de intervenciones centradas en los “sujetos” y en las “sustancias” dejando de lado el contexto sociocultural. Dentro de la conceptualización de dependencia, prefiero usar la definición de drogodependencias de Romaní:

“conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización el conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas” (Romaní, 2004:55).

No obstante, dichas drogodependencias serán mejor comprendidas, de manera holística, si se enmarcan dentro de la noción de “estilo de vida”, donde la dependencia a las drogas produce unos procesos de identificación de la construcción del yo, una justificación de la propia situación, generando una serie de relaciones económicas, sociales y expectativas en la manera de relacionarse dentro de un contexto sociocultural e histórico que oriente la existencia de los sujetos (Díaz, 1998:164; Romaní, 2010b:99; Romaní, Pallarés y Díaz, 2001:211).

Desde esta perspectiva se nos brinda “el estudio de la asistencia a los drogodependientes no sólo desde la estructura de los servicios socio-sanitarios, sino también a partir de los itinerarios individuales, a través de los cuales podremos captar el uso real de la oferta asistencial” (Romaní, 2004:143). Asimismo, nos permite conocer las relaciones sociales y la cotidianidad que se establecen entre los consumidores de drogas y los servicios de salud, y un mayor conocimiento del contexto para descifrar las claves del problema con el fin de intervenir con dinamismo y versatilidad en el cambiante fenómeno del uso de drogas.

1.1.2.3. ¿Por qué una Epidemiología sociocultural en el campo de las drogas?

La epidemiología sociocultural aplicada en el campo de las drogas debe ser un instrumento holístico de análisis y acción que promueva el bienestar entre los consumidores de drogas con problemas de salud. A continuación, detallo cuáles pueden ser sus alcances:

a) Mitigar o reducir el daño evitable y generar medidas para enfrentarlo (Hersch-Martínez, 2013:513). La Epidemiología sociocultural debe ser un instrumento operativo y analítico con el objetivo de propugnar un acercamiento a la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades centrando la atención en los programas de reducción de daños, la percepción subjetiva de los sujetos y cómo estos pueden beneficiarse de las diferentes opciones de salud acordes a su construcción del riesgo.

b) Detectar problemas de salud y otros malestares no clasificados. Conlleva reconocer la construcción de significantes relacionados con el sufrimiento, la susceptibilidad, el riesgo y los padecimientos generados entre la población de consumidores de drogas. Asimismo, conduce a entender los padecimientos como procesos y no como situaciones de un determinado tiempo (Hersch-Martínez, 2013:516).

c) Examinar el contexto donde se producen los daños del consumo de drogas pero también cómo se articulan a otros niveles. En este sentido, se precisa conocer los determinantes sociales (Krieger, 2002:487) que inciden en las prácticas de los consumidores relacionados con los sistemas económicos, políticos y jurídicos presentes en la sociedad y sus relaciones con las tendencias internacionales en materia de política de drogas.

d) Promover una integración de los saberes relacionados con el consumo de drogas para una mirada más holística. Ello implica ampliar y profundizar en el conocimiento de los procesos de salud/enfermedad/atención de los consumidores de drogas y su relación con el uso de los dispositivos de salud, junto con las argumentaciones, saberes, acciones y propuestas de los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias y los gestores municipales de las políticas de drogas.

e) Orientar en las propuestas para la prevención, tratamiento y promoción de los problemas relacionados con el uso de drogas. Ello implica no actuar como técnico sino establecer un diálogo con los equipos sanitarios y gestores en el que se introduzcan informaciones de campo y elementos de juicio crítico sobre buenas prácticas de actuación en relación a informaciones específicas de los actores de estudio (Fajreldin, 2006:101).

f) Establecer un diálogo entre las diferentes disciplinas dedicadas al estudio y atención a las drogodependencias. La Epidemiología sociocultural debe fortalecer una perspectiva integradora que renueve la visión sobre lo que es la salud, la enfermedad y la atención en sentido amplio y que dé cabida a los conocimientos biomédicos, sociales, conductuales y ambientales de un mayor campo de saberes y prácticas para la gestión de la salud poblacional (Haro, 2013:34-36).

1.2. Estilos de vida y estratificación social

El concepto de “estilo de vida” ha sido altamente utilizado con significados diferentes desde las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Veal (2000:12) apunta que la mayor característica en común, entre las diferentes posturas, es la falta de consenso de su significado. Además, desde la biomedicina se ha adoptado una visión reduccionista haciendo uso del concepto para analizar e interpretar los hábitos nocivos de determinados sujetos y grupos sociales. Menéndez advierte que desde esta postura se ha obviado el carácter holístico del concepto vinculándolo con la noción de riesgo que pone el acento en crear un efecto de causalidad de las conductas individuales de los sujetos como provocadoras de los diferentes problemas de salud lejos de la contextualización de la vida de los grupos sociales (1998:48-49). Desde la biomedicina se emplea el concepto para describir determinados padecimientos crónicos dejando al margen los factores culturales de los mismos, en consecuencia, se ha tendido a pensar que los sujetos pueden elegir y actuar en términos intencionales y responsables (Menéndez, 1998:50). De este modo, muchas de las intervenciones y acciones en salud se justifican poniendo la responsabilidad en los sujetos, los cuáles toman decisiones y realizan diferentes prácticas de la vida cotidiana que producen déficit y desatención del cuidado de la salud. Por contra, desde las ciencias sociales, a partir de la teoría del habitus de Bourdieu (1988), se ha privilegiado el papel de la estructura social como mecanismos para la adopción de los estilos de vida entre los sujetos y grupos sociales.

En mi caso, me decanto por desarrollar una teoría de los estilos de vida como noción en la que converge la agencia y las disposiciones sociales de los sujetos y grupos sociales. Con ello, defiendo que la adopción de los estilos de vida se adquiere a través del cuerpo por procesos de “encarnación” y “incorporación” entre los sujetos y grupos sociales (Dumont y Clua, 2015: 87). En el caso de la “encarnación”, los sujetos tienen capacidad de agencia para decidir, construir y transformar su realidad de forma dinámica, reflexionando en sus propios actos (véase Butler, 2007; Esteban, 2004; Goffman, 1979, 1993; entre otros). Desde la perspectiva de la “incorporación”, los sujetos inscriben de manera histórica en su cuerpo normas y pautas que moldean sus formas de pensar, actuar y sentir (véase Douglas, 2007; Wacquant, 2006; Bourdieu, 1988; entre otros). A partir de ambos procesos los sujetos y grupos sociales construyen sus estilos de vida que pueden ser cambiantes según sus propias decisiones y las disposiciones y los procesos de socialización reguladas desde variables estructurales.

Esta mirada a los problemas de salud considera la capacidad de “agencia” de los sujetos y grupos sociales y a conocer las condiciones de vida que generan las desigualdades en la salud. Ello implica tener en cuenta la capacidad de la población de actuar para la transformación social de las desigualdades de salud, frente a las resistencias provocadas por la violencia estructural (Pizza, 2005:26-27). Desde esta mirada, se focaliza en el comportamiento de las personas y se asume que los estilos de vida son una decisión racional a la vez que se indaga en las condiciones materiales, sociales y culturales de las que dispone para la adopción de los comportamientos (Álvarez, 2012:97). Esto obliga a no responsabilizar y culpabilizar a los sujetos y grupos sociales de sus estilos de vida en relación a los problemas de salud y a elevar la mirada hacia un mayor conocimiento del contexto y las circunstancias de la población que conducen a los diferentes problemas de salud. Del mismo modo, considerar la capacidad de actuar y de autoatención de los sujetos no debe obviar la responsabilidad del Estado de actuar frente a los problemas de salud, sino a dar protagonismo de las acciones de la población que se articulan con los servicios de salud y otras formas de atención (Menéndez, 2005a:65-66).

A continuación, desarrollo las dimensiones de análisis para definir los diferentes estilos de vida de la subcultura del consumo de drogas y describo los elementos estructurales necesarios para indagar en las desigualdades de la salud.

1.2.1. Construcción de la tipología de consumidores de drogas: las dimensiones de los estilos de vida

El consumo de drogas empleado como forma de autoatención, dentro de unos patrones disfuncionales, genera una serie de cambios en la percepción y usos del tiempo, de los espacios, en la percepción y gestión de la salud, en sus redes sociales, y en las relaciones a medio plazo con las instituciones sociosanitarias, laborales, legales y económicas de los individuos y grupos sociales (Romaní, Pallarés y Díaz, 2001:210). Desde los diferentes estilos de vida se generan diferentes recorridos con diversas posibilidades, donde la experiencia con las drogas, la frecuencia y el tipo de consumo depende de la relación que se establece con las sustancias y el contexto, y no por una absoluta relación entre los fármacos y los sujetos (Pallarés, 1996:34-35).

En los itinerarios deben situarse los rituales iniciáticos, las formas de consumir (vías de consumo), el mantenimiento del consumo, en qué situaciones se acude a los sanadores, etc.; la trayectoria, dentro del proceso de salud/enfermedad/atención, en la que el consumo de drogas es incorporado en la persona como padecimiento, drogodependencia o autoatención. En este caso, los sujetos construyen su dependencia como problema, como enfermedad, empujados por la familia, por amigos o por sus pares, adoptando la condición de asistible, la cual obliga a un conjunto de estrategias sociales en las que se ponen en juego una serie de prescripciones y terminologías al dependiente de lo que son hábitos saludables (Pallarés, 1996:121).

La construcción de una tipología de estilos de vida de consumidores de drogas nos permite definir una serie de criterios cualitativos, generados a partir de las observaciones y datos recogidos en el trabajo de campo, que son útiles para realizar interpretaciones y comparaciones de los participantes seleccionados para describir el fenómeno estudiado. La construcción de una tipología responderá a la interpretación de los estilos de vida de los consumidores de drogas de mi estudio. Siguiendo a Dumont y Clua (2015), resumo a continuación cinco dimensiones para desarrollar la tipología de los estilos de vida:

a) Temporalidad. Los estilos de vida cambian y se transforman a lo largo del tiempo mediante la apropiación de nuevos elementos y la transformación de las acciones y

formas de pensar llevadas a cabo por los individuos y los grupos sociales de un contexto determinado.

b) Visibilidad. Los estilos de vida se configuran a través de elementos materiales y simbólicos que son visibles y reconocibles por los miembros con un estilo de vida determinado. No obstante, en ciertos estilos de vida estigmatizados, por sus acciones y formas de pensar, pueden ser ocultados con diferentes estrategias que impiden el reconocimiento entre los individuos con un mismo estilo de vida.

c) Espacial. Los diferentes estilos de vida se constituyen con la apropiación y negociación de los espacios simbólicos, sociales y territoriales.

d) Compromiso. Los individuos y grupos sociales con determinado estilo de vida contraen, de forma consciente e inconsciente, una serie de conductas para construir su identidad social y dinámicas de actuación con diferentes intensidades.

e) Reflexividad. Se refiere a la sucesión de vínculos que construyen los individuos y grupos sociales con sus prácticas culturales y el mundo social que les rodea.

El análisis a partir de estas dimensiones me permite describir los estilos de vida (tipología) como herramienta operativa para el análisis del consumo de drogas y la relación de las prácticas y discursos de los consumidores hacia el uso de los dispositivos de salud. No obstante, también es preciso en el análisis de los estilos de vida conocer los roles y los procesos de estratificación social que generan desigualdad en la salud de la población estudiada.

1.2.2. Estructura social y estilos de vida: relaciones de género, edad y clase

1.2.2.1. Las relaciones de género

Los estudios de las relaciones de género analizan los roles entre hombres y mujeres en toda su diversidad a partir de las “formas simbólicas y prácticas sociales a través de las cuales las personas construyen su forma de ver el mundo, de actuar en el mismo, y de resituarse con relación a sí mismos y a su cuerpo” (Otegui, 1999:153). Desde esta mirada, no existen dos formas de cuerpos, el femenino y el masculino, sino diversas construcciones sociales inscritas en los cuerpos (Stolcke, 2000:33). No debe obviarse

que existe una materia y nuestros cuerpos también responden a los efectos de la construcción de género a través de la experiencia y la interacción social (Stolcke, 2009:47). Los individuos y grupos sociales a partir de las prácticas simbólicas y sociales ponen en práctica una serie de expresiones del cuerpo en relación con las estructuras sociales, dentro de las cuáles se genera un orden de organización en el espacio social de la vida cotidiana, por lo que “el género (como la edad) es una variable universal de estratificación social que regula los roles y el acceso y la distribución de los recursos” (Guasch, 2006:16). Las diferentes formas de expresión dependen de diferentes factores (económicos, sociales, históricos, etc.) que generan un orden de diferencias y de desigualdad en la participación social, por lo que “es imposible separar el «género» de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene” (Butler, 2007:49).

Dentro de la cultura occidental, la masculinidad hegemónica se sitúa como el eje del orden de las construcciones de género, frente a las diferentes expresiones de masculinidad y feminidad subordinadas. Dicho orden se instaura dentro de un sentido común en la vida cotidiana en forma de violencia simbólica (Bourdieu, 2000:10). Ésta, se caracteriza en la expresión de la virilidad como práctica para la dominación frente a otras expresiones de masculinidad y feminidad a través de una serie de estrategias que son cambiantes y que dependen del contexto (Guasch, 2006:33). A su vez, dichas estrategias se expresan como una huida de todo aquello asociado con la feminidad y las prácticas asignadas a otras expresiones subalternas; con una mayor perseverancia en demostrar que ser hombre equivale a tener poder; a demostrar fuerza y rudeza como una defensa frente al miedo a través de la homofobia y como forma de culminar la forma de ser hombre; y a exponer la violencia como forma o expresión de demostración de la dominación (Kimmel, 1997; Moral, 2010:155-159; Otegui, 1999.156-157).

Cabe advertir que la masculinidad hegemónica no debe confundirse con el machismo⁷ y el patriarcado⁸ (Guasch, 2006:24; Minello, 2002:721), sino como “un proceso a través

⁷ El significado del concepto “machismo” varía de una cultura a otra, dependiendo del momento histórico de una sociedad concreta y de la trayectoria individual de las personas (Minello, 2002). Según Guasch, dentro de nuestra sociedad, el machismo “es la estrategia radical de género que algunos varones emplean para definir sus identidades sociales y personales. El machismo es una de las múltiples formas que adopta la masculinidad. La particularidad del machismo es su visibilidad social y su carácter estereotipado” (2006:24-25)

del cual los hombres llegan a suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, tales como el placer de cuidar de otros, la receptividad, la empatía y la compasión” (Kaufman, 1997:70). En efecto, la masculinidad hegemónica es un riesgo mayor a la salud de los hombres (Esteban 2003:29) y otros aspectos de la vida: mayor fracaso escolar, mayor encarcelamiento, etc. (Guasch, 2008:35). A su vez, la masculinidad hegemónica es un riesgo para los niños, mujeres y otros hombres (De Keijzer, 1997).

Desde esta perspectiva se tiene una visión holista rompiendo con la generalización y naturalización de ciertos padecimientos, la visión universalista y los estereotipos generados sobre ciertos estilos de vida desde la mirada etnocéntrica de la biomedicina. El estudio de las relaciones de género en la salud debe superar el “sesgo androcentrista” que naturaliza e invisibiliza la especificidad de los padecimientos de los hombres y las mujeres (Esteban, 2006:14). Esteban advierte que “sabemos demasiado de las mujeres y mucho menos de los hombres y hacemos excesivo hincapié en los estándares de unos y otras” (2003:30). Mi propuesta pretende escapar de la hipótesis biologicista, basada en una cuestión física y de genes, y contar con un análisis profundo basado en aspectos socioculturales.

En relación a mi objeto de estudio, el consumo de drogas se expresa en los hombres como una forma de virilidad para superar el malestar diario. Por su lado, las mujeres, aunque consumen menos drogas que los hombres y existe una mayor preferencia por las drogas legales (Romo y Gil, 2006), en nuestro estudio las consumidoras usan la heroína y cocaína por vía inyectada y/o pulmonar como forma de autoatención. Sin embargo, las mujeres mantienen ciertas pautas de precaución con respecto a los hombres: sus consumos son más discretos y ocultos, consumen menos cantidad y utilizan vías de administración menos peligrosas (intranasal o pulmonar) (Meneses, 2006:268). No obstante, estas mujeres se mueven fuera del marco de las feminidades hegemónicas, modelo que asigna la responsabilidad de los cuidados y hábitos saludables a las

8 Según Minello (2002) el “patriarcado” se entiende como la descripción de la dominación de las mujeres, y que reordena las fuerzas dentro de un contexto social e histórico. Guasch lo entiende por “un sistema de organización social, caracterizado por la autoridad pública y doméstica del padre, y, sobre todo, por la subordinación política, social y económica de las mujeres” (Guasch, 2006:25).

mujeres. Por lo tanto, en el análisis del fenómeno de estudio resalto que las consumidoras de drogas, situadas fuera del modelo hegemónico de feminidad, son doblemente estigmatizadas.

1.2.2.2. Relaciones de edad y ciclo vital

El estudio de las relaciones de edad analiza las dinámicas (tensiones o disrupciones) que se producen entre las diferentes clases de edad asignadas en una sociedad concreta. Feixa, propone dos perspectivas de análisis de la edad (1996:15-16): a) la construcción cultural de las edades: en cómo las culturas estructuran las fases del ciclo vital, así como las imágenes culturales producen las diferentes fases; y b) la construcción generacional de la cultura: en cómo los grupos de edad participan en los procesos de creación y circulación cultural. En mi caso, el análisis gira alrededor de ambas propuestas, en la interpretación de cómo los grupos de edad viven su ciclo vital según sus condiciones sociales y en cómo se articulan socioculturalmente las diferentes clases de edad.

El ciclo vital es un proceso ordenado de transiciones por etapas que realizan los grupos sociales. Como apunta García, no sólo es la transición de las sucesivas etapas, sino los cambios de estadios entre lo individual y lo colectivo pues “no existen propiamente rituales en torno a la transición de un individuo, sino reafirmaciones colectivas y simultáneas de las distintas identidades sociales” (1989:296). El ciclo vital se interpreta a partir de las construcciones sociales de las diferentes etapas en relación a los espacios sociales que ocupan. Desde este punto de vista, en las generaciones se agrupan “los individuos según las relaciones que mantienen con sus ascendientes y sus descendientes y según la conciencia que tienen de pertenecer a una cohorte generacional” (Feixa, 1996:3) además, de su relación con las diferentes instituciones (familia, trabajo, etc.).

Dentro de las trayectorias vitales de los consumidores de drogas es necesario resaltar los motivos de inicio e intensificación del consumo de drogas. Para ello se describen los procesos de socialización familiar, que preceden a la socialización secundaria (Berger y Luckmann, 2001)⁹. En este proceso, los grupos sociales rompen con las referencias

⁹ Berger y Luckmann distinguen dos niveles de socialización (2001:164-173): a) socialización primaria, la que sucede en los primeros años de vida, en los primeros momentos de la comprensión del mundo; b) socialización secundaria, en la que los individuos desempeñan un rol específico, ya socializado, e integran la comprensión del contexto institucional.

normativas inculcadas desde la familia. En la mayoría de casos, el consumo de drogas comienza en edades tempranas dentro de los procesos de socialización grupal¹⁰. Por ejemplo, Pallarés en su estudio sobre consumidores de heroína iniciados en los años 70 y 80 en España, describe diferentes motivaciones del inicio al consumo de drogas (1996:50-54): a) la presencia de sustancias en las redes sociales más próximas; b) la curiosidad de probar las drogas; c) Buscar “conocimiento y experiencias”; d) El placer de tener nuevas sensaciones; e) La oferta de drogas tras la muerte de Franco, en 1975; f) El afán de transgredir probando algo prohibido; g) otras motivaciones: moda, automedicación, etc. Funes y Romaní, refieren la importancia de la presión ambiental del grupo primario o de la pareja y el paso por el servicio militar obligatorio español (suprimido en 2001) y la cárcel¹¹ para un inicio profundo al consumo de heroína (1985: 60-62). Meneses (2006), en un estudio sobre consumidoras de opiáceos, diferencia las motivaciones de las iniciadas en los años 70, como acto de rebeldía y transgresión en grupos de amigos y amigas, con las iniciadas en los 80, donde las causas son múltiples y se iniciaron en compañía de varones que eran parejas sentimentales.

El contexto social e histórico es determinante en las motivaciones de iniciación al consumo, como también al mantenimiento de la drogodependencia bajo la adopción de una nueva identidad, de la entrada a una nueva forma de vida. Durante la “carrera moral” del drogodependiente aparecen episodios de abstinencia y de recuperación así como la entrada a una nueva trayectoria por diferentes motivos. Pallarés refiere diferentes razones para dejarlo (1996:109-112): a) Conflictos económicos; b) La presión familiar para dejarlo; c) Actitudes vitalistas ante la vida; querer disfrutar de la vida sin drogas; d) Temor a la muerte o a ir a la cárcel, y degradación física y psíquica; y e) La acumulación de experiencias satisfactorias durante los períodos de abstinencia. Meneses refiere que las consumidoras de heroína cesan en muchas ocasiones con el ciclo del

¹⁰ Relacionado con la construcción de la masculinidad hegemónica, los grupos sociales de jóvenes, la “pandilla” es el escenario real o simbólico del pacto entre varones (Marqués, 1997:25-26). En el caso de los consumidores de heroína sin techo de Bourgois y Schonberg, haber pertenecido a una “pandilla” de adolescentes es una forma de experimentar la satisfacción de haber hecho algo por sí mismos en un contexto de marginación (Bourgois, 1997; Virgil, 2002 citado en Bourgois y Schonberg, 2007:24).

¹¹ Véase en “Las historias de Julián” de Gamella (1990) los capítulos 1 y 2 de la tercera parte en los que se describe su paso por la cárcel y la “mili” respectivamente (véase páginas 185-205). También ver, sobre el paso por la cárcel, la etnografía sobre consumidores de drogas en la prisión de hombres de Barcelona “La Modelo” (Fornons, 2009) y la etnografía sobre consumidores de heroína de Funes y Romaní (1984:81-83).

embarazo o mantienen estrategias de reducción de riesgos: cambian de vía, o las sustancias y usan psicofármacos, o se ponen en tratamiento con metadona (2006:269).

En las sucesivas etapas vitales de los consumidores de drogas se produce el envejecimiento y el deterioro de la salud como un “proceso insensible, infinitamente lento, que escapa a la conciencia porque no produce ningún contraste; el hombre pasa, suavemente, de un día al otro, de una semana a la otra, de un año al otro, son los acontecimientos de la vida cotidiana los que dividen el paso del día y no la conciencia del tiempo” (Le Breton, 2002:144). Los consumidores de drogas en exclusión social padecen un grave deterioro que escapa de su dominio mental, el cuál se interioriza por la interacción y la opinión de los otros, efecto que hace consciente, o no, de tomar medidas para el cuidado de su salud.

1.2.2.3. Las relaciones de clase: sobre las infraclases

La apropiación de una clase determinada se produce a través del “gusto”, el cual engloba una serie de preferencias de usos simbólicos y materiales. Dentro del concepto “gusto” encontramos una oposición: los gustos de lujo y los gustos de necesidad. Los primeros responden a los gustos de las personas con cierta apropiación de capital, que les provee de libertad y facilidades, con respecto a los individuos situados en los gustos de necesidad, que generan estilos de vida definidos por una privación de bienes materiales y simbólicos (Bourdieu, 1988:178). Por ejemplo, en el caso de los consumidores de drogas en exclusión social, como en el estudio de Bourgois y Schonberg (2007) o en mi trabajo precedente al presente (Clua, 2011), encontramos que este tipo de población responde al gusto de lo necesario. En sus estilos de vida, la distribución de capital se encuentra muy alejada del “gusto de libertad”: en lo que respecta a capital cultural, son personas con bajo nivel de instrucción; en el capital material, disponen de poco dinero; en el capital social, responden a pocas redes sociales; y en el capital simbólico, a poco prestigio para la sociedad; por nombrar algunas de las necesidades.

En el marco de este trabajo, se estudian grupos de personas con bajo capital en toda su distribución: las infraclases. Éstas, según Bauman, responden a “una categoría de personas que está por debajo de las clases, fuera de toda jerarquía, sin oportunidad ni siquiera necesidad de ser readmitida en la sociedad organizada” (Bauman, 1999:103),

fuera de toda participación social democrática. Estos efectos se producen por diferentes procesos sociales que se engloban desde la noción de “exclusión social”. Tezanos nombra tres bloques de conceptos relacionados que producen la exclusión social (2001:141-144), que resumo a continuación: un primer bloque, en el que los individuos se apartan de manera voluntaria o involuntaria de los estándares de las vivencias sociales –desviación, marginación y segregación social-; un segundo bloque relacionado con la adquisición de capital económico –pobreza en todas sus expresiones- y un tercer bloque, relacionado con la alienación, como forma de exclusión en la que, el capital simbólico, se ve mermado por procesos históricos de convivencia negativa.

En consecuencia, los individuos con gusto de necesidad, con poca participación ciudadana, e inmersos en las lógicas de la nueva marginalidad, se encontrarán excluidos de la sociedad de consumo (Bauman, 1999; Wacquant, 2001). Según Bauman, esto supone que los consumidores están alejados de la “vida normal”, de la vida de los que están “siempre preocupados por elegir entre la gran variedad de oportunidades, sensaciones placenteras y ricas experiencias que el mundo les ofrece” (Bauman, 1999:64), aprovechando todo tipo de oportunidades. Los pobres –los consumidores de drogas en exclusión social, en nuestro caso- no pueden seguir las guías de la sociedad de consumo, ni seguir las tendencias marcadas por el consumismo. Quedan apartados de las cadenas de producción y definidos como desperdicios. En consecuencia, se producen dos efectos dentro de las políticas neoliberales: por un lado, es necesario el control social de las clases “peligrosas” a través de dispositivos de control (cárcel, fuerzas de seguridad, etc.); y por otro lado, y como consecuencia de este primer efecto, los individuos marginados se constituyen como agentes económicos, como producto, de los servicios sociales y sanitarios ofertados por el Estado de Bienestar, muchas veces enquistados en el asistencialismo y en el subdesarrollo del fomento de la independencia de las infraclases. La clase dominante coordina las diferentes instituciones en aras de conseguir sus objetivos: “el Estado, o mejor dicho la sociedad dominante, necesita la salud, la educación, el autocontrol para asegurar la reproducción y controlar a las “clases peligrosas” (Menéndez, 1984:78), entre ellas, los consumidores de drogas en exclusión social.

Las clases subordinadas viven en unas condiciones precarias donde la lucha por la participación social está envuelta de resistencias e imposiciones difíciles de superar, que

merman la salud física, psíquica y social. Los consumidores de drogas sin vivienda, no sólo son vigilados por los dispositivos de control, penados por las leyes diseñadas por los empresarios morales, sino también apartados a contextos marginales, donde la salubridad, la higiene y el cuidado de sí, son precarios e insuficientes. No estoy afirmando que los efectos negativos en la salud caigan directamente en las clases dominadas; los esquemas de actuación de las clases sociales dominantes no siempre van a asegurar un mejor pronóstico de salud y/o una vida más agradable, duradera y feliz. Desde mi posición, me interesa plantearme que “los problemas teóricos estratégicos desde la perspectiva salud/enfermedad deberían organizarse en torno a la explicación de porqué las clases subalternas aceptan (consciente y/o inconscientemente) morir más” (Menéndez, 1984:99); es decir, cuáles son las causas que contribuyen a que desde los diferentes estilos de vida de las clases populares o las infraclases, de los consumidores de drogas en exclusión social, haya unas peores percepciones, pautas y promoción de la salud.

Desde la Epidemiología sociocultural se posibilita conocer las desigualdades en el acceso a la salud y en general, las formas de sobrevivir y las diversas maneras de “buscarse la vida”, así como a conocer la participación social de los consumidores de drogas en exclusión social.

1.3. La construcción del riesgo en el consumo de drogas

La noción del riesgo ha adquirido importancia para la epidemiología y la salud pública. Desde éstas disciplinas su uso se ha integrado como factor para medir la amenaza o perjuicio de sufrir un peligro en la salud. Sin embargo, la noción de riesgo tiene raíces socioculturales e históricas adoptando diferentes significados y usos en los diferentes contextos y situaciones de la población.

En este ejercicio, se precisa definir la noción del riesgo dentro de las diferentes tradiciones de las ciencias sociales para aportar una propuesta de análisis para la Epidemiología sociocultural. Desde las ciencias sociales existen tres paradigmas del riesgo (Romaní et al., 2010:23-24; Lupton, 1999:1-10; Rhodes, 2009):

a) La sociedad del riesgo. Situados en un contexto macro, se interesan en cómo las sociedades occidentales se preocupan por el ambiente y en cómo la aplicación de

tecnologías generan en sí mismas desconcierto en la sociedad. Autores como Beck y Giddens exponen cómo las amenazas, los miedos de nuestra sociedad nos mueven a construir una forma de vida riesgosa, disgregadora de la unidad social hacia la individualización de la sociedad.

b) Cultural-simbólico. El riesgo es construido a partir de criterios culturales, morales y políticos de la sociedad. Su máxima exponente, Mary Douglas, estudió cómo la construcción de la suciedad y contaminación en los grupos culturales puede ser entendido como amenaza y cómo la construcción del riesgo delimita las sociedades; el riesgo opera como herramienta en los grupos sociales para excluirse o separarse del resto de la sociedad.

c) Gubernamentalidad. Siguiendo las teorías de Foucault, se estudia cómo los expertos crean aparatos de control a partir del dispositivo e instituciones con la intención de economizar el autocuidado a través del discurso, autoresponsabilizando a los sujetos a partir de diferentes métodos de supervisión no coercitivos.

Mi objetivo es situar los diversos discursos de los riesgos de la salud desde los grupos sociales “en determinados momentos históricos y saber las razones por las cuales se legitiman al acompañar y ajustarse al orden económico, político y social en el que son generados, sustentados y replicados” (Almeida, Castiel y Ayres, 2009:325). También comprender cuáles son las estrategias que ponen en marcha las administraciones responsables con respecto a los “riesgos del consumo de drogas”. En general, sería posible moverse en los tres modelos, pues cada uno aporta matices para comprender la construcción del riesgo del fenómeno del consumo de drogas. Sin embargo, me sitúo desde una perspectiva cultural-simbólica para conocer las subjetividades de los estilos de vida de los grupos de consumidores de drogas, más allá de las propuestas individuales o de discursos no contextualizados, y de gubernamentalidad, para comprender cómo las Administraciones del Estado crean dispositivos a partir de los saberes de expertos para combatir los riesgos y daños del consumo de drogas.

1.3.1. El riesgo en los colectivos sociales

Este concepto aplicado en el consumo de drogas se utiliza para describir la probabilidad del riesgo ante los posibles efectos de las drogas. Éstas pueden producir dos efectos

complementarios, producir “daño” en el caso que se produzcan efectos indeseables y “beneficios” en el que caso que la experiencia sea positiva. La sucesión de efectos viene determinada por la cantidad de dosis, la potencia/toxidad de la sustancia, la frecuencia de consumo, la vía de consumo, la forma de preparación de las dosis, los estilos de vida de los consumidores y las formas de consumo, las formas de atención de estos y el contexto donde se desarrolla el consumo (Newcombe, 1995:26-34).

Las diferentes prácticas y discursos hacia el consumo de drogas son determinadas subjetivamente a partir de la experiencia del riesgo y deben ser analizadas en los múltiples contextos en los que se encuentran inmersos e interactúan los individuos y grupos sociales (Sepúlveda y Romaní, 2013:96). La construcción de riesgo se mueve en diferentes supuestos. Siguiendo a Spink y Menegon (2006), se pueden hablar de tres formas de riesgo: 1) en el plano de lo preventivo, evitando riesgos; 2) en el plano de la aventura, corriendo el riesgo; 3) en el plano de los beneficios, corriendo los riesgos deseados. La primera responde a que las personas actúan sin considerar y/o controlar los riesgos externos (drogas adulteradas, exclusión social, etc.) e internos (factores biológicos y genéticos); la segunda, a que se ignoran los riesgos y se ponen en situación de padecer daños; la tercera, los consumidores se ponen en riesgo considerando una serie de beneficios, tomando medidas de protección para evitar los posibles daños. Los tres “lenguajes” forman parte de la configuración de los diferentes discursos. La aceptabilidad de las diferentes formas de consumo puede ser “estar en riesgo” o “correr riesgos”, deseados o no, según la economía y gestión de los riesgos compartida por los individuos y/o colectivos.

Los presupuestos del riesgo están gestionados por medio de pautas y normas según los estilos de vida marcados por los individuos y grupos sociales. La perdurabilidad de las normas dentro de las condiciones del grupo social es la que cohesiona los valores y dota de identidad al colectivo. Los individuos de los grupos sociales juzgan las diferentes prácticas a lo largo de su recorrido histórico creando formas de funcionar perdurables. Los riesgos asumidos por el grupo, las diferentes formas de “estar en riesgo” o de “correr riesgos”, deseados o no, son construidas simbólicamente y aceptados según la economización y gestión de los “riesgos”. En consecuencia:

“El que corre un riesgo prefiere la probabilidad pequeña de una gran ganancia y la gran probabilidad de un pérdida pequeña a unos ingresos seguros. El que tiene aversión al

riesgo compra seguridad: ello significa preferir una cierta pérdida pequeña (prima de seguro) para prevenir la pequeña posibilidad de un pérdida grande. El seguro reduce las variantes de probabilidades futuras” (Douglas, 1996:75)

Los presupuestos del riesgo, las normas en torno a esta economía, son determinados por los beneficios o amenazas hacia el grupo. Éstos presupuestos organizan la cotidianidad de los individuos. Pero los riesgos no se fabrican en relación a los posibles efectos “reales”; no juegan dentro de la operación causa-efecto, sino que, la preconcepción de la posible consecuencia “real”, está ligada a los efectos sociales de la misma, y sólo son seleccionados aquellos fabricados como beneficiosos o aquellos considerados como preventivos de alguna amenaza. Según Douglas:

“La gente está alerta ya a los primeros síntomas de peligro, pero su atención se centra en debilidades morales o políticas que esperan que intensifiquen el daño. Los peligros son seleccionados culturalmente para un reconocimiento; no todos los peligros, sino algunos” (Douglas, 1996:90)

Y aunque se cuestionen, desde el exterior del grupo, los posibles efectos negativos de sus prácticas habituales, son insuficientes las argumentaciones, mucho más si dichas prácticas son beneficiosas/preventivas o tienen un margen de error insuficiente de convencer a la evitación de vivir la sensación de la práctica. En el momento que dichas prácticas supongan un daño a los integrantes de una comunidad y se sumen los casos, estas serán cuestionadas y se tomarán posiciones frente a las prácticas con las que se “corren riesgos”. Estas decisiones pondrán en tela de juicio a aquellos que decidan no cambiarlas, pudiendo ser recriminadas a los que no quieran seguir las normas del grupo. Según Douglas:

“Una reputación de temeridad, bajeza, locura o cobardía destruirá las oportunidades de que el individuo cuente con la ayuda de la comunidad. Si un grupo de individuos ignora algunos riesgos manifiestos tiene que ser porque su entramado social les estimula a obrar así. Podemos suponer que su interacción social codifica gran parte de los riesgos” (Douglas, 1996:106)

La continuidad de los ritos fortalece la identidad grupal, y reafirma la cultura (o subcultura) dentro de la sociedad, por lo que “el rito es un intento de crear y mantener

una determinada cultura, una determinada serie de supuestos mediante los cuales se controla la experiencia” (Douglas, 2007:149).

Los ritos, las prácticas diarias, operan dentro del juego de los riesgos/beneficios de una comunidad y el interés individual. No obstante, cabe advertir que estas prácticas subjetivas, pareciendo prácticas similares, pueden contener diferentes significados para las diferentes subcomunidades de un grupo social aparentemente homogéneo. En el estudio del riesgo debe cuestionarse que los grupos realizan “prácticas con riesgo” similares, pero, sus significados, son diferentes dependiendo del rumbo de los estilos de vida que diferencian a los individuos de una subcultura concreta. Douglas nos advierte que “en vez de preguntar qué riesgo consideras aceptable, la pregunta general debería ser qué tipo de sociedad deseas” (Douglas, 1996:38). Por ello, la intención es conocer en qué tipo de esquema de acción se mueven los agentes de los estilos de vida en estudio.

1.3.2. La gubernamentalidad en la salud pública

Las Administraciones se han apropiado del cuidado de la población, bajo el discurso del riesgo. Su objetivo es economizar los gastos y garantizar el cuidado de la población a través de técnicas discursivas que inducen a interiorizar ciertas prácticas sociales como peligrosas. Bajo esta forma de gobernar se produce un cambio de racionalidad donde el Estado pasa de ser el máximo responsable de la seguridad y prosperidad de la población en toda sus dimensiones, a una racionalidad neoliberal, en la que es el individuo el encargado de sí mismo (Sepúlveda, 2011:108). Con el traspaso de la capacidad de gobierno hacia los individuos, mediante la imposición de técnicas disciplinarias del biopoder (normas y castigos), se pretende la “gubernamentalidad” de la población:

“Por «gubernamentalidad» entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder, que tiene como meta principal la población, como forma primordial de saber, la economía política, como instrumento técnico esencial, los dispositivos de seguridad”. (Foucault, 1999:195)

La gubernamentalidad persigue la docilidad de los individuos en la que “el estilo de vida se codifica sobre la base de un modelo de la responsabilidad que oscilara entre el exceso (el todo) y la renuncia (el punto cero), pasando por su punto vinculado a una

ética del cuidado de sí” (Sepúlveda, 2011:120). Se produce la autoresponsabilización con las técnicas del yo. Según Sepúlveda:

“la cuestión es cómo gobernar, con la máxima seguridad, el mercado y los procesos vitales de la población, limitando al mínimo la acción directa de Estado. De ahí que se enfatice la necesidad de que sean los propios individuos quienes se aseguren personalmente la provisión de determinados bienes y servicios, argumentando que con ello lo que se busca es combatir la llamada “cultura de la dependencia”, en tanto esto ultimo representa uno de los principales blancos de la critica neoliberal” (Sepúlveda, 2011:108)

Desde el Estado se despliegan tecnologías para la responsabilización/culpabilización dejando fuera de esta ecuación los significados, los agentes y el derecho a la “aventura” de ciertas prácticas. Según Almeida, Castiel y Ayres:

“La responsabilidad consiste en una idea normativa que posibilita y sustenta ordenamientos esenciales a la organización de los colectivos humanos. Es inevitable la asociación de "responsabilidad" con "culpa", especialmente en raciocinios que apuntan a establecer causas bien definidas, procura localizar y punir responsables/ culpados por sus correspondientes faltas” (2009:340)

Las tecnologías del riesgo definen una serie de normas que tienen la función de detectar sistemáticamente las anomalías de las conductas de los individuos y movilizar los intereses y necesidades del Estado hacia la construcción de normas colectivas por el bienestar de la población (Leflaive, 2004:207). El descontrol de los riesgos, considerados daños/peligros, cuestiona al Estado benefactor. Éste precisa de “expertos” para pretender sostener las “catástrofes ingobernables” futuras (Sepúlveda, 2011:115). Para que el aparato no sea insuficiente, bajo la gubernamentalidad, se unen el paradigma jurídico y biomédico para gestionar la presencia, efectos y consecuencias del consumo de drogas (Romaní, 2013:104) para mantener el orden público.

Desde los discursos de los “expertos” el consumo de drogas se caracteriza como una práctica de “alto riesgo”, riesgos que son objetivables, verificables y causantes de daños específicos (Sepúlveda y Romaní, 2013:100). Para ello se generan restricciones “para controlar la incertidumbre respecto a la conducta humana, para reforzar normas y para facilitar la coordinación” (Douglas, 1996:143) y fomentar un mantenimiento y

continuidad de la especie humana. Con este objetivo se recurre al método hipotético-deductivo dentro de la ecuación riesgo/peligro/daño (Sepúlveda, 2010:58-59), fórmula para proteger/controlar las acciones “temerarias” de los grupos sociales. Sepúlveda, siguiendo a Duff (2003, citado en Sepúlveda, 2010:58-59), expone que bajo los argumentos de los “expertos” en la Epidemiología se han generado discursos en los que el consumo de drogas es asimilado a daño y peligro, donde no existe el margen para “correr riesgos”, de vivir la experiencia.

Por ejemplo, en el caso de los consumidores de drogas por vía inyectada, con la llegada de la infección del VIH se produjeron una serie de imágenes que clasificaron a los consumidores y otros colectivos como “grupos de riesgo”. Esta forma de etiquetar para el control de las conductas produjo la estigmatización y persecución de algunos grupos sociales con actividades y formas de vida insana (Guasch, 1992). Con ello se produjo la persecución de los “yonquis”, “prostitutas” y los “homosexuales” tildando sus estilos de vida como responsables de la propagación de la infección/enfermedad. Siguiendo a Douglas:

“Parece ser que si una persona no encuentra lugar en el sistema social y es por lo tanto un ser marginal, toda precaución contra el peligro debe proceder de los demás. Esta persona no puede evitar su situación anormal” [...] Si no existe algún rito de asimilación que pueda asignarle definitivamente un nuevo puesto, permanece al margen, junto con otras personas a quienes de modo similar se atribuye irresponsabilidad, resistencia a la enseñanza y todas las actitudes sociales equivocadas” (Douglas, 2007:116).

Desde esta reflexión, se interpreta que los grupos sociales aceptan unos determinados “riesgos”, unos determinados daños, unas determinadas enfermedades, y por ello, son considerados refractarios a toda intervención hacia el cambio para un estilo de vida “sano” y “adecuado”. Bajo esta fórmula, los grupos situados al margen son considerados anormales, “pecadores” del sistema de normas hegemónico: “El contaminador se convierte en un objeto de reprobación doblemente malvado, primero por cruzar la línea y segundo porque pone en peligro a los demás” (Douglas, 2007:160).

En el caso del VIH/SIDA, cuando se comenzó a saber más sobre las formas de transmisión de la enfermedad y se puso en tela de juicio que no eran los colectivos

estigmatizados los que generaban las enfermedades, se rectificó el concepto de “grupo de riesgo” por el de las “prácticas de riesgo”. Aunque esta fórmula parece funcionar y reducir el estigma a los tildados de vida insana, la fórmula puede llegar a no ser útil si no se entienden las complejidades del contexto y los elementos estructurales de la sociedad que definen los riesgos experimentados por la población. Al obviar los estilos de vida y las prácticas, el concepto de “riesgo” está vacío de significado y defectuosamente se categoriza a las personas de determinados grupos sociales. Bajo la ecuación de riesgo/peligro/daño quizás no se estigmatiza a los “grupos de riesgo” pero en la práctica profesional y científica se produce un discurso inherente donde las “prácticas riesgosas” pertenecen a los “grupos de riesgo”. Desde esta postura se obvian los elementos socioculturales que producen determinadas prácticas dentro de los estilos de vida, sin comprender los “verdaderos” significados de las mismas.

1.3.3. Por un diálogo del riesgo entre los colectivos y la salud pública

Desde la salud pública se proyectan estrategias preventivas, a partir de estudios de carácter cuantitativo, enfocadas a reducir los riesgos y daños del consumo de drogas. Sin embargo, muchas veces las estrategias no resultan efectivas pues los indicadores de salud en términos numéricos no son suficientes para dar respuesta a la complejidad de la salud y la enfermedad, más bien nos señalan que las diferentes medidas preventivas y de promoción de la salud han resultado poco exitosas y/o ineficaces (Suárez, Beltrán, Sánchez, 2006:147-148). Por ello, se requiere una mayor comprensión del contexto de la construcción del riesgo del consumo de drogas de los grupos sociales en estudio.

Los programas de reducción de daños tienen el objetivo de evitar las enfermedades infectocontagiosas y las muertes por sobredosis producidas por el consumo por vía inyectada y pulmonar de cocaína y/o heroína. Curiosamente, como se explica en el apartado 1.4., estas propuestas de prevención nacen de los mismos consumidores de drogas y profesionales militantes, pero amoldadas a los significados de los profesionales y técnicos de salud, se pone en riesgo (nunca mejor dicho) que los usuarios rechacen estas propuestas por no ajustarse a sus normas o manera de concebir las prácticas del consumo. Y pese a que este modelo de actuación puede parecer estar ajustado a los significados de sus destinatarios:

“Si la falta remite a una falla en los sistemas de autocontrol, esto puede deberse a una debilidad o deficiencia en el equipamiento preventivo de que dispone el individuo, o a

una falla atribuible a la irrupción de las contingencias no contempladas en el curso de la acción. En cualquiera de los casos, el individuo no queda exento de responsabilidad, pues debería haber previsto las posibles derivas del curso de su acción y haber tomado las medidas de precaución de forma oportuna. En consecuencia se deberá potenciar y reforzar la programación preventiva de la que será objeto y sujeto a la vez” (Sepúlveda, 2011:122)

Cabe recordar que la “mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, y el punto central, para nosotros, no es tanto considerarlos como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no” (Menéndez (1998:57). Como apuntan Almeida, Castiel y Ayres:

“No es posible que nosotros, como profesionales, científicos y técnicos, podamos unilateralmente encontrar soluciones de superación (aunque tengamos el deber de participar de ellas). Es necesario que los sujetos directamente involucrados en las situaciones participen activamente de ese proceso y los reconstruyan con nosotros” (2009:39)

Por ello, se precisa un mayor conocimiento de cómo crear estrategias de promoción de la salud donde se examine la racionalidad de la población inmersa en sus contextos éticos, políticos y morales (Lupton, 1993:433). Estas estrategias deben generarse de forma participativa, donde los miembros del grupo social puedan dar su opinión y expresar sus significados frente al consumo de drogas. Desde este punto, se precisa mediar entre los grupos sociales y los profesionales de los centros de reducción de daños para un trabajo conjunto donde se articulen las construcciones del riesgo para generar líneas de actuación para el consumo de drogas.

La educación sanitaria debe ser entendida desde la horizontalidad y no desde métodos pedagógicos directivos donde el poder del profesional se sobrepone a la opinión del usuario; “sin embargo, esta acción social, que en términos idearios debe ser “libertaria”, se fundamenta en la ruptura o transformación de las historias de vida. Es en este punto donde debemos repensar qué es intervención en factores de riesgo y sobre qué se busca intervenir” (Suárez, Beltrán, Sánchez, 2006:147). Como apunta Szasz, “una educación real de las drogas no debe ser animar a la abstinencia, sino a buenos hábitos de

consumo, esto es, a utilizar las drogas de modo inteligente, responsable y autodisciplinado” (2002:138). Y mientras no se produzca este paso los profesionales continuarán cuestionando la posición de los usuarios de drogas y rebuscando estrategias de actuación más efectivas sin resultados positivos.

La promoción de la salud debe girar hacia una prevención positiva donde la tendencia central sea utilizar “un lenguaje positivo de refuerzo de los comportamientos protectores, evitando hablar sólo de los riesgos. Se trata así de incluir en los programas de prevención el aprendizaje de habilidades como aspecto esencial y complementario de la información” (Spink, 2007:594). Mientras estas construcciones simbólicas no sean comprendidas desde la salud pública no será posible entender los “riesgos” más allá de una cuestión propiamente individual disociada de los ambientes y los contextos donde se produce el consumo de drogas. Ante los consumidores “refractarios”, la opción no es empujarlos obligatoriamente a cumplir las medidas preventivas sino a conocer qué estrategias para la promoción de la salud son útiles para la participación desde los propios discursos del riesgo. Debe tenerse en cuenta que en el ejercicio de la mediación se precisa “desarrollar estrategias de seguridad que, paradójicamente, permitan «poner el juego» a favor del riesgo. [...] Es posible que ante la imposibilidad de vivir sin paradojas el camino sea realmente el de desarrollar las habilidades individuales (y colectivas, para no olvidar jamás que coproducimos nuestras realidades sociales) de reducción de daños, sin cercenar el espíritu de aventura” (Spink, 2007:596).

Sin ese paso, donde los grupos de consumidores de drogas pasan de objeto/sujetos a participantes, no va a poder ser posible los cambios dentro del campo de intervención de las drogas. Y mientras estas construcciones simbólicas no sean comprendidas desde la salud pública y la Epidemiología clásica no va a ser posible entender los “riesgos” más allá de una cuestión propiamente individual disociada de los ambientes y los contextos donde se producen el fenómeno del consumo de drogas.

1.4. Reducción de daños en el consumo de drogas

En este apartado desarrollo el concepto reducción de daños en el ámbito del consumo de drogas y los hechos que dieron lugar a la puesta en práctica de estas políticas para hacer frente a los efectos del prohibicionismo. A continuación, desarrollo por puntos los diferentes programas de reducción de daños que caracterizan a dichas políticas; en cada

caso, se define qué es cada programa, cuáles son sus objetivos y qué efectividad tienen según la evidencia científica. El caso de las salas de consumo higiénico lo desarrollo aparte para una exposición con más detalle, dado que son los dispositivos desde los que he realizado la investigación. Por último, realizo un breve recorrido de las políticas y programas de reducción de daños en España.

1.4.1. Prohibicionismo y reducción de daños

La guerra contra las drogas se gestó a principios del siglo pasado y se formalizó con la Convención Única de estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961. Desde ésta reunión el objetivo ha sido limitar el uso de las drogas exclusivamente en el área médica y científica, y pretender acabar con el consumo de drogas; sin embargo, han resultado peores las consecuencias que los remedios. Desde entonces y en las sucesivas rectificaciones de esta convención (también, contradicciones y confusiones) (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011), el consumo de drogas ha aumentado, los daños sanitarios y sociales se han intensificado, y la población penitenciaria con delitos relacionados con las drogas no ha dejado de aumentar. La persecución de los cultivos de drogas, los traficantes y de los consumidores de drogas como la promoción de campañas preventivas han sido un fracaso con un elevado gasto económico mayor que el empleado en la promoción de servicios específicos para la atención a los drogodependientes, hecho que ha llevado a los expertos a reclamar un giro en las políticas de drogas para que se materialicen los recursos en acciones basadas en la evidencia (CGPD, 2011).

A principios de los años 80, las consecuencias devastadoras de la guerra contra las drogas se vieron acentuadas con la aparición y transmisión del VIH/SIDA asociada al consumo de drogas por vía parenteral. Este hecho potenció la estigmatización de los consumidores, arrastrando hasta la actualidad el modo ver y entender el “problema de las drogas”. Sin embargo, los colectivos de usuarios y profesionales de diversas ciudades europeas pusieron de manifiesto la necesidad de impulsar programas de salud desde la óptica de la reducción de daños, debido a la ineficacia de las políticas públicas llevadas hasta el momento para hacer frente a las consecuencias negativas del consumo de drogas. Las políticas de reducción de daños se definen como “el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con

el consumo de drogas” (Nieva, Baulenas, Borràs, 1995 en Romaní, 2008:305). Las primeras experiencias se sitúan en la provincia británica de Merseyside, con capital en Liverpool, región con mayor tasa de VIH en Inglaterra durante los años 80, y las promovidas por la Junkiebond de Ámsterdam (Países Bajos), una organización de autoayuda de usuarios que tenía como objetivo reducir la transmisión del virus de la hepatitis B. Desde estas experiencias se llevaron a cabo los programas de intercambio de jeringuillas y la prescripción de opiáceos inyectables con efectos positivos en la disminución y control de la expansión del VIH y otros daños a la salud asociados (sobredosis, violencia, etc.), mejorando la convivencia en la comunidad entre usuarios y vecindario, reduciendo la criminalización de los consumidores y creando lazos de trabajo conjunto entre los servicios sociosanitarios y cuerpos policiales (O’Hare, 1995:17-18). Por lo tanto, los objetivos de la reducción de daños son los siguientes (Romaní, 2008:305):

- Fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de asistencia para los drogodependientes adaptada a sus necesidades y demandas y, consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario.
- Crear recursos de ayuda para los drogodependientes que, por las circunstancias que sean, no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su adicción.
- Ayudar en la aceptación de las drogodependencias como una realidad que, por el momento, no dejará de existir, e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consecuente exclusión social.

El éxito de las políticas de reducción de daños, demostrada en la evidencia científica y apoyada desde la ética y los derechos humanos, ha conducido a la expansión e innovación de diversos programas para paliar los efectos negativos de las drogas de países industrializados y en vías de desarrollo.

1.4.2. Programas de reducción de daños

A continuación expongo los diferentes programas de reducción de daños, excepto las salas de consumo higiénico a las que dedicaremos un apartado aparte. En cada caso se define qué es cada programa, cuáles son sus objetivos y cuál es la efectividad de cada

estrategia según la evidencia científica. Los diferentes programas y tratamientos que a continuación desarrollo, en nuestro medio, se llevan a cabo en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) o los centros de emergencia/ centros de reducción de daños u otros dispositivos de carácter sociosanitario como hospitales y ambulatorios. En estos servicios sociosanitarios se integran los programas de reducción de daños junto a la intervención sanitaria (pruebas diagnósticas, tratamientos, etc.), atención social (trabajo social, educación social, etc.) y atención jurídica (asesoramiento legal). Sobre estos aspectos más específicos hablaré a lo largo del análisis etnográfico por lo que en las siguientes líneas sólo se explican de forma sintética los programas clave que definen las políticas de reducción de daños.

1.4.2.1. Programas de intercambio de jeringuillas¹²

Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) consisten, básicamente, en la distribución de material para el consumo higiénico por vía parenteral, pulmonar y nasal para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por compartir y reutilizar los artilugios de preparación y consumo de las drogas. Se recomienda distribuir kits completos para la preparación y consumo de drogas. Para el consumo de drogas inyectables se precisan jeringuillas estériles, agua bidestilada para diluir las sustancias, cazuelitas para preparar la solución, toallitas de alcohol para limpiar la zona de punción, acidificantes para diluir mejor sustancia poco solubles como la heroína marrón (base), filtros para filtrar la dosis diluida, goma (*smart*) para hacer el torniquete en la zona de punción. Para el consumo por vía nasal deben distribuirse cánulas y láminas sólidas para preparar las rayas. Para el consumo por vía pulmonar de heroína debe distribuirse papel de aluminio bajo en plomo. Para el caso del consumo por vía pulmonar de cocaína/crack los kits deben ser completos: pipas de vidrio endurecido que soporte temperaturas elevadas, boquillas para recubrir la zona de aspiración de la pipa de vidrio y evitar heridas bucales, filtros metálicos o papel de plata para colocar las piedrecitas de crack, goma elástica para sujetar el papel de aluminio, palillos para perforar el papel de aluminio donde se coloca el crack, bicarbonato sódico para transformar la cocaína en crack, agua bidestilada para la cocaína, cazuelas para hacer el preparado del crack, (Clua, Tenza, Minguenza, 2015:26-29).

¹² Por programa de intercambio de jeringuillas se refiere, concretamente, al espacio de promoción de la salud y de distribución de material para el consumo de drogas por vía parenteral, pulmonar y nasal.

Estos programas se desarrollan en diferentes dispositivos (centros de reducción de daños, centros de atención y seguimiento, farmacias, centros de salud, máquinas y prisiones)¹³ en los que participan profesionales del ámbito sanitario y social, usuarios de drogas y voluntarios.

Los objetivos básicos de los programas de intercambio de jeringuillas son los siguientes (Grup Igia, 2000; Romero et al., 2005; Hunt, Trace, Bewley-Taylor, 2005; WHO, UNAIDS, UNODC, 2007):

- Prevención y promoción de la salud del consumo de drogas para evitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas (VIH y las hepatitis) y las sobredosis asociadas a los hábitos de consumo de drogas por vía parenteral, pulmonar y / o nasal.
- Promover el acercamiento de los usuarios a las intervenciones de reducción del daño del consumo de drogas: cribados y counselling sobre las infecciones del VIH y la hepatitis, salas de consumo, talleres de sobredosis, etc., y facilitar la implicación de los usuarios en la difusión del conocimiento y del material.
- Ofrecer y asesorar en la derivación de los usuarios a dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias y otros problemas de salud concomitantes, y para la cobertura de las necesidades básicas (comedores, albergues, etc.).
- Promoción de la salud para practicar un sexo seguro, y distribución de preservativos y otros materiales para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Crear vínculos de información y comunicación con los usuarios para un mayor conocimiento del consumo de drogas en los alrededores del servicio y mejorar la cobertura y las estrategias de atención de los consumidores.

Diversos estudios en medio comunitario (Kimber et al., 2010; Cox y Robinson, 2008; Denning, Little y Glikman, 2004; Hurley, Jolley y Kaldor, 1997) y medio penitenciario (Lines et al, 2006; Jürgens, 2007; Betteridge, Jüngers y Kerr, 2008) demuestran que los PIJ reducen la reutilización del material para el consumo de drogas por vía parenteral y promueven la concienciación del riesgo para disminuir la reutilización de material sucio. Por lo tanto, los PIJ disminuyen la predicción de transmisión de enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis B y C), no incitan ni aumentan el consumo, mejoran

¹³ Véase Clua, Tenza, Minguenza (2015:17-22) para conocer más detalladamente las diferentes modalidades de programas de intercambio de jeringuillas y las ventajas y desventajas en cada caso.

las técnicas de venopunción de los consumidores, y tienen un impacto ecológico positivo reduciendo jeringuillas utilizadas en la vía pública. Sin embargo, no existen suficientes evidencias para demostrar que los PIJ por sí solos puedan reducir la re/infección del VIH y las hepatitis B y C. En estos casos el PIJ debe combinarse con otras intervenciones (tratamientos con sustitutivos opiáceos, vacunación, etc.) y lograr una buena cobertura. También, los PIJ pueden facilitar el inicio de tratamientos de las drogodependencias. El contacto con profesionales promueve el asesoramiento, la información y la evaluación para iniciar un tratamiento de sustitución de agonistas opiáceos o programas orientados a la abstinencia. Por último, Jones et al. (2008) y Kwon et al. (2012) demuestran que son programas coste-efectivos porque reducen la infección de enfermedades y los costes generados del tratamiento y seguimiento de éstos problemas de salud.

1.4.2.2. Programas de sustitución con opiáceos

Sobre los programas de sustitución de opiáceos (heroína) hablaré sobre los programas de mantenimiento con metadona, la terapia sustitutiva más extendida en España; los programas de sustitución con buprenorfina y buprenorfina/naloxona, desarrollados minoritariamente en España; y los programas de prescripción de heroína, una de las terapias con las que se ha experimentado de forma minoritaria en los últimos 20 años en diferentes países de Europa (Suiza, Países bajos, Alemania y Reino Unido) y Canadá y de la que se han realizado dos ensayos en España en la década pasada.

a) Programa de mantenimiento con metadona

La metadona es un opioide sintético que se utiliza para el mantenimiento del consumo de opiáceos. Se caracteriza por la ausencia de los efectos euforizantes de la heroína, puede mantenerse con dosis constantes con posibilidad de reducirse la cantidad gradualmente, es eficaz por vía oral, tiene la capacidad de suprimir los síntomas de abstinencia de forma prolongada con una semivida plasmática de 24 a 36 h, eliminando el síndrome de abstinencia y es de fácil manejo terapéutico, siendo un fármaco seguro y no tóxico (Joseph y Appel, 1997:76-77).

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM), en Barcelona, consisten en la dispensación de metadona en solución oral con pautas en días alternos, semanales o quincenales según el plan terapéutico establecido. Además, se ofrece atención sanitaria

para el control de las enfermedades concomitantes (hepatitis B y C, VIH/SIDA y tuberculosis). Los PMM que se ofrecen tienen diferentes grados de exigencia. En los casos que se supera cierto grado de estabilidad, se ofrece atención psicoterapéutica y socio-educativa con régimen de take-home semanal o quincenal y en casos de mayor estabilización, la posibilidad de la dispensación en farmacias (Brugal, 2005:41).

Los objetivos de los PMM se resumen a continuación (Torrens y Fonseca, 2009:27): la disminución del consumo de opiáceos ilegales; la disminución de las conductas de riesgo para el VIH; la disminución de las actividades ilegales; la disminución del riesgo de sobredosis mortal; la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud; y el aumento de la tasa de retención de los pacientes, ya que todos los efectos anteriores se obtienen mientras el paciente sigue en tratamiento.

Los PMM son efectivos según la revisión de Fernández Miranda (2005), en los siguientes aspectos que resumo a continuación:

1. Retención. Existe una alta adherencia al tratamiento y una valoración positiva entre sus usuarios. Se considera importante una retención de no menos de dos años para evitar recaídas y abandono del programa.
2. Consumo de drogas. Los usuarios en PMM disminuyen el consumo de opiáceos y cocaína, pero no existe consenso en la disminución del uso de benzodiazepinas y el alcohol.
3. Morbi-mortalidad. Los usuarios en PMM disminuyen el uso de drogas por vía parenteral y por lo tanto la predicción de contagio por VIH y otras enfermedades contagiosas. Sin embargo, otros estudios apuntan que los usuarios en PMM aumentan el uso de cocaína por vía parenteral. Se evidencia una mayor mortalidad en aquellos consumidores que no están en PMM y mayor esperanza de vida entre los usuarios que sí lo están.
4. Empleo y criminalidad. Los usuarios en PMM mejoran su situación laboral y disminuyen su actividad criminal, reduciendo los días de actividad criminal, los arrestos y los ingresos en prisión.
5. Calidad de vida. Este término de difícil precisión y poco estudiado, se utiliza como forma de medir la satisfacción de los usuarios del PMM. Los escasos estudios demuestran una mejora notable en los pacientes.

6. Coste –efectividad. Los PMM son efectivos y reducen costes sanitarios para la prevención del VIH/SIDA (el uso de servicios psicosociales complementarios y de otros tratamientos médicos).

Los PMM que presentan mayor efectividad son aquellos realizados con criterios flexibles de acceso al tratamiento, en los que la evaluación se centra en el usuario con un plan con objetivos conjuntos; en los que la fase de inducción es rápida y durante la fase de mantenimiento, la dosis y la duración del tratamiento son flexibles y adaptadas a las necesidades del usuario; los usuarios tienen a su disposición recursos psicosociales y se tiene en cuenta la comorbilidad orgánica y psiquiátrica; tienden a favorecer la relación horizontal y desjerarquizada entre usuarios y profesionales; se busca llegar a un compromiso antes de usar el castigo por el uso de drogas ilícitas y disponen de un equipo entrenado en actitudes positivas hacia los consumidores (Iraurgi, 2009).

b) Programa de mantenimiento con buprenorfina y buprenorfina/naloxona

La buprenorfina es un opioide sintético, agonista parcial de los receptores opiáceos, que se utiliza como terapia para sustituir el consumo de heroína. Se administra por vía oral en pastillas sublinguales y sus objetivos son similares a los de los PMM. Aunque ambas presentaciones demuestran ser eficaces, se recomienda el uso de la buprenorfina combinada con naloxona, opiáceo antagonista, que tiene el objetivo disuadir de su uso inadecuado por vía parenteral; la naloxona absorbida por vía oral es insuficiente para producir síntomas de abstinencia, en cambio, inyectada sí produce los síntomas de abstinencia en los consumidores de opiáceos (Martínez et al., 2007:151).

La efectividad difiere en cuanto a los PMM. Las diferencias más destacables son las que resumo a continuación (Martínez et al., 2007; CCI, 2009):

1. Retención al tratamiento. La metadona es más efectiva que la buprenorfina en cuanto a la retención en el tratamiento, tanto con los regímenes de dosis fijas como flexibles.

2. Consumo de opiáceos y otras sustancias. Ninguno de los dos tratamientos, tanto en regímenes de dosis fijas como flexibles, ha mostrado un beneficio claro para la reducción del consumo de otras sustancias como la cocaína o las benzodiazepinas.

3. Mortalidad. No se han observado diferencias en la tasa de mortalidad, pero algunos

estudios han mostrado una menor mortalidad con buprenorfina durante el periodo de inducción al tratamiento.

4. Adherencia al tratamiento antirretroviral y conductas de riesgo. No se dispone de información suficiente para valorar el beneficio de una u otra opción en la adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH positivo, o en la reducción de las conductas de riesgo.

5. Tratamiento de mujeres en periodo de gestación. Los resultados referidos al parto, el bebé o la madre no parecen diferir en las mujeres que reciben metadona respecto de las que reciben buprenorfina como tratamiento de mantenimiento. La gravedad y la duración del síndrome de abstinencia neonatal parece ser superior en los bebés de madres tratadas con metadona en comparación a las tratadas con buprenorfina.

6. Calidad de vida. El tratamiento de mantenimiento parece mejorar la calidad de vida de las personas incluidas, de forma similar en las que reciben metadona o buprenorfina.

7. Función cognitiva. Los tratamientos de mantenimiento con metadona o buprenorfina parecen alterar la capacidad de memoria y otras capacidades neuro-psicológicas, sin poderse excluir una ligera ventaja de la buprenorfina.

c) Programa de prescripción de heroína

La heroína es un opiáceo que puede ser administrado por vía parenteral, pulmonar, oral y nasal que fue incluida en 1961 en el listado de la Convención Única, reservándole un status experimental para el estudio de la adicción (Marsset, 2005:236; François y Mino, 2009:53). Desde entonces, se han realizado ensayos clínicos y se han llevado a cabo programas con este fármaco de manera minoritaria en países europeos (Suiza, Holanda, Alemania, España y Reino Unido) y Canadá.

Los programas de prescripción de heroína (PPH) consisten en la prescripción y administración de heroína bajo control médico, junto a otros opiodes, con los siguientes criterios de admisión (François y Mino, 2009:56): a) Ser mayor de edad; b) Haber fracasado en al menos dos intentos de tratamiento (PMM, terapia ambulatoria o residencial); c) Llevar al menos dos años de consumo de opiáceos por vía intravenosa; d) Presentar problemas de salud física y/o psíquica imputables al consumo pero que no impidan acudir al centro de tratamiento.

Los objetivos de los PPH son (François y Mino, 2009; Iraurgi, 2009; Marset, 2005, Massó, 2008):

- 1) Establecer un vínculo terapéutico estable a personas que han fracasado en otro tipo de programas dirigidos a la adicción a opiáceos.
- 2) Mejorar la salud del paciente: seguimiento de su estado físico y/o psíquico, garantizar un espacio y materiales en condiciones higiénicas para consumir, con la garantía de la asistencia de un profesional para evitar prácticas inseguras y actuar en caso de reacciones adversas y/o sobredosis. Facilitar el acceso a servicios sanitarios.
- 3) Mejorar las condiciones sociales del paciente: ayudar a reemprender sus redes sociales y familiares, búsqueda de trabajo y/u ocupaciones, romper con la marginalidad, etc.
- 4) Reducir las consecuencias jurídicas del consumo de drogas: suprimir el consumo de opiáceos ilegales, reducir la conflictividad del consumo en la calle, disminuir la oferta y venta ilegal de heroína, etc.

Las características diferenciales de los PPH respecto a otros programas con agonistas son las siguientes (Danet, Romero y March, 2012; Marset, 2005, 2006): a) La prescripción diversificada e individualizada y la intensidad del seguimiento promueve un plan terapéutico global e interdisciplinar que permite el abordaje del policonsumo, de los trastornos psiquiátricos y de su situación social asociada a la marginalidad y a la ilegalidad; b) La administración intravenosa permite la integración del trastorno físico a la dinámica psicológica del sujeto y una aproximación al placer inherente de todo consumo de heroína; c) La administración de heroína permite la obtención del efecto deseado (efecto flash y flooding) y asociado a otro opiáceo u opioide (metadona o morfina) cuyo efecto sostenido favorece la estabilización y reduce los síntomas de abstinencia; d) En la fase de mantenimiento, se desarrollan estrategias médico-psico-sociales en función del plan terapéutico individualizado y adaptado a las necesidades y demandas del usuario; e) A nivel farmacológico, la morfina y heroína carecen de interacciones medicamentosas clínicamente significativas.

Dos revisiones sobre los PPH Suiza, Holanda, Alemania, Canadá, España y Reino Unido (Danet, Romero y March, 2012; Marset, 2005), refieren que estos programas suponen un cambio radical en la percepción y trato de la persona enferma y de su adicción; reducen daños derivados del consumo de drogas, tales como abandonar el

consumo de heroína ilegal, prevenir las enfermedades transmisibles por vía intravenosa y/o sexual, mejorar la salud física, psíquica y aumentar la integración social; mejoran los pacientes su calidad de vida y los integra progresivamente, en un proceso de cambio no dirigido necesariamente hacia la abstinencia, sino hacia la modificación de hábitos y comportamientos ligados al consumo. Por ejemplo, en un estudio de evaluación en Ginebra entre 1995 y 2000 (François y Mino, 2009) destacan el drástico descenso de la criminalidad, la tendencia al mantenimiento de la dosis de heroína e incluso del descenso progresivo a diferencia de la visión estigmatizada del consumidor abusivo, y la excelente retención en comparación con otros programas. En un estudio cualitativo sobre los pacientes y familiares del programa PEPSA de Granada (Romo et al., 2009) se concluía que se producía una estabilización en las rutinas en la vida cotidiana de los pacientes a través del compromiso de acudir dos o tres veces al día al hospital, recibir apoyo psicosocial y alejándose de las escenas de consumo de drogas. Los pacientes mejoran a nivel laboral y en las relaciones familiares y amistades, dejando de lado los actos delictivos. Además, se produce una ruptura de identidad de adicto hacia paciente crónico mejorando su aceptación social. Por último, Nosyk et al. (2012) demuestran que los PPH son más eficaces y coste-efectivos que los tratamientos con metadona, reduciendo los ingresos hospitalarios (sobre todo de urgencias), disminuyendo costes sociales, sobre todo asociados al crimen, y aumentando la duración y calidad de vida de los pacientes.

1.4.2.3. Intervenciones para el consumo higiénico y seguro

En este apartado se explican las intervenciones para evitar y/o reducir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las sobredosis fatales e intoxicaciones agudas relacionadas con el consumo de drogas.

a) Talleres para el consumo higiénico y seguro¹⁴

Estos talleres tienen el objetivo de la promoción de la salud en las prácticas del consumo de drogas. Es aconsejable que los talleres se realicen con grupos pequeños (6-8 personas), aunque también se pueden trabajar aspectos de forma individual, y que sean dirigidos por profesionales y usuarios formados en agentes de salud que refuercen

¹⁴ Véase Insúa (2001), Pereiro (2005) y Majó, Ilundain y Valverde (2009) para una explicación más detallada de cómo realizar este tipo de talleres.

los mensajes entre sus pares. Los talleres que se proponen tienen los siguientes formatos:

Talleres de venopunción higiénica. Consisten en sesiones grupales para explicar los procedimientos básicos para la preparación y administración de drogas por vía parenteral siguiendo unos pasos protocolizados para evitar el contagio de enfermedades. Los contenidos básicos para promocionar la venopunción higiénica son (Clua, Tenza, Mingueza, 2015:43): 1) Explicar cómo limpiarse las manos; 2) Promover llevar anticipadamente el material necesario para preparar y consumir las drogas; 3) Conocer las formas para evitar consumos de menos riesgo; 4) Desmentir las ideas erróneas de las prácticas de consumo; 5) Explicar cómo preparar la inyección de forma salubre; 6) Explicar las técnicas de venopunción higiénica y segura¹⁵.

Talleres para el cambio de vía de consumo. Siguiendo los objetivos del taller anterior, este tipo de talleres están enfocados a promocionar el cambio de vía de consumo hacia otras menos nocivas (vía pulmonar y/o nasal) en aquellos usuarios que quieren seguir consumiendo y tienen dificultades para realizarlo por vía parenteral. En estos talleres se explica cómo consumir heroína y/o cocaína por vía pulmonar y nasal de forma higiénica y segura. Diversos estudios (Pizzey y Hunt, 2008; Leonard et al., 2008; Malchy et al., 2011) concluyen que la promoción de la salud y distribución de material de consumo por vía pulmonar producen el cambio de vía en consumidores por vía inyectada, reportándoles beneficios para salud.

Talleres de actuación de las sobredosis y distribución de naloxona¹⁶.

Aunque desde los diferentes dispositivos de atención a las drogodependencias y los servicios de urgencias se actúa para asistir a las sobredosis, se realizan talleres para que los usuarios sepan actuar en caso de urgencia. Estos consisten en instruir a los consumidores para detectar situaciones de riesgo de sobredosis, saber identificarlas y actuar en casos de intoxicación. En este último aspecto, se enseña a realizar reanimación

¹⁵ Véase Colom (2002) para una explicación más detallada de cómo preparar y consumir sustancias por vía parenteral de forma higiénica y segura.

¹⁶ Véase Majó, Ilundain y Valverde (2009) para conocer los protocolos de actuación para las sobredosis de heroína y/o cocaína.

cardiopulmonar y a utilizar la naloxona, opioide antagonista para tratar las sobredosis de heroína. Diversos estudios (Anoro et al., 2004; Bird et al., 2015, Oluwajenyo et al., 2014) recomiendan el entrenamiento y distribución de naloxona entre los usuarios para la asistencia de sobredosis.

b) Análisis de sustancias

Los servicios de análisis de sustancias son dispositivos para informar *in situ* o a través de Internet del contenido de las dosis analizadas y en su caso, informar de las sustancias dañinas e inesperadas a los consumidores (Ventura, Fornís y Blanc, 2013). Este tipo de servicios se llevan a cabo en espacios festivos pero, en los últimos años, han comenzado a desarrollarse también desde los centros de reducción de daños. Los objetivos de este tipo de dispositivos son los que resumo a continuación (Ventura, Fornís y Blanc, 2013:263-266):

- a) Informar a los usuarios de la composición de la sustancia con el fin de que decida consumirla, o no, en el caso de detectar una sustancia dañina¹⁷.
- b) Transmitir pautas de consumo hacia la sustancia analizada para que el usuario las tome en consideración respecto de la reducción de riesgos.
- c) Realizar asesoramiento para abordar problemas relacionados con el consumo de drogas y profundizar y orientar en los procesos de cambio, así como servir de puente para derivaciones a servicios asistenciales de las drogodependencias.
- d) Proporcionar y difundir información de las sustancias analizadas para que los organismos den respuesta y haya un impacto e influencia en el mercado ilícito para impedir la extensión de sustancias adulteradas.
- e) Recoger información para estudiar el uso y tendencia de nuevas sustancias.

El análisis de sustancias en espacios festivos acompañado de consejo breve (promoción de la salud) es una buena medida de reducción de daños (Rovira e Ibáñez, 2002; Ventura, Fornís y Blanc, 2013; Vidal, Fornís, y Ventura, 2014). No obstante, se aconseja adaptar las medidas de prevención a los contextos locales para dar cobertura a

¹⁷ En un estudio realizado en el SAPS y CAS Sala Baluard con la colaboración de Energy Control (Ianello et al., 2012), se analizaron 17 muestras y se detectó que la cocaína contenía lidocaína, procaína, fenacetina, tetracaína, levamisol y disolventes, y las de heroína se hallaron paracetamol (en todas las determinaciones), cafeína y disolventes. Desde entonces, en ambos centros se han recogido y analizado muestras para informar de la detección de sustancias nocivas mediante listados disponibles a los usuarios.

la heterogeneidad de los colectivos de consumidores (Hungerbuehler, Buecheli, Schaub, 2011), así como alentar a los consumidores, por diferentes canales de alerta (redes sociales, web's, actividades de acercamiento), del riesgo de usar diferentes sustancias de forma combinada en un corto período de tiempo (Vidal, Fornís y Ventura, 2014).

1.4.2.4. La participación de los consumidores de drogas

La participación de los usuarios se realiza, a grandes rasgos, desde las asociaciones de usuarios y con la formación de los consumidores como agentes de salud y su inclusión en los equipos profesionales de las drogodependencias. A continuación, desarrollo los objetivos, funciones y efectividad de éstas propuestas.

a) Asociaciones de usuarios de drogas

Una asociación de usuarios de drogas es una agrupación voluntaria de personas que orientan sus acciones hacia la defensa de sus derechos y el desarrollo de iniciativas de autoayuda, protegiendo la salud de la sociedad y asesorando, en base a su experiencia, a los responsables territoriales en las políticas sanitarias de drogas (Borrás et al., 2000).

Existen diferentes tipos de asociaciones que pueden distinguirse según sus fines y sus componentes: grupos de autoayuda y grupos de interés (Borrás et al., 2000:24-25). En cuanto a los fines, los grupos de autoayuda sientan sus objetivos en aspectos asistenciales y preventivos de la salud (talleres de consumo higiénico, prevención de recaídas, etc.), y los grupos de interés están más orientados en la participación de las políticas y programas de drogas y la defensa de los derechos de los consumidores de drogas. En cuanto a los componentes, los grupos de autoayuda se componen de usuarios en activo, en tratamiento y exusuarios, mientras que los grupos de interés pueden constituirse por usuarios, profesionales y voluntarios.

Las asociaciones de usuarios han logrado resultados positivos en los siguientes aspectos (Bröring y Schatz, (2008:44-47):

a) Producir cambios en los estilos de vida de los consumidores. La promoción de la salud ejercida desde las asociaciones genera cambios en los patrones de consumo de drogas: reducción de los efectos negativos del consumo, acercamiento a los servicios de sociosanitarios, mejora en los aspectos legales, etc. Esto conlleva una mayor estabilización de los usuarios para una mayor calidad de vida. El apoyo estimula el

conocimiento, la imitación y la identificación entre los pares para un mayor compromiso personal y un cambio de identidad en la lucha de los intereses comunes.

b) La normalización social del consumo de drogas. La participación en las asociaciones ayuda a mejorar la calidad de vida y compatibilizarla con tareas laborales y de ocio. Este efecto rompe la imagen estereotipada de los consumidores de drogas y posiciona el consumo de drogas como un hecho social “normal”. Esta interpretación ayuda a la consolidación de los procesos de des-estigmatización de los consumidores de drogas.

c) Adaptación de los servicios de atención a los drogodependientes. La opinión y valoración de los usuarios integrantes de las asociaciones ha influido en la modificación de las pautas y normas de los programas de atención de las drogodependencias para aumentar su efectividad y la satisfacción de sus usuarios. El dialogo establecido entre usuarios y profesionales ha generado un trabajo consultivo para emprender adaptaciones o promover programas para mejorar la calidad de vida de los consumidores.

b) La figura del agente de salud en los equipos profesionales

Un agente de salud es una persona con problemas en el consumo de drogas que se integra en equipos o programas de drogodependencias con el objetivo de hacer de puente entre los profesionales de los servicios sociosanitarios y los colectivos de consumidores. La inserción de agentes de salud en los equipos profesionales pretende aprovechar la experiencia vital de estas personas y que adquieran unos conocimientos y herramientas básicas para trasladar sus acciones en el ámbito comunitario y asistencial (Gencat, 2008:4-5).

El trabajo conjunto entre los profesionales y agentes de salud facilitan los siguientes objetivos, que resumo a continuación (Llort, 2013:205-206): a) Acercamiento de consumidores de drogas a los servicios de salud; b) Acogida y acompañamiento de los consumidores a los servicios sociosanitarios; c) Creación de actividades para búsqueda de empleo y ocupación del tiempo libre; d) Actuación de intervención y limpieza en zonas abiertas de consumo; e) Promoción de la salud entre pares mediante talleres; f) Colaboración en la investigación y formación teórico-práctica de los profesionales; g) Intercambio de experiencias con asociaciones y organismos relacionados con las drogodependencias; h) Fomento de la participación de los consumidores en actividades de acción ciudadana facilitando la visibilización del problema.

La participación de los agentes de salud en los equipos de profesionales ha contribuido positivamente en la promoción de la salud de los consumidores de drogas. En diferentes experiencias se han demostrado que la inclusión de la figura del agente de salud conlleva un aumento del conocimiento de las prácticas de consumo a través de los programas de acercamiento; la reducción del impacto ecológico en zonas abiertas de consumo con la recogida de jeringuillas y distribución de material higiénico; mayor participación en investigaciones con un acceso privilegiado a los usuarios de drogas no vinculados a los servicios sociosanitarios; y una mayor promoción para la puesta en marcha de servicios de salud para las drogodependencias (Trujols, 2013:136-140).

1.4.3. Salas de consumo higiénico

En este punto se define las funciones y objetivos de las salas de consumo higiénico, resumo los hechos históricos que dieron lugar a la puesta en marcha de estos dispositivos y señalo la efectividad de las SCH según diversas investigaciones y revisiones.

1.4.3.1. Definición y objetivos de las salas de consumo higiénico

Las salas de consumo higiénico (SCH) son espacios para consumir sustancias sometidas a fiscalización (heroína y cocaína), obtenidas en el mercado negro, donde se garantiza un lugar y el material para el consumo higiénico, la supervisión de un profesional en caso de sobredosis u otras complicaciones, además de ser un lugar de acercamiento para los usuarios alejados de los servicios sociosanitarios (Clua, 2015).

Los objetivos de las SCH se agrupan en los siguientes niveles de actuación (Bertrand, 2010; Clua, 2015; Hedrich, 2004; Hedrich, Kerr y Dubois-Arber, 2010; Hunt, 2006; Noël et al., 2009):

a) Sanitario. Dotar a los usuarios de un ambiente seguro para consumir drogas. En el SCH la persona puede preparar y consumir en condiciones higiénicas con material nuevo e higiénico y mejorar la práctica de la inyección, promoviendo los hábitos saludables y reduciéndose la morbi-mortalidad: reducir las sobredosis, las enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis B y C) y otras lesiones (abscesos problemas dermatológicos). Asimismo, es un lugar que sirve de trampolín para pedir otro tipo de tratamientos e intervenciones para las drogodependencias.

b) Social. Reducir la conflictividad comunitaria por el consumo en la vía pública. Además, mejorar las relaciones con el vecindario y las fuerzas de seguridad, y potenciar la integración social de los consumidores en situación de exclusión social, promoviendo la vinculación a los servicios sociales y otras actividades de carácter sociocupacional.

c) Orden público. Reducir la criminalización de los consumidores, disminuyendo las infracciones por consumir en la calle y la intervención policial. Asimismo, disminuir el número de jeringuillas y otras parafernalias de abandono en lugares públicos que refuerzan la imagen negativa de los consumidores y su relación con la seguridad ciudadana.

En España, las SCH se integran en centros sociosanitarios (centros de reducción de daños y/o centros de atención y seguimiento) con equipos multidisciplinares (enfermeros, educadores sociales, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, abogados, agentes de salud, etc.) donde se llevan a cabo programas de atención sanitaria, social y legal.

1.4.3.2. Del underground a la salud pública

Los antecedentes de las SCH se sitúan alrededor de los años 60 y 70 en el Reino Unido donde existían locales para consumir pero que atrajeron gran cantidad de vendedores de drogas y consumidores no siendo los objetivos establecidos a lo que hoy en día conocemos. Las primeras experiencias no oficiales se sitúan a finales de los años 70 en los Países Bajos y los 80 en Suiza (Hedrich, 2004:15-16). En estos lugares se permitía consumir evitando realizarlo en escenas abiertas, dando protección a los usuarios y poder ser asistidos de manera rápida en caso de sobredosis y reducir las enfermedades infectocontagiosas. Más tarde, muchos de estos espacios se oficializaron.

En el caso holandés, los inicios se sitúan en la ciudad de Rotterdam. A principios de los 80, cerca de la estación de tren se habilitó un espacio al aire libre (“tolerance space”) llamado “Platform zero” donde se permitía consumir y la compra-venta de drogas (Van de Mheen y Gruter, 2004:150-151). Paralelamente, en 1990 desde la institución eclesiástica de Pauluskerk, se permitió desde sus instalaciones un espacio para consumir, oficializándose la experiencia en 1994 (Hedrich, 2004:18-19). Ambas experiencias tuvieron éxito, pero “Platform Zero” cerró en 1994 por unas nuevas

directrices en las políticas de drogas de la ciudad. Este hecho provocó la dispersión de los consumidores por diferentes zonas de la ciudad, creándose escenas abiertas de consumo y produciéndose la inseguridad ciudadana, donde las diferentes partes implicadas (comerciantes, vecinos, etc.) no mostraron la colaboración suficiente, debido a la alarma social que se produjo y las detenciones de los consumidores por consumo en la vía pública. No fue hasta 1996 cuando se tomaron soluciones cambiando las políticas de drogas municipales y llevando a cabo la estrategia “Safe & Clean”, sus objetivos fueron (Van de Mheen y Gruter, 2004:149): crear viviendas para consumidores en exclusión social; crear salas de consumo de drogas; y tomar medidas en las zonas de venta de drogas. En la actualidad, en los Países bajos cuentan con 30 SCH en 23 ciudades.

En Suiza, se instaló en 1986 la primera SCH tal como hoy en día las conocemos en la ciudad de Berna, seguido de la de Basilea, Lucerna y St Gallen. En el caso de Berna nació con el objetivo de cerrar la escena abierta de consumo de drogas. En 1983, se propuso, desde un grupo de trabajadores de la Contact Foundation de Berna, llevar a cabo un proyecto de crear un centro cultural donde se permitiría consumir, se proyectarían películas, se realizarían obras de teatros, entre otras actividades. No fue hasta 1985 que se comenzó a construir hasta finalizarse la obra en 1986: se abriría el centro con posibilidad de consumo por vía parenteral y pulmonar, con material higiénico, talleres de consumo higiénico y atención de enfermeras. No obstante, hubieron problemas con los vecinos, los vendedores de drogas y los consumidores; el centro se masificó por no poder atender a toda la demanda (sólo disponía de una plaza de consumo) y tuvo que cerrar en 1990 (Haemming, 1995). A partir de esta experiencia, en 1988 se oficializaron las SCH en Suiza y hoy día cuenta con 13 en 8 ciudades diferentes.

En Alemania, las iniciativas de apertura comenzaron en 1990 en las ciudades de Frankfurt y Hamburgo (Hedrich, 2004:16; Schäffer y Stöver, 2011). Estas comenzaron por movimientos que perseguían encontrar soluciones a los contagios por VIH/sida, momento en el cual no existían demasiados paliativos para la enfermedad y se registraban altos índices de muerte por sobredosis en las escenas abiertas de consumo. Se llevaron a cabo rectificaciones jurídicas que permitieron la apertura de SCH en

ambas ciudades, en 1994 en Frankfurt y en 1995 en Hamburgo. Estas en la actualidad se han valorado positivamente y existen 24 en 15 ciudades.

A partir de estas experiencias locales, las SCH se han puesto en marcha en otras ciudades del mundo siendo el periodo de 2001-2005 el de mayor expansión de estos dispositivos. Desde 2014, Europa cuenta con 87 SCH repartidas en 8 países: 30 en 23 ciudades de los Países Bajos, 24 en 15 ciudades de Alemania, 13 en 8 ciudades de Suiza, 12 en 5 ciudades España, 5 en 3 ciudades de Dinamarca, 1 en Luxemburgo, 1 en Grecia y 1 en Noruega 1 (Woods, 2014:10-11). Además hay una SCH en Sidney (Australia) y 2 en Vancouver (Canadá). Desde octubre de 2007, se cuenta con la Red internacional sobre espacios de consumo supervisado (INDCR) en la que se acuerdan los objetivos de impulsar la puesta en marcha y desarrollo de estos dispositivos. Actualmente, están en proyecto en otros países de Europa (Francia, Eslovenia, Portugal, Bélgica, Italia, Reino Unido e Irlanda), Norteamérica y Australia (Bertrand, 2010).

1.4.3.3. Efectividad de las salas de consumo higiénico

Revisiones bibliográficas (Clua, 2015; Hedrich, Kerr, Dubois-Arber, 2010; Hunt, 2006; Noël et al., 2009; Potier et al., 2014) sobre el impacto de las SCH concluyen los siguientes efectos positivos, que resumo a continuación:

a) Metodológicamente no se puede evidenciar que las SCH produzcan aumento o disminución de la incidencia de VIH y las hepatitis (B y C). No obstante, sí existe la predicción de reducir la transmisión de estas enfermedades y que desde estos espacios se produce la promoción de salud para ello y se promueve el uso de material higiénico en cada consumo. Asimismo, desde las SCH se evidencia un impacto positivo en la promoción de conocimientos y prácticas de la inyección higiénica (disminución de la prevalencia de compartir jeringuillas, mejora en la técnica de punción, mejoras en la preparación de las dosis, etc.).

b) Reducción de las muertes por sobredosis. Los usuarios integran formas de consumo para evitar o reducir las sobredosis. En ningún caso se han registrado muertes por reacción a los efectos del consumo de sustancias dentro de las SCH y se estima que una gran proporción de sobredosis atendidas en las SCH habrían sido fatales si se hubieran

producido fuera del entorno de estos dispositivos. Además, en ciudades con SCH se demuestra una disminución de llamadas por emergencia para atender sobredosis.

c) Aumento de inicios de tratamiento. Se evidencia un aumento de solicitudes y de derivaciones para iniciar tratamientos de sustitución y/o ingresar en unidades para la desintoxicación del consumo de drogas. Asimismo, se evidencia un mayor seguimiento médico de las enfermedades infectocontagiosas y problemas de salud mental.

d) Reducción de presencia de material de consumo en la vía pública. Se evidencia que tras la apertura de las SCH en zonas abiertas de consumo disminuye el material desechado para preparar y consumir sustancias.

e) Reducción del desorden público. No se evidencia un aumento del tráfico y el aumento del consumo de drogas en las zonas donde se instalan las SCH. Se evidencia que disminuye la conflictividad de los consumidores en las zonas abiertas de consumo, disminuyendo los delitos y faltas administrativas por el consumo en la vía pública.

f) Mejora en la opinión de los vecinos hacia las SCH. En diversos estudios se demuestra un mayor porcentaje de vecinos favorables a la puesta en marcha de las SCH en los barrios de conflicto, relacionado con la disminución de personas consumiendo en la vía pública y de presencia de material usado para la preparación y consumo de drogas. Sin embargo, se demuestra que los comerciantes refieren que las SCH dotan de una imagen negativa a los barrios donde se instala este tipo de dispositivos.

1.4.4. Una breve historia de la reducción de daños en España

En el Estado español, tras la caída del régimen franquista en 1975, fueron cuatro los procesos que condujeron al “problema droga” en España (Gamella, 1997): a) la rápida expansión de formas de alta intensidad de consumir drogas; b) una intensa alarma social e institucionalización para combatir el problema; c) una nueva economía, sumergida, dedicada a la producción y distribución de drogas; y d) el desarrollo de un problema de salud pública que condujo a una crisis sanitaria, que bajo la influencia de los mass media, fomentó la sensación de inseguridad ciudadana.

Esta rápida expansión del consumo de drogas produjo serios problemas de salud pública durante los años 80 y principios de los 90. El consumo de heroína y cocaína por vía inyectada, y la aparición del VIH, y su rápida transmisión asociada a estas prácticas, produjeron una serie de problemas de salud y sociales que fueron difíciles de abordar por la ineficacia de las políticas públicas establecidas. Durante años existió rechazo a la puesta en marcha de los programas de reducción de daños (programas de metadona y programas de intercambio de jeringuillas) para reducir los índices del VIH y las muertes por sobredosis. Se estima que en la primera mitad de los años 80 se produjo la máxima incidencia del problemas del consumo de heroína y el mayor impacto y visibilidad a principios de los 90. El mayor impacto de muertes por sobredosis se produjo en los años 1991-1992 con más de 1.700 muertes anuales, de las cuales el 90% se relacionaban con el uso de heroína. Los diagnósticos de VIH tuvieron mayor impacto entre 1993-1995 con más de 3.500 casos anuales y la mortalidad por VIH en 1995-1996 con casi 4.300 muertes anuales (De la Fuente et al., 2006: 506). Probablemente, la confirmación de los diagnósticos del VIH durante la primera mitad de los años 90 se deba a una mayor eficacia en los sistemas y protocolos del control de la enfermedad, en la mayor eficacia de las pruebas confirmatorias del VIH, en la creación de dispositivos específicos para llevar a cabo estas pruebas, y en la concienciación de los consumidores en realizarse la prueba, que probablemente ya habían adquirido el VIH años atrás.

En el Estado español la reducción de daños se puso en marcha tarde y con serias dificultades. La alarma social supuso un rechazo comunitario de llevar a cabo este tipo de estrategias (Martínez Oró y Pallarés, 2013:31-32). Al comienzo, médicos y jueces aunaron fuerzas para hacer frente al problema. Los médicos a partir de la experiencia que existía en torno el alcoholismo dirigieron su acción, fundamentalmente, a alejar al individuo de la sustancia. Lo que se correspondía desde una óptica sanitaria con aislar el foco infeccioso y tomar las medidas oportunas, para impedir su propagación (Magrí, 1997:221-222). A principios de los 80 se pusieron en marcha comunidades terapéuticas, centros que sirvieron como alternativa a la prisión en aquellos consumidores que cometían actos delictivos para el sustento del consumo. En el peor de los casos, les correspondía ingresar en prisión, donde, hasta finales de los años 80, no se puso en marcha ningún tipo de tratamiento para las drogodependencias.

Desde estas perspectivas fue difícil defender el modelo de reducción de daños pero la evidencia científica permitió que estos programas se abrieran paso paulatinamente en un contexto hostil (Martínez Oró y Pallarés, 2013:32). Los programas de mantenimiento con metadona fueron una de las primeras medidas llevadas a cabo para contrarrestar los efectos negativos del consumo de heroína. Esta terapia sustitutiva de los opiáceos ya fue autorizada en 1983 con una Orden Ministerial que se servía de “carnets extradosis” pero con la creación de Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 se restringieron estos tratamientos. Desde el PNSD se impulsaron servicios públicos para el tratamiento de drogodependencias enfocados a la abstinencia y con el fin de establecer criterios y normativas estrictas en el desarrollo de los programas de metadona, provocó una disminución en el acceso y continuidad en el tratamiento de este fármaco, pasando de 5.000 usuarios en 1985 a 1.000 en 1987 (Parés y Bouso, 2015:15). En 1990, con la inflexión de buscar soluciones al problema de la expansión del VIH/SIDA, con el Real Decreto 75/1990 de 19 de enero se regularon los tratamientos en centros específicos con el objetivo de paliar la desorganización de la prescripción. Finalmente, en 1994 que se substituyó el “carné extradosis” por la receta médica y se flexibilizaron las posibilidades de uso en 1996 produciéndose una expansión de los PMM por todas las comunidades del Estado (Parés y Bouso, 2014:15; Romaní, 2004:183).

En el caso catalán, bajo las propuestas del “Plà d’acció a les drogodependències 89-91”, los PMM se regularon desde los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) en 1991 (Manzanera et al., 2000). Entre los años 1992 y 1994, se amplió la oferta asistencial de los CAS, implantándose en muchos distritos de Barcelona y municipios de Cataluña. La experiencia se diversificó con la llegada de los juegos olímpicos del 92: se crea el primer programa piloto de PMM en prisión (prisión de hombres de Barcelona, La Modelo), se crearon dos unidades móviles de dispensación de metadona con el objetivo de dar cobertura a los usuarios con difícil acceso a los CAS: en 1992 en la ciudad de Barcelona, y en 1993, en la periferia de esta ciudad.

Paralelamente, ya se venían promocionando desde 1988 los Programas de Intercambio de Jeringuillas en barrios de Barcelona y Bilbao. Al principio, eran programas de calle, dedicados a la recogida de jeringuillas desechadas en la vía pública. A partir de 1991, para dar más cobertura, se diversificaron en diferentes modalidades de PIJs (Romero et

al., 2000): programas en locales y dispositivos fijos, programas en farmacias, máquinas dispensadoras/intercambiadoras, y en unidades móviles. Un buen ejemplo es el caso catalán: desde 1990, se reparten jeringuillas en farmacias; en 1991, se puso en marcha la primera experiencia de unidad móvil; en 1993, se instalaron en centros fijos (en los CAS y los centros de reducción de daños); y en 1999, se realiza con máquinas dispensadoras/intercambiadoras en los municipios de Terrassa y Reus. En 2008, Cataluña contaba con más de 500 puntos PIJ, lo que suponía más de la mitad de los PIJ del Estado español, distribuyendo alrededor del 30% del total de jeringuillas (MSPS, 2009:35-36).

Estos programas de reducción de daños resultaron eficaces pero en los años 90 se produjo la “alarma de la cocaína”. Esta sustancia se asociaba a “consumidores de éxito” dentro de un contexto no marginal, de ocio y de uso ocasional (Díaz, Barruti, Doncel, 1992:18), pero también se esclareció que su uso se realizaba entre los consumidores de tipo “heroinómano” y “exheroinómano” (Díaz, Barruti, Doncel, 1992). Los primeros, mezclada con heroína (*speedball*) para contrarrestar los efectos indeseables de la heroína, y los segundos, la utilizaban como vía de escape en situaciones ocasionales. El creciente número de consumidores de cocaína con un consumo compulsivo/disfuncional, provocó un aumento de demanda de atención sanitaria y social que conllevó un reciclaje en los equipos de los CAS, para atender la especificidad de estos consumidores con necesidades diferentes a los de heroína.

A mediados de los años los 90 continuaron aumentando los puntos de PIJ, y se diversificaron los PMM: se inicia la dispensación en farmacias para usuarios estabilizados, y se comienza a hablar de los programas de “baja exigencia”, que no persiguen la eliminación total del consumo de heroína u otras sustancias, sino una mejora en la calidad de vida de los consumidores. A su vez, a mediados de los 90, aparecen los primeros tratamientos del VIH/SIDA, ofreciendo esperanzas y nuevas expectativas de vida a los usuarios de drogas, y a la población en general, infectada por el virus. Este hecho, junto con la ampliación y diversificación de los programas de reducción de daños y un rechazo al uso del consumo de drogas por vía parenteral, favoreció la disminución de los casos de SIDA en el colectivo de consumidores de drogas. Sin embargo, pese a los resultados positivos de las estrategias de reducción de daños, se precisaron otras estrategias de acercamiento a los consumidores en activo,

como los centros de emergencia (outreach) o centros de reducción de daños. Un ejemplo es el SAPS de Creu Roja de Barcelona abierto en 1993. Estos centros ofrecen servicios socio-sanitarios para dar cobertura a las necesidades básicas de los consumidores de drogas. En sus instalaciones han desarrollado los PIJ, han dado cobertura a las necesidades básicas de los usuarios (duchas, alimentación, etc.) y han ayudado en la toma de decisiones de aquellos que han querido realizar un cambio sustancial en su vida (buscar trabajo, comenzar un tratamiento en drogodependencias, etc.).

Hacia mediados de los años 90 aparecieron las primeras asociaciones de usuarios de drogas y se potenció la figura del agente de salud. Las asociaciones de usuarios nacieron como reacción a la propagación del virus del VIH y la necesidad de los usuarios de tener voz para reclamar sus derechos y participar en las políticas de drogas. Las primeras experiencias se localizan en Cataluña y se crearon alrededor de servicios de drogodependencias que trabajaban desde la óptica de reducción de daños. Dos ejemplos son AUPA M creado alrededor del Bus Intermunicipal de dispensación de metadona, que actuaba en las ciudades de Badalona y Santa Coloma de Gramanet y l'Hospitalet de Llobregat y ASUT creado alrededor del SAPS de Creu Roja. AUPA M se creó en 1994 como una comisión de usuarios y profesionales del dispositivo que se reúne semanalmente. Entre sus actividades se creó una revista (El Blues del Metabus, revista que aún existe), organización de actividades de tiempo libre y ocio y desarrollo de programas de reinserción laboral y de educación sanitaria (de Andrés y Hernández, 1998:66; Sánchez, 2001). En el caso de ASUT, la asociación se formalizó con usuarios que acudían al SAPS que solicitaron crear un grupo fuera de los horarios de atención del servicio para poder hablar de sus necesidades y derechos. A partir de esta reunión se formalizó un Grupo de reflexión que dio a la formación posterior del programa de recogida de jeringuillas en la comunidad conocido como el Reco.je. Tras una visita de ASUD Marsella en julio de 1997 se sentaron las bases para crear la asociación ASUT Barcelona creada por usuarios y profesionales (Borrás et al., 2000:77-78).

El consumo de drogas durante los años 90 se caracterizó por un cambio generacional que rechazaba el consumo de heroína por vía parenteral y la aparición y difusión de las drogas de síntesis y otros estimulantes y el aumento del consumo de alcohol y cannabis que propiciaron un cambio en los planteamientos de la prevención (Martínez Oró y Pallarés, 2013:26). Este cambio en los patrones de consumo, conllevó un cambio que

produjo una disminución de la alarma y preocupación respecto a las drogas. Se produjo una cierta normalización del consumo de drogas que se acompañó de un cambio en las estrategias de promoción de la salud hacia la reducción de riesgos. Se evidenciaba que los jóvenes consumen drogas de forma ociosa y que lo iban a seguir haciendo por lo que se precisaban intervenciones para reducir los potenciales riesgos derivados del consumo de éstas. Entre las medidas de prevención nació en 1997 Energy Control, colectivo dedicado desde entonces a editar materiales gráficos y visuales sobre reducción de riesgos de drogas utilizadas en el ámbito de ocio, acción preventiva con su presencia directa en los espacios de ocio, y asesoría sobre la composición de las sustancias mediante diversas formas de análisis y sistema de alertas in situ y a través de las redes sociales de los efectos negativos de sustancias perjudiciales detectadas (Rovira e Ibáñez 2002). También, en 1998 se puso en marcha en Barcelona desde el Institut Genus, por encargo del Institut Municipal de Salut Pública (Ayuntamiento de Barcelona), Àrea de Benestar Social (Diputación de Barcelona), y Òrgan Tècnic de Drogodependències (Generalitat de Cataluña), el Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil. Este observatorio tenía el objetivo de conocer la evolución de dichos consumos, intensificados en la segunda mitad de los años noventa, para adecuar las intervenciones preventivas, primarias y secundarias y poner en práctica políticas de reducción de riesgos y de daños (Pallarés y Díaz, 2003).

Sin embargo, el problema del consumo de heroína y cocaína por vía parenteral y/o pulmonar persistía muy localizado en reductos marginales generando consecuencias negativas a los consumidores de drogas por vía parenteral. La apuesta de la Administración y los movimientos de usuarios y profesionales propiciaron una renovación y puesta en marcha de nuevos programas de reducción de daños: las salas de consumo higiénico y los programas de prescripción de heroína.

En el cambio de milenio, las primeras experiencias de salas de consumo higiénico se pusieron en marcha en mayo de 2000 en el Dispositivo de Venopunción Asistida (DAVE) del barrio de compra-venta de drogas de las Barranquillas de Madrid, en mayo de 2001 en el espacio de venopunción asistida del Programa de reducción de daños del barrio de Can Tunis de Barcelona, y en noviembre de 2003, en la sala de consumo

supervisado en la ciudad de Bilbao¹⁸ y SAPS¹⁹ de Barcelona (Clua, 2015; Ilundain y Markez, 2005)²⁰. Desde entonces, la actividad de las SCH se ha desarrollado básicamente en Cataluña, en el área de Barcelona donde se cuenta con 10 SCH en la ciudad y sus alrededores.

Por último, desde 2003, en España se han llevado a cabo dos iniciativas de ensayos de prescripción con heroína, una en Cataluña y otra en Granada. Mientras en Cataluña había una mayoría de inyectores y se instaló el ensayo multicéntrico en varios hospitales que dispensaban diacetilmorfina (DAM) por vía oral, en Granada, donde la mayoría de consumidores son inhaladores, se dispensaba DAM por vía inyectada desde el Programa Estudio de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía (PEPSA), siguiendo las pautas del modelo suizo (Iraurgi, 2009:209). En el caso del PEPSA, entre 2003 y 2004, el programa se definió como “un estudio comparativo, aleatorizado y abierto entre la prescripción diversificada de agonistas opioides apoyada en la diacetilmorfina administrada por vía intravenosa y la prescripción de metadona por vía oral, ambas en procedimientos individualizados y protocolizados, con apoyo médico-psico-social, durante nueve meses en el tratamiento de pacientes dependientes de opioides que hayan fracasado en tratamientos anteriores”, que comenzó con un grupo de 41 varones, 23 en el grupo experimental y 18 en el grupo de control (Aguilar et al., 2008:28-29). Tras la primera fase del ensayo 2003-2006, una veintena de pacientes siguió en tratamiento, pese a que la legislación no tiene prevista incorporar el DAM en la cartera de prestaciones sanitarias (Iraurgi, 2009: 209). En el caso catalán (Colom et al., 2012), entre 2004 y 2006, se trataba de un ensayo con tres grupos de control de 15 personas (45 pacientes en total) que se dispensaba por vía oral metadona, morfina de liberación lenta y heroína de liberación rápida desde centros ambulatorios de Cataluña. Consistió en la dispensación de fármacos hasta conseguir la estabilización y los resultados

¹⁸ Véase la evaluación del protocolo de puesta en marcha de esta SCH en Bua y Del Rio (2010), un análisis de la actividad entre 2003 y 2009 en Rodríguez, Martín y Bacigalupe (2010) y un estudio sobre el impacto sociocomunitario de esta SCH en Arostegi y Pérez (2012).

¹⁹ Véase Clua (2011), estudio etnográfico realizado entre 2009-2010 en el SAPS de Creu Roja de Barcelona.

²⁰ El programa del DAVE de Madrid finalizó a finales de 2011 por los recortes de sanidad en la Comunidad de Madrid y el Programa de Can Tunis de Barcelona hasta diciembre de 2004 tras el desalojo de las viviendas de este barrio (Clua, 2015).

demonstraron que los pacientes mejoraron en diferentes áreas (síntomas de abstinencia, el deseo, el estado de ánimo, la ansiedad y la impresión clínica) en cada grupo por separado, pero no se apreciaron diferencias estadísticas entre los diferentes grupos de tratamiento.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

Mi investigación nace de las reflexiones, preguntas y dudas que me he planteado a lo largo de 15 años como profesional de la salud en el ámbito de las drogodependencias. Durante estos años he trabajado como enfermero en diferentes centros de atención a las drogodependencias, observando y conociendo de primera mano la evolución del modelo de intervención en la ciudad de Barcelona y sus alrededores. Entre 2002 y 2006 trabajé en el Bus de dispensación de metadona de l'Ajuntament de Barcelona y otros centros de atención y seguimiento (CAS). En esta primera etapa estuve en contacto con multitud de profesionales y realicé varias formaciones específicas sobre la atención a las drogodependencias, la salud mental y las enfermedades infectocontagiosas (VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.) que me llevaron a convertirme en un profesional militante a favor de las políticas de reducción de daños. Gracias a las amistades y contactos que hice tuve la oportunidad de realizar visitas o estancias en diferentes programas que intervenían desde ésta óptica; como el SAPS de Creu Roja, el Programa de reducción de daños de Can Tunis, la Sala Baluard del Raval, etc. Desde estas experiencias pude seguir de cerca el despliegue de las salas de consumo higiénico de Barcelona. También, aunque aún era un profesional primerizo, participé en las reuniones realizadas en el Grup Igia -colectivo de académicos, profesionales y usuarios de drogas que trabajaban en el estudio y movilización de las políticas de reducción de daños- para llevar a cabo el Manifiesto del derribo de Can Tunis de 2004²¹ desde el que se denunciaba las consecuencias del cierre de esta escena abierta de consumo de drogas y la falta de provisión de servicios sociosanitarios para hacer frente a la diáspora de consumidores por toda la ciudad y alrededores.

En la primavera de 2005 se puso en marcha el CAS Vall Hebron, centro con un espacio de venopunción asistida de tres plazas que gestionó en su primer año Institut Genus, responsable de la gestión del Bus de la metadona. En sus primeros días precisaban un enfermero y tuve la ocasión de trabajar solo un día, suficiente para conocer el revuelo de los vecinos de este distrito contrarios a la puesta en marcha de este servicio, quejas que se alargaron durante un año con una difícil gestión para la solución del conflicto. Mientras, yo, estaba haciendo una transición para cambiar de trabajo atraído por la

²¹ Manifiesto de Can Tunis (junio 2004). Véase en el siguiente enlace: <http://barcelona.indymedia.org/newswire/display/121460/index.php>

intervención a las drogodependencias dentro de los centros penitenciarios. Entre 2003 y 2005 realicé suplencias en los centros penitenciarios de Brians 1, el centro de mujeres de Barcelona (Wad-Ras) y el de hombres de Barcelona (La Modelo). Finalmente, en noviembre de 2005 me propusieron para comenzar en un nuevo proyecto, el CAS de Brians 1 en el que sigo trabajando actualmente. También por el camino estudié Antropología movido por tener un nuevo punto de vista en este tipo de cuestiones y otras que me interesan. Aunque dejé de trabajar en el medio comunitario no me despegué del todo de los cambios que se produjeron en Barcelona. Durante los últimos 10 años he ido corroborando que los usuarios del CAS Brians 1 son también usuarios de los CAS y centros de reducción de daños de la ciudad de Barcelona, por lo que he podido seguir reflexionando sobre las necesidades de los consumidores de drogas y sobre la puesta en marcha de servicios sociosanitarios. Estas reflexiones me llevaron en 2009-2010 a realizar mi tesina de Master en antropología en el SAPS de Creu Roja y desde entonces he seguido la senda hasta la presente tesis.

La investigación se ha llevado cabo desde noviembre de 2011 hasta diciembre de 2015, realizándose el trabajo de campo entre noviembre de 2012 y octubre de 2014. En la primera fase se diseñó el marco teórico-metodológico y una primera propuesta de los instrumentos para la obtención de información. A lo largo de la investigación, dada la flexibilidad de la etnografía, se produjeron cambios estratégicos en el diseño del trabajo de campo que detallo en el apartado 2.1.1. y se validaron los instrumentos de obtención de datos. En la última etapa del trabajo de campo y hasta la entrega de la tesis, se ha realizado el análisis de los datos y la redacción de los resultados y conclusiones de la investigación, así como una revisión global del contenido de la tesis.

En este capítulo se detalla la metodología de la investigación. En primer lugar, se justifican las razones del uso de la propuesta de la Epidemiología sociocultural y sus aspectos metodológicos para realizar el diagnóstico de salud de los consumidores de drogas. A continuación, se detalla el trabajo de campo y cómo se obtuvo la muestra de la población estudiada. Seguidamente, se explican las técnicas de recogida y de análisis de los datos. Por último, en los apartados finales, se incluyen las consideraciones éticas y legales llevadas a cabo y las dificultades, sesgos y limitaciones de la metodología.

2.1. Diseño de la investigación

La propuesta metodológica para responder a los objetivos de la investigación se guió desde la propuesta de análisis de la Epidemiología sociocultural. Desde esta perspectiva, se ha utilizado la etnografía para la recolección del dato epidemiológico y aprehender de la convivencia con los actores implicados con el objetivo de realizar un diagnóstico de salud (Ramírez, 2009:64), así como, orientar en los programas de intervención en el consumo de drogas. La etnografía, como metodología de acercamiento a la realidad, implica una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado en un mismo ambiente natural que permite acceder de manera inmediata a los datos de la realidad a nivel microsocial (Romaní, 1997:46). A su vez, la investigación guiada por los conceptos desarrollados en el marco teórico permite contrastar los datos y conceptualizaciones generadas a nivel macro con los datos producidos a nivel microsocial para, así, orientar la intervención en un sólido conocimiento de la realidad (Romaní, 2010a:101).

Desde esta propuesta de acercamiento a la realidad, se han utilizado técnicas cualitativas de recogida de datos y se han interpretado datos cuantitativos que evidencian los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas y la necesidad de revitalizar los programas de intervención para mejorar la calidad de vida de la población estudiada. De esta manera, se ha generado una obtención de datos, más rica y compleja, del grupo social estudiado que ha permitido conocer las dinámicas establecidas en la vida cotidiana y las prácticas de los individuos y grupos sociales desde el contexto donde se producen (Ramírez, 2009:65). La inmersión en el contexto, en un lapso de tiempo prolongado, ha permitido aprehender las trayectorias de vida de los consumidores de drogas que utilizan las salas de consumo higiénico de Barcelona. El uso de la observación participante, las historias de vida y las entrevistas en profundidad, ha generado el registro de datos para la interpretación de los procesos de salud/enfermedad/atención de los usuarios de las salas de consumo higiénico y un mayor conocimiento de los programas de atención a las drogodependencias de Barcelona.

2.1.1. Acceso y construcción del campo de estudio

A finales del verano de 2012, mi objetivo era realizar el estudio de forma simultánea en los dos centros sociosanitarios con salas de consumo higiénico (SCH) del barrio del

Raval, en el SAPS de Creu Roja y en el centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) Baluard, situado a unos 100 metros, que pertenece a la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)²² y se gestiona por la entidad Associació Benestar i Desenvolupament (ABD). En ambas SCH se consume cocaína y heroína, con cierta predominancia de la heroína en los últimos 3 años. Esta primera decisión en el diseño del trabajo de campo se formuló porque cuando finalicé en 2010 una etnografía para conocer los usos, motivaciones y cambios de los consumidores que acudían al SAPS (Clua, 2011, 2012), el barrio del Raval era la zona Barcelona con más afluencia de consumidores de drogas. A continuación, una vez recogidos los datos suficientes, el siguiente paso consistía en desplazarme al barrio de la Zona Franca donde acude una Unidad Móvil con un SCH, que también pertenece a la ASPB y se gestiona por ABD. Esta unidad realiza dos paradas en el barrio y se consume mayoritariamente cocaína (alrededor del 90%). Acudiendo a esta unidad móvil mi objetivo era conocer otro tipo de SCH y tener nuevos datos para contrastar y responder a los objetivos de la investigación. Sin embargo, el trabajo de campo se modificó por el cambio de las escenas de venta y consumo de Barcelona producido en los últimos años.

En octubre de 2012, mi primer paso fue explicar el propósito de la investigación a la directora del SAPS de Creu Roja. La propuesta se consideró favorablemente y se formalizó un convenio entre Creu Roja y la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). La directora del SAPS me facilitó el contacto de los responsables del CAS Baluard y me puse en contacto con las coordinadoras de este dispositivo para explicarles los motivos de la investigación. Las coordinadoras consideraron favorablemente que realizara el trabajo de campo en el CAS Baluard pero con el imperativo de tener el visto bueno y los permisos pertinentes desde la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Me puse en contacto con las responsables de la ASPB, explicándoles el propósito de mi estudio y aceptaron la propuesta, pero se precisaba la valoración desde un comité de ética para la investigación; en este caso, de la comisión de ética en la experimentación animal y humana (CEEAH) de la UAB. Durante diciembre de 2012 redacté y envié los informes de valoración ética a la CEEAH y dicha comisión valoró favorablemente el proyecto en enero de 2013. A partir de ese momento

²² Véase la web http://www.aspb.cat/quefem/reduccio_danys.htm para conocer los diferentes dispositivos de atención a las drogas de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

me puse en contacto con los responsables de la ASPB y la coordinación del CAS Baluard y se aprobó mi acceso al CAS Baluard y la Unidad Móvil de Zona Franca. Todo este proceso se demoró cuatro meses y no pude comenzar mi estudio en el CAS Baluard hasta finales de febrero de 2013. Mientras, inicié y desarrollé mi estudio en el SAPS.

Hasta febrero de 2013 estuve realizando el trabajo de campo en el SAPS, acudiendo de dos a tres días por semana, entre lunes y viernes, en sesiones de unas 3 horas a partir de la apertura del servicio (a las 19.30). Con el inicio del trabajo de campo en el CAS Baluard, la duración de mis sesiones se intensificó, acudiendo de 17 a 20h al CAS Baluard y a continuación, al SAPS, de 20 a 22h. Estas sesiones se desarrollaron hasta finales de 2013, acudiendo muchos días al CAS Baluard durante el turno de la mañana para recoger datos en otra franja horaria.

Durante este período de trabajo de campo se evidenció por informaciones de los usuarios, profesionales y otros investigadores que los consumidores de drogas se habían trasladado al barrio de La Mina de la ciudad vecina de Sant Adrià de Besòs. Esto me llevó a plantearme la inclusión de una nueva unidad de observación: “El Local” de La Mina. El motivo fue que desde esta SCH podría analizar el proyecto global de “limpieza del centro de Barcelona”²³ y el despliegue de CAS integrales en Barcelona²⁴, proyecto que tiene el objetivo de trasladar o deslocalizar la escena de consumidores del centro de

²³ Desde finales de la década pasada, el centro de Barcelona, en concreto el barrio del Raval, sufre una transformación a diferentes niveles con la intención de expulsar de la zona a colectivos marginales (prostitutas, consumidores de drogas, homeless, etc.). La transformación del barrio consiste en cambios arquitectónicos (derribo de bloques de pisos y creación de plazas y otros complejos culturales), mobbing inmobiliario y presión policial hacia dichos colectivos.

²⁴ El objetivo de los CAS integrales es insertar espacios de venopunción asistida (EVA) en los CAS de la ciudad enfocados a dar tratamiento y seguimiento a personas con problemas de drogodependencias. Por el momento los CAS transformados son los de Sants, Sarrià y Garbívent, a los que hay que añadir el CAS Vall Hebron desde 2005, el CAS Fòrum, centro de nueva generación desde 2012, y la Sala Baluard que desde 2012 pasa a llamarse CAS Baluard coincidiendo con un recorte de personal y de horario. El objetivo es acercar a los usuarios de los diferentes distritos a estos espacios para que reciban atención sociosanitaria y se produzca una deslocalización de los consumidores del centro de Barcelona. En general, no me consta que los usuarios consuman en los 3 nuevos espacios (Sants, Sarrià y Garbívent), y en Vall Hebron, se produce menos de un consumo diario de media. Son dos los motivos de peso: estos CAS no están cerca de escenas abiertas de consumo ni de los vendedores de drogas, y los nuevos espacios son “fríos” y difícilmente utilizables por los usuarios.

Barcelona hacia otros barrios, sobre todo al de La Mina. Por ejemplo, durante los años 2012 y 2013, solo en la SCH de La Mina se produjeron más consumos (alrededor de 50.000 consumos anuales) que con la suma de consumos de todas las SCH de la ciudad de Barcelona (sobre los 40.000 consumos anuales). Los motivos de estos cambios en los escenarios de venta y consumo de drogas los trataré en el apartado 3.5.

En la primavera de 2013, contacté con los responsables de “El Local” de La Mina para proponerles la realización del trabajo de campo pero, aunque la propuesta se consideró favorablemente, me respondieron que no era posible debido al traslado del dispositivo a un centro provisional más grande para dejar libre el terreno para la construcción de un nuevo centro que obligaba a una adaptación a la nueva situación. No será hasta el año siguiente que volví a ponerme en contacto con ellos para iniciar el trabajo de campo en “El Local”. Mientras comencé mis preparativos para dejar las SCH del Raval y trasladarme a la unidad móvil de la Zona Franca. A mediados de diciembre de 2013, finalicé mi trabajo de campo en el SAPS y en el CAS Baluard. No obstante, en este último centro, continué acudiendo algunos días de los fines de semana hasta finales de abril de 2014 para mantenerme conectado con la realidad del barrio del Raval.

En diciembre de 2013, comencé en la Zona Franca sin dificultades pues ya tenía los permisos de la ASPB y sólo tuve que ponerme en contacto con la coordinación del servicio. A éste acudí 2 ó 3 veces por semana desde las 16h hasta las 19h. Mi estancia en este barrio evidenció aún más que los consumidores de drogas se habían trasladado a La Mina. Apenas acudían usuarios al dispositivo y no existía una presencia de consumidores en los alrededores de las casas de venta de drogas u otros lugares. A causa de la poca actividad en la vía pública de la Zona Franca, la ASPB decidió en 2013 que los educadores de calle de la unidad móvil de la Zona Franca intervengan en las proximidades del CAS Fòrum debido al aumento de presencia de usuarios en esta zona de Barcelona próxima al barrio de La Mina. Este equipo se dedica a la intervención comunitaria en drogas, siendo el grueso de su actividad la recogida de jeringuillas utilizadas, contactar con los usuarios en vía pública y la coordinación con centros de atención social y sanitaria de la zona. Uno de los centros con los que se coordina es el CAS del Fòrum, ubicado en un complejo sanitario de atención hospitalaria y ambulatoria gestionado por el Parc de Salut Mar, cercano al metro El Maresme/Fòrum, situado a algo más de 500 metros de “El Local” de La Mina. El CAS Fòrum alberga una

SCH de una plaza para el consumo por vía parenteral y que se caracteriza por consumirse mayoritariamente cocaína, seguido de heroína y la mezcla de ambas.

En vista de la poca afluencia de usuarios a la unidad móvil de la Zona Franca, dividí mis sesiones entre el barrio de la Zona Franca y el Fòrum. Este hecho me llevó a plantearme la inclusión de un nuevo centro en el trabajo de campo. En las sucesivas visitas con el equipo de Zona Franca a la SCH del Fòrum tomé contacto con la dirección del centro y con la ASPB para explicarles los objetivos de la inclusión de esta unidad de observación. La propuesta se consideró favorablemente, después de varios contratiempos burocráticos, y comencé el trabajo de campo en el CAS Fòrum a finales de marzo de 2014, abandonando totalmente la SCH de Zona Franca. Al CAS Fòrum estuve acudiendo entre 2 ó 3 días por semana, de 16 a 19h.

Durante el trabajo de campo en el CAS Fòrum, volví a ponerme en contacto con los responsables de “El Local” de La Mina. Finalmente, en junio de 2014 se firmó un acuerdo de convenio entre la UAB y la empresa que gestiona este centro (Fundación IPSS), y pude comenzar el trabajo de campo en “El Local de La Mina” de Sant Adrià de Besòs. De este modo, estuve realizando el trabajo de campo simultáneamente en “El Local” y el CAS Fòrum, hasta principios de agosto de 2014.

El trabajo de campo finalizó en “El Local” de La Mina, ubicado entre la Calle Venus y la Rambla Besòs a pocos metros de la parada del tranvía Parc del Besòs. Es un local prefabricado de unos 150 metros cuadrados con un espacio para el consumo por vía parenteral de 8 plazas, donde se consumen heroína y cocaína. El trabajo de campo en este dispositivo se realizó de junio a octubre de 2014, acudiendo 3 ó 4 días a la semana, en sesiones de 3 horas en diferentes franjas horarias de la mañana y la tarde. Durante esta última etapa, se han recogido datos necesarios para analizar los cambios de dinámicas de los consumidores y las causas de las mismas. La culminación del trabajo de campo en esta zona puso de manifiesto el déficit de gestión de los recursos orientados a los consumidores de drogas en activo y la necesidad de revitalizar los programas de reducción de daños y los tratamientos para las drogodependencias para cubrir las necesidades de los usuarios.

En resumen, se ha producido una reorganización del trabajo de campo: se han cambiado los plazos en el SAPS y CAS Baluard, se ha recortado tiempo en el trabajo de campo en la unidad móvil de Zona Franca, se ha añadido el CAS Fòrum y se ha extendido el calendario para realizar el trabajo de campo en “El Local” de La Mina (Figura 1).



Figura 1. Mapa de la situación de las salas de consumo higiénico estudiadas.

La influencia de los mercados de las drogas y el traslado masivo de los consumidores de drogas al barrio de La Mina, hicieron pertinentes los cambios en la estrategia de investigación, provocando un entorno para la generación de una etnografía multi-situada (Marcus, 1995). Con este planteamiento ha sido posible el seguimiento de los participantes que se movilizan por las diferentes SCH de Barcelona. Estos imprevistos forman parte del trabajo de campo, siendo la etnografía un diseño emergente ante los cambios en el contexto y los movimientos de los sujetos de estudio. De hecho, la inclusión de las unidades de observación del CAS Fòrum y “El Local” de La Mina ha facilitado un mayor conocimiento del fenómeno estudiado que nos advierte de la necesidad de conocer de antemano los escenarios de consumo para una planificación

favorable y un mejor acceso a la población de estudio. La movilización por los escenarios de estudio ha permitido la adaptación del trabajo de campo a las características de la población estudiada, las cuáles son definibles pero no definidas (Dumont, 2012). En concreto, ha permitido una inmersión en el mundo social de los usuarios de las SCH, espacios conectados por los que circulan las diferentes prácticas y discursos individuales y colectivos de un barrio a otro.

2.2. Población de estudio

La población de estudio son los consumidores de heroína y cocaína por vía parenteral, pulmonar y nasal en procesos de exclusión social que acuden a las SCH de Barcelona. Tal como se presenta en el capítulo 4, donde se desarrolla la propuesta de tipología, los usuarios tienen diferentes estilos de vida según sus procesos de salud/enfermedad y sus formas de atención, entre ellas, el uso de las SCH.

Además, en la investigación también han participado los profesionales de los centros con SCH y los técnicos municipales responsables de la atención a las drogodependencias; en este último colectivo se incluyen los técnicos de la Agència de Salut Pública de Barcelona, Agència de Salut Pública de Catalunya y Ajuntament de Sant Adrià de Besòs. Los profesionales y técnicos municipales están formados en ciencias de la salud (enfermeras, médicos, psicólogos, etc.) y en disciplinas sociales (trabajadoras sociales, educadores sociales, integradores sociales, etc.).

2.2.1. Muestreo

El muestreo de usuarios que he utilizado es cualitativo y teórico. Este muestreo no persigue agrupar a los entrevistados en base a criterios estadísticos, sino interpretar el fenómeno estudiado incluyendo tanto los “casos comunes” de usuarios que acuden a las SCH, como aquellos “menos habituales” que transitan por estos dispositivos. Con la muestra escogida se representa la diversidad de los usuarios comparando los diferentes elementos que configuran sus estilos de vida. Como ya he advertido, los estilos de vida no son estáticos y mediante la comparación constante de las características de las personas estudiadas ha sido posible discernir cuáles son las necesidades de los usuarios y reflejar las situaciones, prácticas y discursos en cada caso.

La selección de las personas entrevistadas se ha realizado en el proceso de definición de la tipología diseñada. Ésta, se ha constituido durante el proceso de recogida de datos, generando “tipos sociales”, concepto próximo para la descripción de los estilos de vida: “constituyen, pues, cada una de estas categorías de comportamientos, estandarizados por la comunidad en forma de términos apelativos. [...] Los documentos personales, así como la observación participante, juegan aquí un papel central, tanto para establecer los diferentes tipos, como para obtener las concepciones de sus propios roles que poseen los representantes de cada tipo social” (Pujadas, 1992:36). De este modo, desde el comienzo del trabajo de campo se realizaron entrevistas y se recogieron datos en el diario de campo.

El análisis de estos datos condujo a la construcción provisional de la tipología de usos de drogas y de las SCH. Con la suma de nuevos casos y la reinterpretación de las sucesivas anotaciones en las sesiones del trabajo de campo, se validó definitivamente la tipología de estudio. A partir de ésta, se ha ido seleccionando y escogiendo la participación de nuevos usuarios para ser entrevistados, alguno de ellos propuesto por otros usuarios y profesionales (“bola de nieve”). Quiero especificar que el grueso de la información para el diseño de la tipología proviene de lo informal; el muestreo se ha utilizado de forma más flexible en la observación participante y aquí solo hablo de las personas que fueran entrevistadas formalmente. Los criterios de selección han sido los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Consumidores de heroína y/o cocaína por vía parenteral, pulmonar y nasal que acuden a las SCH.
- Personas que estuvieran en condiciones físicas y cognitivas para responder al propósito de la entrevista.
- Personas con las que no fuera imposible mantener una conversación por barrera idiomática.
- Personas que estuvieran de acuerdo con el propósito de la investigación y firmaran el consentimiento informado.
- Personas mayores de 18 años.

En base a estos criterios básicos, se ha escogido a los participantes siguiendo la tipología propuesta. Formalmente se entrevistaron a 16 personas usuarias de las SCH. Las características básicas de los entrevistados se muestran en la siguiente tabla.

Usuario	Año de nacimiento	Sexo	Lugar de nacimiento	Sustancia de consumo	Vía de consumo	Tratamiento de drogodependencias
<i>Edgar</i>	1974	Transexual, de mujer a hombre	Barcelona	Más cocaína que heroína	Parenteral	Seguimiento en CAS
<i>Dave</i>	1978	Hombre	Barcelona	Heroína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Berta</i>	1967	Mujer	Mollerussa	Heroína y cocaína	Parenteral	Seguimiento en CAS
<i>Vanesa</i>	1973	Mujer	Barcelona	Heroína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Alexis</i>	1981	Intersex, más mujer que hombre	Barcelona	Heroína y cocaína	Más por vía parenteral que por vía pulmonar	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Ramón</i>	1962	Hombre	Córdoba	Heroína	Más por vía parenteral que por vía pulmonar	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Mick</i>	1981	Hombre	Barcelona	Heroína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Esmeralda</i>	1974	Mujer	Granada	Heroína y cocaína	Más por vía pulmonar que por vía parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Jonatan</i>	1984	Hombre	Barcelona	Heroína y cocaína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Juanjo</i>	1964	Hombre	Barcelona	Heroína	Parenteral	No.
<i>Julián</i>	1970	Hombre	Sevilla	Cocaína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Kike</i>	1978	Hombre	Vigo	Heroína	Fumada	No.
<i>Miguel</i>	1981	Hombre	Barcelona	Cocaína	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Erika</i>	1983	Mujer	Vic	Cocaína	Parenteral	No.
<i>Javier</i>	1985	Hombre	Barcelona	Cocaína, heroína de forma ocasional	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM
<i>Cris</i>	1985	Mujer	Barcelona	Cocaína, heroína de forma ocasional	Parenteral	Seguimiento en CAS y PMM

Tabla 1. Resumen de las características de los entrevistados formalmente.

En relación a los profesionales se han seleccionado diferentes perfiles teniendo en cuenta la diversidad de profesiones que se desenvuelven en las SCH. En todas las unidades de observación se ha pretendido entrevistar a los coordinadores, por el hecho que podían aportar una visión global del funcionamiento del dispositivo, y a continuación se ha seleccionado un componente de los diferentes perfiles profesionales de cada SCH, tanto del ámbito sanitario (enfermeras, médicos, psicólogos, etc.) como del ámbito social (educadores sociales, trabajadores sociales, etc.) con el objetivo de conocer la visión específica del tema de estudio en cada caso.

Se ha entrevistado formalmente a 17 profesionales en total. Todos los profesionales entrevistados son los siguientes:

- a) SAPS: 1 educador, 1 médico, 1 coordinadora (trabajadora social y antropóloga) y 1 trabajadora social.
- b) CAS Baluard: 1 coordinadora (educadora social), 1 enfermera, 1 educadora social, 1 auxiliar de enfermería y 1 trabajadora social.
- c) Unidad móvil de Zona Franca: 1 coordinadora (psicóloga) y 1 enfermero.
- d) CAS Fòrum: 1 educador y 1 enfermero.
- e) “El Local” de La Mina: 1 coordinadora (educadora social), 1 auxiliar, 1 educador de calle y 1 enfermero.

En relación a los técnicos municipales de drogodependencias se ha seleccionado a aquellos que tuvieran un papel relevante en la gestión de las SCH de Barcelona. Se ha contado con técnicos de la Agència de Salut Pública de Barcelona, Agència de Salut Pública de Catalunya y Ajuntament de Sant Adrià de Besòs. Los técnicos están formados en ciencias de la salud (medicina y psicología) y en disciplinas sociales (trabajo social).

En total se ha entrevistado a 5 técnicos en drogodependencias. Son los siguientes:

- a) Agència de Salut Pública de Catalunya: 1 médico, director de los programas de reducción de daños, y 1 psicóloga.
- b) Agència de Salut Pública de Barcelona: 1 epidemióloga, directora del plan de drogas, y 1 médico psiquiatra, responsable del área de reducción de daños.
- c) Ajuntament de Sant Adrià del Besòs: 1 trabajadora social, técnico de servicios sociales de Sant Adrià de Besòs.

2.3. Técnicas para la obtención de datos

Se han utilizado dos técnicas de recogida de información: la observación participante y diario de campo, y las entrevistas cualitativas. Además, se realizó la recopilación de documentos de las salas de consumo higiénico y recopilación de noticias periodísticas. A continuación, desarrollo cómo se utilizaron y cuáles fueron las articulaciones entre las diferentes técnicas.

2.3.1. Observación participante y diario de campo

La observación participante es una técnica que consiste en dos actividades simultáneas: observar sistemáticamente y controladamente, y mantener un contacto personal e intenso con las personas estudiadas (Guber, 2001:57). Sus dos principios son el conocimiento social profundo de los actores sociales y la integración en la cotidianidad, con una interacción continua y directa con los sujetos de estudio (Corbetta, 2007:305). La observación participante implica el ejercicio de observar y participar en el que se establece una relación de compromiso/separación que se regula y se construye siguiendo las lógicas del trabajo de campo.

El registro de estas sesiones debe realizarse en un diario de campo plasmando las experiencias e interpretaciones del investigador en el curso de la sesión de observación. Las anotaciones nacen de la interacción del observador con la realidad observada y tienen dos componentes: la descripción de los hechos, acontecimientos, lugares y personas, y la interpretación del investigador, sus impresiones, reflexiones y reacciones (Corbetta, 2007:323). Las anotaciones en el diario de campo pueden realizarse de diversas formas; no obstante, su especificidad debe realizarse en función de la formación y preocupaciones teóricas del antropólogo, su posicionamiento con respecto al tema de investigación, los objetivos de la investigación (cambiantes durante el curso de la misma), las características del campo de estudio, de los escenarios y de la participación social que el etnógrafo asume en ellos (Gómez-Ullate, 2000:202).

El trabajo de campo etnográfico se ha realizado en 5 salas de consumo higiénico, en tres zonas de venta y consumo de drogas de Barcelona. En cada una de ellas, durante los primeros días, he realizado mis observaciones en los diferentes espacios de los dispositivos estableciendo conversaciones con los profesionales y los usuarios. No obstante, simultáneamente, en cada uno de los barrios estudiados ha sido preciso tener un conocimiento de la zona para conocer el impacto de las SCH en las escenas abiertas de consumo. En las diferentes zonas, acompañando a los equipos de intervención socio-comunitaria y en los talleres de recogida de jeringuillas en la comunidad, he realizado observaciones e interacción con profesionales y consumidores de drogas en los alrededores de las SCH por los que transitan, consumen o pernoctan los usuarios. Estas primeras observaciones me han ayudado a conocer las dinámicas de las SCH y lo que sucede alrededor de éstas.

Dentro de los dispositivos, me he ido situando en los diferentes espacios de forma estratégica para hablar con los usuarios o preguntar detalles a los profesionales que están al cuidado de los diferentes espacios. En cada situación, he estado alerta para entablar conversación con los usuarios. A partir de estos contactos he ido construyendo mi rol como etnógrafo. Cabe decir que mi conocimiento de la vida en la cárcel y sobre la atención a las drogodependencias ha facilitado la conducción de la conversación con mayor naturalidad sin la necesidad de tener que realizar preguntas innecesarias. Sin embargo, han surgido una serie de dificultades que he tenido que aprender a resolver a lo largo de mi trabajo de campo.

En cada sesión me he situado en lugares que invitaran a establecer conversación con los usuarios y profesionales. Por ejemplo, en el comienzo del trabajo de campo en el SAPS busqué un buen lugar para mis observaciones. Decidí situarme en la zona de descanso del “calor y café” (conocido como el Club), un buen lugar donde divisar quién entra en el centro y tener una visión amplia de lo que sucede en el comedor. Sentado en un banco de madera que hay junto al espacio de lavandería y ropería, he podido observar y hablar con los usuarios que salen de la ducha y acaban de arreglarse en medio del comedor, se apuntan en la cola de la lavandería, se preparan café con leche o calientan bandejitas de comida en el microondas los días que el dispositivo recibe las sobras de las ferias comerciales de la ciudad u otros eventos locales.

Una vez acostumbrado a la dinámica de los centros estudiados, me he movido por los diferentes espacios con mayor comodidad. Aunque percibí que centros como SAPS o Fòrum son muy tranquilos para los usuarios, invitando mucho a la conversación por no haber desconfianza, en las SCH del CAS Baluard o “El Local” de La Mina, debido al acoso policial, la presencia constante de policía secreta y de unidades móviles por la zona, y detenciones en sus proximidades, han hecho que muchos de los usuarios desconfiaran de aquellas personas que puedan ser sospechosas en primera instancia, siendo difícil la comunicación. En estos casos, ha sido preciso participar prudentemente, evitando preguntas o comentarios que pudieran producir falsas sospechas en los usuarios.

En las sucesivas etapas se han requerido esfuerzos para acomodar y entretejer conjuntos de relaciones y compromisos sucesivos producidos en el contexto de estudio (Amit

2000). A continuación, he estado inmerso en un contacto diario de interacción y de negociación de las normas sociales entre profesionales y usuarios (Goffman, 1994). De esta manera, he aprendido que en la comunicación y la interacción con los consumidores ha sido preciso mantener varias precauciones y que en la posición como etnógrafo es importante incorporar “a priori” este mundo social en particular y la adopción de una actitud respetuosa.

Con el tiempo he aprendido en qué lugares debo situarme dentro de cada SCH, seleccionando conscientemente el momento, el lugar y/o la situación y cómo debo interactuar con los participantes en el terreno de observación. He aprendido a tener paciencia y entablar conversación o proponer las entrevistas cuando hubiera un clima de confianza o momentos que no interrumpieran el tempo de la vida cotidiana de los usuarios. Conforme he ganado en confianza, he aprovechado las situaciones que invitan a hablar con los usuarios, dirigiendo la conversación de forma estructurada e indirecta hacia los intereses de mi investigación (Devillard, Franzé, Pazos; 2012).

En ocasiones, mi situación se ha visto comprometida cuando algunos usuarios han descubierto que yo no era un “igual” y acababan de confesarme alguna actitud no permitida dentro del centro o me habían intentado vender drogas. En estos casos, ha sido preciso decir “tranquilo, de lo que me hayas contado no voy a decir nada a ellos, sólo estoy aquí para saber cómo te va”. Mis afirmaciones han sido corroboradas cuando han visto que no sucedía nada y no había ninguna llamada de atención. A su vez, para no tener problemas con los profesionales, avisé desde un inicio que en mis observaciones he podido captar situaciones que violaban la normativa del centro pero rogué que comprendieran que en ningún caso delataría o avisaría de éstas para evitar crear conflictos con los usuarios. Entendieron que debía estar comprometido con los usuarios y mi código ético.

En total se han realizado 77 sesiones en el SAPS, 91 en el CAS Baluard, 24 en la Unidad Móvil de Zona Franca, 27 sesiones en el CAS Fòrum y 40 en “El Local” de La Mina, lo que suman un total 259 sesiones.

Durante las sesiones de trabajo de campo se ha utilizado una libreta de pequeñas dimensiones para tomar notas rápidas. Al día siguiente se ha redactado el diario de

campo con ayuda de estas anotaciones. En el diario de campo se han anotado toda las informaciones relevantes: reproducción de conversaciones con profesionales, técnicos y usuarios; interpretaciones de los discursos y prácticas de los usuarios y de las acciones de los profesionales; datos importantes para ser contrastados; informaciones relevantes para realizar modificaciones en la estrategia de investigación; y reflexión global de la sesión. Una vez finalizada la redacción de la sesión se ha titulado el “capítulo” con una frase que sintetizara los datos recogidos; aunque se ha codificado el diario de campo por completo, los títulos han servido para una búsqueda ágil de ciertos aspectos para complementar los resultados de la investigación. En total se han redactado 1.928 páginas de libreta din-a 5.

2.3.2. Entrevistas cualitativas

Las entrevistas cualitativas se diseñaron en la primera etapa de la investigación. Conforme me fui familiarizando con las dinámicas de interacción con los participantes y fue aumentando mi conocimiento de la cotidianidad, los guiones de las entrevistas se fueron modificando hasta ser validadas para responder con mayor precisión a los temas y preguntas de la investigación.

Una vez adaptado a la cotidianidad, he procedido a negociar la realización de las entrevistas a la población de estudio. Tras las diferentes exploraciones realizadas con las conversaciones informales he dado paso a las entrevistas, situación en la que mi opinión y voz pasa a un segundo plano con la intención de profundizar con más detalle que en las conversaciones ordinarias (Vallés, 2002).

Para el desarrollo de las entrevistas se ha tenido en cuenta una serie de aspectos relacionados con el contexto, los sujetos y el consumo de drogas. Desde el contexto, ha sido necesario aprender en qué lugares o situaciones es más idóneo emprender una conversación intentando no invadir el espacio vital de los usuarios. En este ejercicio he tenido que regular mi comunicación en las sucesivas entrevistas o encuentros para evitar el malestar entre los usuarios. Los usuarios de las SCH viven sujetos a un mundo de experiencias negativas (cárcel, enfermedades, acoso policial, etc.) que les conduce a un estado de ánimo de introversión y desconfianza. Están habituados a entrevistas, bien sea desde un interrogatorio policial, un proceso judicial o una visita con la trabajadora social; son unos expertos en este tipo de actividad. En muchos casos, tienen la sensación

de estar respondiendo constantemente a las mismas preguntas, motivo por el que rehúyen entrevistas de estudios si no es a cambio de incentivos monetarios. Además, dependiendo de la situación personal que estén cruzando, algunas preguntas sencillas pueden ser tomadas como ofensas, produciéndose conflictos entre entrevistado y entrevistador. De este modo, ha sido necesario respetar los momentos vitales de los participantes e iniciar la conversación o plantear entrevistas en los momentos adecuados. Por último, consumir drogas es un acto que pretende cubrir las expectativas del consumidor. Consumir heroína y/o cocaína tiene la función de mitigar el sufrimiento diario. En estos estados, los usuarios están inmersos en lógicas interpretativas apartadas de la realidad. Estas no deben considerarse como erróneas o banales, sino que precisan ser analizadas para comprender la función del consumo de drogas en el mundo social de los consumidores. Detrás de cada historia de vida existen unos razonamientos que han llevado a la persona a querer estar en otro lugar, a “viajar” a estados emocionales alterados y superar el sufrimiento diario. Bajo estas lógicas se ha respetado las situaciones y “los tempos” para realizar las entrevistas.

Se realizaron entrevistas biográficas y entrevistas semiestructuradas. La entrevista biográfica persigue el objetivo de reconstruir los itinerarios de los usuarios que acuden a las salas de consumo higiénico de Barcelona, definiendo los procesos de salud/enfermedad/atención, analizando los orígenes del malestar que conducen al consumo de drogas y a la búsqueda de atención según los diferentes modelos disponibles. La entrevista semiestructurada se ha planteado para profundizar sobre la construcción del riesgo de los usuarios en relación al consumo de drogas en viviendas, vía pública y las salas de consumo y ahondar en la satisfacción y propuesta de mejora de diferentes aspectos del funcionamiento y normativa de las salas de consumo higiénico. Esta modalidad de entrevista se ha utilizado también con los profesionales y técnicos municipales para conocer su punto de vista sobre el problema del consumo de drogas de las personas en procesos de exclusión social y para reflexionar sobre las políticas de reducción de daños de la ciudad, profundizando sobre el funcionamiento y normativa de las salas de consumo higiénico y las necesidades de los usuarios.

a) Entrevistas biográficas. Los relatos de vida de los consumidores de drogas

Las entrevistas biográficas, en mi investigación, han sido una técnica útil para recoger el proceso simbólico e interpretativo de las trayectorias de los consumidores de drogas en

procesos de exclusión social. La historia de vida es “el relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia” (Pujadas, 1992:47-48). Existen diferentes modalidades para denominar al método biográfico²⁵ dependiendo del tipo de material biográfico –documentos personales o datos biográficos obtenidos por entrevista-, de la cantidad de participantes –relatos únicos o múltiples-, o de la intensidad y la cantidad de entrevistas realizadas a una misma persona –por ejemplo, la historia de vida o relato de vida. En mi investigación, he realizado relatos de vida analizados como paralelos. Esta modalidad²⁶ consiste en una acumulación de autobiografías para realizar comparaciones, categorizaciones, establecer hipótesis teóricas y validarlas mediante la acumulación de evidencias, pudiendo establecer generalizaciones sobre un fenómeno concreto (Pujadas, 1992:52); a nivel práctico, mientras que las historias de vida se formalizan con más de tres entrevistas profundas a

²⁵ Para un mayor detalle y conocer en líneas generales las diferentes clasificaciones de los métodos biográficos, véase una explicación detallada en Pujadas (1992:47-57; 2000:135-150); sobre la historia de los métodos biográficos y diez propuestas de entrevista biográfica, véase Feixa (2006). A nivel más concreto y la relación entre las diferentes líneas véase la diferencia entre autobiografía, biograma e historia de vida en Feixa (2006:13); entre historia de vida, relato de vida y testimonio en Piña (1988:136-137); o la diferencia entre autobiografía, historia de vida y relato de vida en Prat (2004:28-30). Sobre las autobiografías véase Szczepanski (1978); o véase los ejemplos de “A tumba abierta: autobiografía de un grifota” (Romaní, 1986) y “Las Historias de Julián” de Gamella (1990). La de Romaní (1986) trata sobre la vida del grifota “El botas” desde la infancia/adolescencia hasta su vuelta a Barcelona, su paso por La Legión y sus idas y venidas por el territorio europeo, y su conectada a los cambios políticos y sociales de la Barcelona rebelde de los años 70 y 80. La de Gamella (1990) desarrolla la trayectoria delictiva y del consumo de drogas de Julián, entrelazada por varios relatos de familiares y amigos que hablan sobre la socialización grupal, la iniciación en el consumo de las drogas, el paso por la cárcel y la vida tras la salida de prisión de su protagonista. Exactamente es una historia de vida de relatos cruzados, a caballo entre los relatos de caso y los relatos múltiples; como apunta Pujadas es “una textualidad polifónica, dando entrada a un coro de voces secundarias que acompañan al solista, acercándose formalmente a la técnica de los relatos cruzados” (1992:144).

²⁶ Sobre historias de vida de relatos paralelos, véase varios ejemplos sobre consumidores de drogas en Funes y Romaní (1985) que realizan historias de vida a más de 20 participantes (hombres y mujeres) consumidores o ex-consumidores de heroína en proceso de recuperación teniendo en cuenta el medio social (en los extremos, medio social “elitista”, por otro “marginal”) y la década de inicio de consumo (años 70 y 80) ; en Fornons (2009), que realiza historias de vida a 15 participantes consumidores de drogas y que hayan pasado por prisión de hombres de Barcelona – La Modelo: cinco personas que entraban por primera vez en prisión, ocho que llevaban varias condenas cumplidas y dos ex reclusos; y en Pallarés (1996), que realiza entrevistas a 41 participantes (hombres y mujeres) que divide en tres grupos según medio social: alto, medio y bajo.

cada participante, en los relatos de vida, basta con acumular hasta un máximo de tres entrevistas a cada participante (Prat, 2004:29); la recolección de los relatos de vida y su análisis conjunto construyen la historia de vida de relatos paralelos. El análisis de los relatos de vida cruzados pretende una contrastación de los datos hacia el mismo punto de interés del fenómeno social.

Antes de proponer y realizar las entrevistas biográficas, me he familiarizado con el ambiente a través de la observación participante para seleccionar y proponer las entrevistas a los usuarios en el lugar y el momento ideal. Para una buena gestión de las entrevistas he seguido unas “reglas de oro” (Pujadas, 1992:68-69): atar cabos entre los fragmentos de entrevista de los participantes; dirigir lo menos posible, hacer preguntas abiertas y sólo intervenir para hacer aclaraciones, ampliaciones o para retomar cuestiones no suficientemente relatadas; retomar las entrevistas para una segunda sesión, releyendo las partes de la entrevista anterior que retomaran el hilo de la misma.

He entrevistado formalmente con relatos de vida a 16 participantes. A continuación, expongo las temáticas de los guiones de las entrevistas biográficas:

- 1) Datos personales. Se procura una autopresentación del entrevistado: edad, fecha y lugar de nacimiento, situación actual, etc.
- 2) Situación socioeconómica. En este bloque se pregunta por su trayectoria académica, trayectoria laboral, ciudades y lugares donde ha vivido, relaciones familiares y sentimentales, formas para obtener dinero, y sobre el apoyo de su círculo de amistades. Estos aspectos se han pretendido situar de forma cronológica, del pasado a la actualidad, de la infancia al momento actual.
- 3) Situación legal/ penal. Se han realizado preguntas relacionadas con delitos o faltas cometidas en el pasado, cumplimiento de condenas, ingreso en prisión, seguimiento en medidas alternativas, multas o causas penales pendientes en la actualidad.
- 4) Salud y consumo de drogas. Se han realizado preguntas relacionadas con los procesos de salud/enfermedad/atención. En una primera parte se ha preguntado

por los inicios del consumo de drogas y su evolución, los periodos de abstinencia y recaídas, los significados del consumo de drogas, enfermedades orgánicas, infecciones relacionadas con el consumo de drogas (VIH, hepatitis B y C, etc.), diagnóstico y tratamiento de patologías de salud mental, y efectos negativos del consumo de drogas (sobredosis, lesiones, accidentes, etc.). Simultáneamente, se ha preguntado sobre aspectos de los procesos terapéuticos seguidos para cada caso: tratamientos para enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis B y C, etc.), seguimiento de las drogodependencias en régimen ambulatorio (tratamientos con metadona, medicación prescrita, terapia psicológica, etc.), ingreso en dispositivos del tratamiento de drogodependencias, medidas de autoatención tomadas por su cuenta (pasar el mono, tomar medicaciones no prescritas, etc.). El guión se ha manejado para describir los procesos de atención desde el pasado a la actualidad.

- 5) Perspectivas de futuro. Se ha preguntado sobre la valoración general de su momento actual y cuales son sus perspectivas de futuro para cubrir sus necesidades a nivel sanitario (tratamientos VIH, hepatitis, enfermedades crónicas, etc.), a nivel social (familia, amistades, vivienda, actividades formativas, etc.) y a nivel legal (medidas alternativas, trabajos a la comunidad, etc.).

b) Entrevistas semiestructuradas

Este tipo de entrevista cualitativa es una herramienta para recoger datos de forma abierta con cierto grado de control de los temas de análisis. A partir de un guión de temas, y una serie de propuestas de preguntas, se ha propuesto un diálogo siguiendo una serie de criterios que proponen Merton y Kendall (1946:545; en Vallés, 2002:21), son los siguientes: 1) no dirección (tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas); 2) especificidad (animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas); 3) amplitud (indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto); 4) profundidad y contexto personal (“la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica. Debería obtener el contexto personal relevante, las asociaciones ideosincráticas, las creencias y las ideas”). La disposición de un guión no ha conducido

a preguntar las diferentes cuestiones de forma cerrada y se ha concedido libertad para establecer la conversación. El orden de la conversación se ha establecido en la forma que fuera conveniente, abriendo temas y dirigiendo las preguntas hacia una obtención de datos que profundizara en los temas de la investigación.

Los guiones propuestos a los usuarios, profesionales y técnicos son los siguientes:

Usuarios de las SCH

- 1) Riesgos/daños/beneficios en el consumo de drogas. Se ha preguntado sobre la construcción del riesgo del consumo de drogas en diferentes contextos y situaciones: consumo en la vía pública, en viviendas y en salas de consumo higiénico. Para cada caso, se ha preguntado por las ventajas y desventajas de consumir en los diferentes lugares, y sobre las medidas de seguridad que se toman ante las situaciones de peligro de cada lugar.
- 2) Salas de consumo higiénico. Se ha preguntado sobre la opinión de diferentes aspectos del funcionamiento y normativa de las salas de consumo higiénico: zona y lugar donde se ubica la sala de consumo, horarios, normas, material de consumo, funcionalidad del espacio, intervención de los profesionales, etc. Para cada caso se ha preguntado qué aspectos mejoraría para una mayor satisfacción del uso de estos espacios.

Profesionales y técnicos municipales

- 1) Datos personales. Se procura una presentación del entrevistado: nombre, edad, etc.
- 2) Datos académicos y profesionales. Se ha preguntado por la formación profesional y la específica en drogodependencias. Se profundiza sobre la trayectoria profesional dedicada al ámbito de las drogodependencias y las funciones en el momento actual dentro de los dispositivos con sala de consumo higiénico.

- 3) Políticas de drogas en Barcelona. Se han realizado preguntas para que el entrevistado realice un análisis y valoración del consumo de drogas en población de exclusión social en Barcelona y sobre la intervención que se ha desarrollado en relación a ésta, desde que comenzó a trabajar en dispositivos de drogodependencias de Barcelona. Se ha preguntado específicamente cuáles han sido los cambios de los patrones de consumo y el modelo de intervención, específicamente, se ha profundizado sobre cuáles cree que han sido los aciertos y los desaciertos de la intervención del consumo de drogas de población en exclusión social.
- 4) Salas de consumo higiénico. Se ha preguntado sobre la opinión del despliegue de salas de consumo higiénico en la ciudad de Barcelona. A continuación se ha profundizado sobre la opinión de diferentes aspectos del funcionamiento y normativa de las salas de consumo higiénico: Zona y lugar donde se ubica la sala de consumo, horarios, normas, material de consumo, funcionalidad del espacio, intervención de los profesionales, etc. Para cada caso se ha preguntado qué aspectos mejoraría para una mayor satisfacción del uso de estos espacios.
- 5) Necesidades de los usuarios de las salas de consumo higiénico. Se ha preguntado sobre cuáles son las necesidades sanitarias, sociales y legales de los usuarios y cómo se podría reforzar los programas y servicios de la ciudad y qué programas innovadores habría que poner en marcha.
- 6) Plantillas profesionales. Se ha preguntado sobre cómo habría que reforzar las plantillas profesionales de las salas de consumo higiénico. Específicamente sobre qué perfiles profesionales. También se ha preguntado sobre qué destrezas deben tener los profesionales de estos dispositivos y qué formación complementaria sería necesaria para mejorar la intervención.

Las entrevistas cualitativas (entrevistas biográficas y entrevistas semiestructuradas) han sido registradas con una grabadora de audio y han sido transcritas en su totalidad. Al realizarlas a los usuarios de las salas de consumo higiénico he asegurado la confidencialidad de los datos y el anonimato de nombres de personas, lugares y otros aspectos que pudieran revelar su identidad. Además, han sido informados por escrito y

han firmado el consentimiento informado elaborado para su caso (véase el apartado 2.5. y anexos). Del mismo modo, los técnicos municipales y profesionales, aunque pueden ser identificables porque son personas concretas en sus cargos, en el curso del análisis de los datos no aparecen los nombres que los identifiquen y en su caso aparecen como “profesional” del centro estudiado o “técnico” del organismo administrativo específico.

2.3.3. Recopilación de documentos

El objetivo de la recopilación de documentos de los servicios de salud estudiados es conocer la dimensión institucional del problema desde la Administración y las entidades que gestionan los dispositivos que ofrecen espacios de consumo higiénico. Con la lectura crítica de estos documentos he extraído datos complementarios sobre la población que utiliza los servicios de salud, sin embargo no de aquellos que no hacen uso de los servicios o lo realizan de forma testimonial²⁷. También, cabe apuntar que la población estudiada no siempre consume drogas dentro de las salas de consumo higiénico. Por lo tanto, los datos reflejados en estos documentos deben considerarse complementarios y precisos de ser completados por los datos recogidos por otras técnicas (observación participante y entrevistas cualitativas).

Se han recopilado los Planes de actuación sobre drogas de la ciudad de Barcelona desde el año 2000 a la actualidad, los indicadores de los servicios de reducción de daños de Barcelona y de “El Local” de La Mina desde el año 2006 a 2014 y las memorias anuales de los centros de reducción de daños y centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) estudiados comprendidos entre 2010 y 2014²⁸.

Los planes estratégicos de actuación sobre drogas de Barcelona, se redactan por técnicos de salud pública y se aprueban desde la comisión del Grup polític de drogues de Barcelona. En estos documentos, se realiza una valoración del cumplimiento de los objetivos del plan de acción del período anterior y se realiza un análisis de la situación del consumo de drogas y los problemas de salud que acompañan a este, valorando la situación específica de cada distrito de la ciudad. A partir del diagnóstico de la ciudad,

²⁷ Según las memorias del CAS Baluard (2012) y “El Local” de La Mina (2014) más del 50% de los usuarios no realiza ningún tipo de tratamiento para las drogodependencias.

²⁸ En el caso de las memorias anuales, sólo se han obtenido las que han estado disponibles durante el trabajo de campo de cada una de las unidades de observación estudiadas.

se trazan las líneas estratégicas para el nuevo plan, valorando el funcionamiento de los servicios de prevención, asistencia y tratamiento de la ciudad. Finalmente, se realizan propuestas de puesta en marcha de servicios y actuaciones para responder al diagnóstico de salud actual. Los documentos recopilados son los siguientes:

Agència de Salut Pública de Barcelona (Eds.) (2006) Pla d'acció de drogodependències de Barcelona 2006-08. Barcelona: ASPB.

Brugal MT, Espelt A, Guitart A. (Reds.) (2009) Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-12. Barcelona: ASPB.

Brugal MT, Guitart A, Espelt A (Reds.) (2013) Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2013-16. Barcelona: ASPB.

Torralba L, Brugal T, García V, Graugés D, Guitart A, Queralt A, Ribot N, Rodríguez-Martos A, Vecino C, Macía C. (2002) Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2000-2003. Barcelona, ASPB.

Desde la Agència de Salut Pública de Barcelona me han facilitado los indicadores de los servicios de reducción de daños de toda Barcelona de 2006 a 2013. En éstos se especifica gráficamente las visitas de carácter sanitario y socioeducativo a estos servicios, la procedencia de los usuarios, el número de consumos por sustancia y vía de consumo realizados en los diferentes centros, las sobredosis atendidas, las jeringuillas dispensadas y recuperadas en los centros y las recogidas en vía pública. Desde la Agència de Salut Pública de Catalunya y la Fundació IPSS me han facilitado los indicadores de “El Local” de La Mina de Sant Adrià de Besós.

Por último, se han recopilado las memorias anuales e indicadores de los últimos años de las salas de consumo higiénico estudiadas. En este tipo de documentos se describe el perfil de los usuarios (datos sociodemográficos, socioeconómicos y de salud) y se avalúan los programas y actividades que se llevan a cabo; se especifican los datos de la actividad de los espacios de venopunción/inhalación asistida. Se han obtenido las siguientes memorias de la actividad anual de las unidades de observación estudiadas:

SAPS (2010, 2011 y 2012).

CAS Baluard (2011, 2012 y 2013).

Unidad Móvil de Zona Franca (2010, 2011, 2012 y 2013).

CAS Fòrum (indicadores de la actividad de la sala de consumo de 2012, 2013 y 2014).
“El Local” de La Mina (2014).

2.3.4. Recopilación de noticias periodísticas

La recopilación de noticias periodísticas se ha realizado con el objetivo de ordenar los hechos históricos, sociales y políticos de la puesta en marcha de las salas de consumo higiénico de Barcelona. Este tipo de información no puede ser recogida con detalle por otro tipo de técnicas. Aunque se han realizado entrevistas a los usuarios, profesionales y técnicos sobre estos aspectos y se han extraído datos de artículos científicos, memorias y los planes de actuación de drogodependencias, no es posible recoger con detalle datos relevantes con estas técnicas tales como los efectos del traslado de las escenas de venta y consumo de drogas en Barcelona, el anuncio de la puesta en marcha de estos dispositivos, la reacción vecinal hacia éstos, las declaraciones de grupos políticos, y otros aspectos importantes para analizar en clave histórica la puesta en marcha de este tipo de intervención de reducción de daños.

La búsqueda de noticias periodísticas se ha realizado a través de las hemerotecas de los diarios La Vanguardia, El periódico de Cataluña y El País. El período de búsqueda se acota entre el año 1999 y 2015. Las palabras clave se relacionan con los diferentes barrios de venta y consumo de Barcelona y Sant Adrià de Besòs, las diferentes formas como se nombra a las salas de consumo higiénico desde la prensa, las drogas que se consumen en éstos y las diferentes formas como se refieren a los usuarios de estos dispositivos desde la prensa. Las palabras clave de búsqueda son las siguientes: narcosala²⁹, salas de consumo, sala de consumo higiénico, reducción de daños, Can Tunis, Raval, La Mina, Zona Franca, Nou Barris, Sala Baluard, SAPS, Vall Hebron, heroína, cocaína, consumo inyectado, consumo por vía pulmonar, toxicómanos, y drogodependientes.

En total, se han encontrado 392 artículos: 144 artículos de La Vanguardia, 59 de El Periódico y 189 El País.

²⁹ Este término es una forma errónea de nombrar a las salas de consumo higiénico. Sin embargo, se ha utilizado esta forma porque es como, mayoritariamente, se refiere la prensa a estos espacios.

2.4. Técnicas de análisis del material de investigación

Se han realizado tres tipos de análisis. El análisis paralelo de los relatos de vida se ha empleado para trabajar los relatos de los usuarios de las salas de consumo recogidos a través de las entrevistas biográficas. El análisis de contenido se ha utilizado para analizar el diario de campo y las entrevistas semiestructuradas. Este análisis, se complementa con el análisis de información recogida con la recopilación de documentos sobre las salas de consumo y las noticias periodísticas. En el apartado 2.4.4, se detalla el tipo de triangulación desarrollada para aumentar la validez y credibilidad de la producción y análisis de los datos.

2.4.1. Análisis de las historias de vida de relatos paralelos

Durante las entrevistas biográficas, he tomado notas de mis apreciaciones del curso de la sesión y de los datos contextuales donde se ha producido la entrevista. Posteriormente, he transcrito las grabaciones y he iniciado el análisis de los relatos registrados. Durante el análisis he seguido una serie de objetivos (Devillard, 2004:163-164): “1) Comprender el punto de vista subjetivo de los agentes sociales, su interpretación de las acciones y sucesos; 2) Identificar las ideas y representaciones comunes, así como los esquemas cognitivos que las organizan; 3) Reconstruir hechos pasados (sucesos de índole colectiva, acciones y decisiones...); 4) Reunir informaciones que ayuden a situar en el espacio socio-histórico y a comprender/ explicar la práctica presente (tanto discursiva como no-discursiva): trayectoria, circunstancias, contexto, etc.”.

Este análisis procura un entendimiento de las trayectorias de los participantes, relacionando su relato, con los datos obtenidos con otros participantes. El texto se ha situado dentro de su contexto, definiendo las situaciones analíticas en las que se sitúan (Prat, 2004:36-37): 1) situación pretextual, que se refiere al escenario y las circunstancias previas al encuentro de la producción de la entrevista; 2) Situación contextual: es el conocimiento del entorno social y cultural donde se desarrolla el discurso de la vida del participante; y 3) situación textual: se refiere al análisis textual donde interpretaremos las formas de hablar, los estilos de justificar determinadas secuencias del relato de vida. En suma, siguiendo a Ferrarotti, ha consistido en

aprehender el nexo entre texto, contexto e intertexto; no sólo de comprender el texto sino de habitarlo para reconstruirlo, vinculando texto con contexto³⁰ (2007:27).

La contextualización de los textos ha sido analizada en conjunto con los diferentes relatos de vida, bajo la intertextualidad, lo que supone la interpretación intersubjetiva e interdiscursiva de los diferentes participantes y los diferentes relatos de uno mismo³¹. A lo largo del proceso de análisis de los relatos de vida analizados como paralelos, la organización de los textos ha adoptado consistencia para responder a la explicación de las trayectorias de los participantes de la investigación. Una vez alcanzada una muestra representativa y una saturación de conocimiento (Bertaux, 1993:27), he ordenado los diferentes temas significativos que trazan las historias de vida, de relatos paralelos de los consumidores de drogas, desde su infancia hasta la actualidad, recorriendo los procesos de salud/enfermedad/atención y los itinerarios terapéuticos generados para responder a los problemas de salud, así como la institucionalización por dispositivos de la justicia; ubicando, por último, la trayectoria de los participantes en el momento actual desarrollada en las salas de consumo higiénico de Barcelona.

2.4.2. Análisis de contenido

El análisis de contenido “es una técnica que permite la descripción objetiva y sistemática del material que se obtiene por medio de la comunicación verbal o escrita. Su finalidad es la de permitir que el material procedente de diversas fuentes pueda ser analizado, interpretado y comparado en términos de algún denominador común” (Muriel y Rotha, 1980:136 en Rodrigo, 1999:105). Este tipo de análisis se ha utilizado

³⁰ Ferrarotti distingue el contexto en tres direcciones: a) Contexto en sentido histórico; b) Contexto en sentido evocativo y recreativo; y c) Contexto en el sentido de cuadro objetivo socioeconómico-estadístico (2007:33).

³¹ Los relatos deben estar situados tempo-espacialmente, pues, dentro de los mismos, está en juego la capacidad de proyectar la memoria: “los recuerdos se congelan y su revisión se vuelve cada vez más selectiva y esporádica, el campo de posibles proyectos futuros se restringe y especializa; en suma, a través de los años y del cumplimiento de los "ciclos de vida" típicos, en general, la situación biográfica —y por ende la versión autobiográfica— va variando en menor medida” (Piña, 1988:149). Como apunta Ferrarotti, la memoria es una realidad plural, dinámica, proteiforme, que siguiendo su anécdota sobre las “confesiones de Rousseau, “No es el joven el que habla, es el adulto, el pensador, el escritor ya de amplia experiencia, el hombre de mundo que le presta al niño de entonces cuanto, ahora, ha aprendido de la vida” (2007:29)

para las entrevistas semiestructuradas a usuarios, profesionales y técnicos municipales, y para el diario de campo.

Los diferentes materiales se han analizado orientados por los objetivos, preguntas e hipótesis de la investigación. Desde este preanálisis se han definido los intereses de la aplicación de la técnica. Ésta se ha aplicado para registrar las unidades de análisis, de los segmentos de contenido de los textos producidos, que son significativas para ser categorizadas y establecer inferencias entre ellas (Briones, 1988; en Cáceres, 2003:61).

El criterio de clasificación se ha formalizado a lo largo de todo el proceso de análisis. A partir de las primeras segmentaciones de las descripciones seleccionadas se han establecido unas reglas de análisis de los materiales. Los códigos se han formalizado para identificar descripciones e ideas necesarias para responder al fenómeno de estudio. La clasificación se ha establecido con códigos formados por una palabra o una frase para identificar con facilidad la información contenida en los segmentos analizados. La codificación consiste en la selección y transformación de los datos analizados en unidades de registro, que corresponden a las expresiones de los textos con significado, y de unidades de contexto, que corresponde a un tramo de texto más largo que dota de significado y sentido a las expresiones codificadas (Navarro y Díaz, 1995:193). Los fragmentos de los textos producidos en el diario de campo y las entrevistas semiestructuradas que han sido codificados, se han agrupado en un índice. A continuación, de cada código se han señalado las diferentes páginas del diario de campo o fragmentos de las entrevistas para su localización posterior.

A lo largo del proceso de codificación se han establecido unos criterios de agrupación de los códigos en familias temáticas. Para ello, se han evaluado los temas de la investigación y se han agrupado los códigos en unidades a partir de los objetivos de la investigación. Cuando se ha establecido cierta profundidad de los temas se ha realizado la categorización. Ésta consiste en “una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía a partir de criterios previamente e definidos” (Bardin, 1996:90; en Andréu, 2001:15). Dentro de las diferentes categorías se han agrupado los códigos elaborados a partir de las unidades de registro y contexto.

2.4.3. Análisis de información

Para los planes de actuación de drogas de Barcelona, las memorias de las salas de consumo, los indicadores de los centros de reducción de daños y las noticias periodísticas se ha realizado un análisis de información. Este proceso consiste en la captación, valoración, selección y síntesis de los contenidos significativos para responder a diferentes cuestiones de la investigación. Se ha realizado un tratamiento crítico de la información de los diferentes materiales y ha sido sintetizada para establecer relaciones con las ideas y preconcepciones establecidas en el análisis de contenido. La información producida se ha cruzado con la generada en el proceso de codificación y categorización para establecer un mayor rigor y validez de los datos producidos desde las técnicas de recogida de información.

A lo largo del análisis de información se ha establecido una lectura crítica de los resultados elaborados con diseños estadísticos-cuantitativos, pues éstos revelan datos de forma tangencial que responden superficialmente a la explicación de la realidad; y por consiguiente, los resultados negativos evocados tienden a reforzar la imagen de los consumidores de drogas como enfermos y delincuentes de los que se precisa un mayor refuerzo de los dispositivos de control desde determinados sectores políticos (Llort, 2010:2).

Para cada tipo de material se han establecido una serie de criterios de análisis y de usos de la información. Los detallamos a continuación:

Planes de actuación de drogas de Barcelona. En este tipo de documentos se han rescatado datos epidemiológicos cuantitativos y conclusiones del diagnóstico de salud de la población de consumidores de drogas en exclusión social. En este tipo de memorias se proyectan análisis y conclusiones sobre diferentes grupos de población. Por un lado, se desarrollan resultados de población vulnerable, en la que se engloban los niños y adolescentes, jóvenes y mujeres, y en otro apartado, se desarrollan resultados de “población adicta a sustancias psicoactivas”. En este grupo se analizan resultados proyectados a partir de datos registrados desde los servicios de drogodependencias de la ciudad, subdivididos según sustancia. Entre estos apartados aparece el análisis del uso de sustancias ilegales en las se incluye el uso de heroína y cocaína. En mi caso, he analizado los datos sobre mujeres y la población adicta

consumidora de estas últimas sustancias, junto con el análisis del estado de los servicios de salud que utilizan y la planificación de la puesta de marcha para reforzar la actuación de esa fracción de población consumidora de drogas.

Memorias de las salas de consumo. Se rescatan los datos cuantitativos de la monitorización de los programas, actuaciones y servicios llevados a cabo en los dispositivos con sala de consumo higiénico (centro de atención y seguimiento y centros de reducción de daños). Las diferentes informaciones han complementado el análisis cualitativo sobre los programas de reducción de daños analizados en los resultados.

Indicadores de los servicios de reducción de daños de Barcelona. Se rescatan los datos cuantitativos de los servicios de reducción de daños de Barcelona: número de visitas sanitarias, consumos en los espacios de consumo, jeringuillas entregadas y recuperadas, etc. Las diferentes informaciones se han cruzado con los datos producidos desde el análisis cualitativo sobre los diferentes programas de reducción de daños: salas de consumo higiénico, programas de intercambio de jeringuillas, etc.

Noticias periodísticas. En las noticias de prensa se ha realizado un seguimiento de los diferentes hechos históricos, sociales y políticos de la puesta en marcha de las salas de consumo higiénico en Barcelona. Las noticias se han ordenado cronológicamente y se han tomado anotaciones de forma resumida sobre los hechos e ideas publicadas. La información se ha clasificado en un diagrama siguiendo criterios de orden cronológico y de las zonas donde se ubican las salas de consumo higiénico. A partir de esta clasificación se ha redactado un primer borrador describiendo los procesos de puesta en marcha de las salas de consumo higiénico y otras informaciones relacionadas con la opinión de políticos, técnicos y profesionales de drogodependencias y la opinión y reacción vecinal hacia estos dispositivos.

2.4.4. Triangulación

Para aumentar la credibilidad y validez de los datos analizados se ha procedido a la triangulación. La triangulación se basa en el uso de diferentes estrategias para contrastar las descripciones, explicaciones y evaluación de los contenidos analizados a través diferentes de las técnicas de análisis. Denzin (1970 en UNAIDS; 2010:14-17) describe

cuatro tipos de triangulación: a) Triangulación metodológica. Se aplican diferentes perspectivas metodológicas y técnicas de recogida de información para contrastar y articular los diferentes hallazgos. La complementariedad de técnicas aumenta la fiabilidad y validez de los datos producidos; b) triangulación de datos. Se recolectan los datos con diversas fuentes de información para su comparación e interpretación, considerando dimensiones temporales (se recogen datos en distintos momentos), espaciales (se recogen datos en diferentes lugares y contextos) y personales (participan diferentes sujetos de estudio); c) triangulación de teorías. Se utilizan diferentes perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos permitiendo una crítica y confrontación de teorías; y d) Triangulación de investigadores. Se emplean varias personas para cotejar las interpretaciones y valoraciones, eliminando los sesgos de un único investigador.

En mi investigación, he realizado una triangulación combinando técnicas y datos. A nivel metodológico, la Epidemiología sociocultural es, en sí misma, una propuesta de triangulación metodológica en la que se combinan la metodología de la Antropología médica y la Epidemiología convencional. En el análisis se integra la interpretación de datos estadísticos generados en las memorias, planes de actuación de drogodependencias e indicadores de reducción de daños, junto con los datos generados a partir de técnicas cualitativas de recogida de información (diario de campo, historias de vida, entrevistas semiestructuradas). A nivel de datos, éstos han sido recogidos a lo largo de todo el trabajo de campo, en diversos lugares (unidades de observación) y a diferentes personas (usuarios, profesionales y técnicos).

2.5. Consideraciones éticas y legales

El acceso a los centros estudiados y la realización de entrevistas a los participantes ha precisado la firma de documentos donde se especificara el propósito y los acuerdos de la investigación.

Para acceder a los centros con sala de consumo higiénico se ha precisado el acuerdo mediante un convenio entre el investigador, la universidad y la gestión del centro con el objeto de pactar y firmar los acuerdos del propósito de la investigación, las funciones del investigador y la cobertura sanitaria. Específicamente, en el documento se han expuesto los objetivos de la investigación, la metodología que se utilizaría, las

funciones del investigador, el horario y período de estancia de investigación en el centro y se han especificado las observaciones correspondientes de la supervisión de la entidad hacia el investigador. En cada convenio han firmado los responsables de las entidades que gestionan los centros y la Univeristat Autònoma de Barcelona.

Para realizar entrevistas a los participantes se ha precisado la elaboración de un consentimiento informado y un documento donde se informa del proyecto de investigación y el uso de los datos recogidos (véase Anexos). Estos documentos fueron aprobados por la comisión de ética en la experimentación animal y humana (CEEAH) de la UAB. Al tratarse temas que atañen a la intimidad de los participantes se ha especificado que el uso de los datos no revelaría la identidad de la persona entrevistada. Por ello, se ha asegurado que la información aparecería en el estudio de forma confidencial bajo su voluntariedad, así como que en caso de querer retirarse de la investigación, se procedería a eliminar las grabaciones y documentos elaborados a partir de éstas.

2.6. Dificultades, sesgos y limitaciones

A lo largo del trabajo de campo se han presentado una serie de problemas que han sido solucionados con cambios en el diseño metodológico. Estos problemas se relacionan con el acceso a las salas de consumo higiénico y el establecimiento de las relaciones de confianza y la comunicación con los consumidores de drogas que acuden a estos dispositivos.

El primer obstáculo, como ya he comentado en el apartado 2.1.1., ha sido la demora en la obtención de permisos para acceder al CAS Baluard al comienzo de la investigación y posteriormente, al incluir las unidades de observación del CAS Fòrum y “El Local” de La Mina. Por el carácter de la etnografía, este tipo de cambios en el trabajo de campo es necesario para un mayor acercamiento a la realidad del fenómeno estudiado. Sin embargo, los procesos burocráticos conllevan un desgaste constante que ha dificultado mantener el seguimiento del objeto de estudio. No obstante, y a su favor, la resolución de estas cuestiones ha conducido a estar en contacto con toda una serie de profesionales y usuarios que desde su punto de vista, han ayudado a que yo comprendiera mejor la situación del consumo drogas en los diferentes barrios de Barcelona.

Otra dificultad ha sido comenzar como “nuevo” en las diferentes SCH. Desde este plano, ha conllevado una serie de adaptaciones, produciéndome altibajos en el compromiso emocional con mi objeto de estudio. Cada vez que he entrado a una SCH, he tenido que adaptarme al equipo profesional. Sin embargo, el recibimiento siempre ha sido bueno puesto que los profesionales me conocen personalmente o de oídas desde hace años y el estudio ha generado interés en los profesionales, al considerarse como una herramienta para mejorar los programas de reducción de daños de Barcelona.

Establecer el rol de antropólogo te despersonaliza, careciendo de identidad específica para la comunidad estudiada (Mairal, 1995:180). En mi caso, no ha sido diferente. Durante el trabajo de campo tuve que explicar sucesivas veces a los usuarios cuál era mi propósito y los objetivos de mi paso por las SCH. Muy pocos han comprendido realmente mis funciones. En sucesivas ocasiones se dirigían o se referían a mí como “criminólogo”, “voluntario” u otra serie de ocupaciones que poco se acercaban a mi actividad. Realmente, ha sido difícil explicar mis objetivos y en ocasiones, ha sido peligroso decir que “vengo a hacer una investigación” pues esto siempre se asocia a seguimientos policiales contra el narcotráfico, siendo mucho mejor decir que “vengo hacer un estudio” o “estoy haciendo un estudio para la universidad”.

Otra dificultad ha sido el acceso a los informantes. En relación a los profesionales, ha sido a veces difícil acordar el día de la entrevista. Por mis obligaciones laborales y las de los entrevistados, las entrevistas se tienen que realizar fuera del horario de trabajo y no siempre ha sido fácil la disponibilidad. En relación a los usuarios, he tenido dificultades para proponer y encontrar un momento adecuado para realizar las entrevistas debido a su estado anímico y el bajo interés por realizarlas. No obstante, los profesionales y los propios usuarios entrevistados me han recomendado otros usuarios, llevándose a cabo dicha recomendación (“bola de nieve”). Sin embargo, ha sido imposible entablar conversación o proponer entrevistas a usuarios de origen extranjero por la barrera idiomática o la dificultad del manejo del castellano por parte del usuario para realizar una entrevista de calidad. En cualquier caso, se ha cumplido con la expectativa y se han recogido un número suficiente de entrevistas. A su vez, muchos aspectos trabajados en los resultados se han resuelto con la triangulación de datos.

También se han producido limitaciones en los espacios para interactuar con los usuarios. Por ejemplo, en el caso de la unidad móvil de Zona Franca no existe una zona de descanso (“calor i cafè”) o un lugar donde poder estar tranquilo para conversar. Sólo ha sido posible con algún usuario que ya conocía anteriormente, del CAS Baluard y SAPS o de otros dispositivos de drogodependencias en los que he trabajado. Además, en este lugar, debe contarse con la poca afluencia de usuarios lo que aún ha dificultado más el trato con los participantes. En otros casos, por contra, en SCH masificadas como “El Local” de La Mina, se han producido dificultades para mantener contactos prolongados con los usuarios por la alta circulación y baja adherencia al dispositivo. Además, en todas las SCH, excepto el CAS Fòrum, no existe un espacio íntimo para realizar entrevistas. Esto me ha llevado en ocasiones a realizarlas en el “calor i cafè” o en la vía pública lo que ha presentado dificultades por los ruidos, conversaciones cruzadas o la intervención de otros usuarios que preguntaban al interesarse por el contenido de la entrevista.

Por último, en el diseño de la investigación se proyectaba seleccionar para la muestra a usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH) y consumidores que no acudieran a estos dispositivos. Sin embargo, en las zonas donde se ha realizado el trabajo de campo, aunque existen escenas abiertas de consumo, los usuarios no rechazan las SCH en su totalidad. Quizás sea un problema de definición y sea más pertinente hablar de grado de adherencia al servicio; existen usuarios que circulan a diario por las SCH y otros que van de manera ocasional porque trabajan, usan otras SCH, consumen en otros lugares, etc.

CAPÍTULO 3. MERCADOS, CONSUMOS, POLÍTICAS Y SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO EN BARCELONA

Barcelona, aunque tarde, se ha erigido en una ciudad avanzada en el desarrollo de las políticas de reducción de daños a nivel estatal y europeo. Desde mediados de los años 80, la red de atención a las drogodependencias de la ciudad se ha desarrollado para dar respuesta a los problemas asociados al consumo de drogas, llevando a cabo la puesta en marcha de los programas de reducción de daños (programa de mantenimiento con metadona, programa de intercambio de jeringuillas, etc.). En 2001 se puso en marcha la primera sala de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. Estos dispositivos han demostrado ser eficaces para reducir las muertes por sobredosis y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral (Clua, 2015; Hedrich, Kerr y Dubois-Arber, 2010). Para conocer las claves de este fenómeno en Barcelona desarrollo el capítulo en cinco etapas: a) Construcción de la red asistencial de drogas de Barcelona (1988 – 2000); b) El Polígono Avillar Chavorros: de la utopía experimental a una real distopía (de los años 70 al 2000); c) Can Tunis, zona de pruebas para la primera sala de consumo de Barcelona (2001 – 2004); d) La diáspora de los usuarios, conflictos vecinales, actuaciones policiales y nuevas salas de consumo (2005- 2009); y d) La “centrifugación” de los usuarios hacia La Mina (2010 – 2015). Para ello, he analizado los “Pla d’acció sobre drogues de Barcelona” (2000 - 2016), los indicadores de las SCH de Barcelona y La Mina (2006 - 2013), las memorias de las SCH estudiadas (2010 - 2014), noticias periodísticas³² (La Vanguardia, El País y El Periódico, entre los años 1999 y 2015), y las notas de campo y entrevistas a usuarios y profesionales de las SCH realizadas a lo largo del trabajo de campo. El objetivo es analizar los motivos que promovieron la puesta en marcha de las SCH, así como las implicaciones sociales y políticas producidas a lo largo de estos años a consecuencia del desarrollo de estos dispositivos. En general, se pretende un análisis histórico de la respuesta desde las políticas públicas para hacer frente a los problemas de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social de los diferentes barrios estudiados.

³² El uso de las noticias periodísticas ha sido necesario para realizar un recorrido cronológico de los acontecimientos relacionados con la puesta en marcha de las SCH y obtener datos que no aparecen en otro tipo de documentos.

3.1. Construcción de la red asistencial de drogas de Barcelona (1988 – 2000)

El 17 de octubre de 1986 Barcelona fue elegida para la celebración de los Juegos Olímpicos de 1992. Esta decisión conllevó una remodelación de la ciudad: creación de complejos deportivos, restructuración urbanística del centro de la ciudad, construcción de viviendas para albergar a los deportistas (Vila Olímpica) y creación de vías rápidas de acceso a la ciudad. La transformación de la ciudad también precisó cambios sociales para aumentar la seguridad pública con la llegada al evento de turistas, deportistas y asistentes durante el verano de 1992. Se trazaron líneas de actuación para dar una buena imagen de Barcelona que tuvieron como resultado la reducción de la delincuencia, la prostitución y consumo de drogas en el centro de la ciudad. En relación al consumo de drogas se produjeron grandes cambios.

Hacia finales de la década de los 80, Barcelona era la ciudad más afectada por el consumo de heroína del Estado español, registrando la mayor proporción de inyectores y las tasas de mortalidad más elevadas en cuanto a muertes por sobredosis de heroína y por sida asociado al consumo de drogas (Brugal, 2005:22-25)³³. Para hacer frente a estos efectos negativos, el Ayuntamiento de Barcelona tomó la responsabilidad de crear en 1988 el Grup de Treball de Drogodependències, constituido por representantes de todos los grupos políticos municipales, con el objetivo de definir líneas de actuación a través del “Pla municipal d’acció sobre drogues” (Torralba et al., 2002:10). En el período previo, entre 1986 y 1988, la ciudad estaba provista de programas libres de drogas en tres centros de atención y seguimiento municipales (CAS)³⁴ y en seis de otras titularidades que estaban bajo la responsabilidad del área de Servicios Sociales (Manzanera et al., 2000:61). Estos centros se traspasaron al área de Salud Pública y se llevaron a cabo diversas estrategias de reducción de daños: en 1991 se pusieron en marcha los programas de mantenimiento con metadona (PMM) con la entrada en vigor de la normativa que lo posibilitaba³⁵ (Manzanera et al., 2000:60); a principios de 1990

³³ En Barcelona se pasó de 19 muertes por sobredosis en 1983 a 173 en 1989 y la mortalidad por sida ascendió de 4 defunciones en 1985 a 100 en 1989 (Brugal, 2005:24-26).

³⁴ Los CAS eran los de la Barceloneta, Sants y Sarrià.

³⁵ Orden de 20 de febrero de 1991, reguladora de los tratamientos que contempla el Real decreto 75/1990, de 19 de enero. Se determina que los PMM tienen que realizarse desde centros públicos y privados sin ánimo de lucro bajo una serie de criterios y la autorización de la Administración de Sanidad con el fin de regular los tratamientos y paliar el descontrol

se iniciaron las primeras experiencias de los programas de intercambio de jeringuillas (PIX) para reducir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis) por compartir material de consumo (Romero et al., 2005); y en 1991 se puso en marcha el programa de agentes de salud en Ciutat Vella que consistía en la presencia en la calle de educadores y exconsumidores para la toma de contacto de consumidores en activo para facilitarles material estéril y derivarlos a los CAS (Torralba et al., 2002:13).

Hacia el año 1992, Barcelona superaba las 1.200 plazas en PMM tras ampliar la oferta asistencial en varios dispositivos: se amplió el CAS de Sants, se incorporó el CAS de Nou Barris y el Bus de Metadona del Ajuntament de Barcelona (Institut Genus) y se inició el primer PMM intrapenitenciario del Estado español en el Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona (La Modelo) (Manzanera et al., 2000:61; Torralba et al., 2002: 12-13). Dos técnicos en drogodependencias, con responsabilidades en la ciudad, relataban los cambios que provocaron la puesta en marcha de estos programas:

«En el 90, en Barcelona ya se tuvo conciencia que la metadona era algo que se tenía que extender. Hubo mucha oposición de los profesionales que pensaban que no servía y mientras los usuarios se nos infectaban y se nos morían. El Ayuntamiento de Barcelona tomó una decisión muy importante, en la que todos los tratamientos de drogas que se pilotaban desde servicios sociales pasaban al área de salud. Hubo mucha oposición por parte de los médicos y yo era de esta formación. La metadona se introdujo y Barcelona hizo un despegue considerable. [...] Aparte, también el PIX crea resistencia pero empieza a principios de los 90. Teníamos el punto álgido de infección desde el 84 al 88 y empiezan los programas a ser útiles para prevenirlo a principios de los 90 hasta el 95 que se instauran del todo con 10 años de retraso. Esto implicó mucha mortalidad y mucha gente enferma infectados por VIH y hepatitis. Aplicamos medidas útiles, bien, pero muy tarde con mucho sufrimiento humano y muertes. También teníamos que el 70% de las personas presas estaban relacionadas con el consumo de drogas. El gran paso fue introducir la metadona en el 92 con muchas resistencias por parte de los funcionarios. Dio tranquilidad para todos pues no entraban con mono» (síndrome de abstinencia) (Técnico ASPCat).

(desviaciones y reiteraciones) del uso y prescripción del fármaco (Colom y Duro, 2009:259-262)

«Desde los 90, hubo un gran cambio porque empezaron a llegar esos usuarios que estaban fuera de la red a través de la metadona, aunque había usuarios normalizados. Se estabilizó todo el entorno social porque bajaron los delitos relacionados para conseguir dinero para las dosis. La población estaba mucho más controlada. Hubieron cambios arquitectónicos con la Olimpiada del 92, para poner la ciudad bonita y desplazar el tráfico a otros sitios. Apareció Can Tunis con este movimiento». (Técnico ASPB)

Las estrategias de reducción de daños, como los PMM y los PIX, se pusieron en marcha tarde y con serias dificultades burocráticas y por oposición de ciertos sectores profesionales. La regulación de los PMM y el paso de competencias de la atención a las drogodependencias de los Servicios sociales a Salud pública facilitaron el acceso de los usuarios al tratamiento. No obstante, la oferta desplegada no era eficaz para eliminar la presencia de consumidores en los espacios abiertos de consumo de drogas del centro de la ciudad, concretamente en el distrito de Ciutat Vella, zona que tendría la mayor afluencia de visitantes al evento olímpico. Para ello, se llevaron a cabo actuaciones policiales en este distrito con el objetivo de desplazar la venta y consumo de drogas a otras zonas. Estas actividades quedaron concentradas en el barrio de Can Tunis, situado en la falda de Montjuïc junto a la Ronda del Litoral, aunque en la periferia de la ciudad también se concentraron escenas de venta y consumo de drogas: Sant Cosme en el Prat de Llobregat, La Mina en Sant Adrià de Besòs, Sant Roc en Badalona, la Masia Espinós en Gavà, etc.

Tras las Olimpiadas de 1992 y con la vuelta de los drogodependientes al centro de la ciudad, se continuaron poniendo medidas para dar cobertura al problema del consumo de drogas. En 1993 se puso en marcha el SAPS de Creu Roja, servicio de atención nocturna situado en el barrio del Raval. En 1995, este centro permitió la distribución de 96.000 jeringuillas y 39.000 preservativos, teniendo contacto con más de 2.000 personas diferentes (Torralba et al., 2002:13). Además, entre 1995 y 1997 se extendieron los PIX en los barrios de Can Tunis, Zona Franca, Nou Barris, Bon Pastor y Besòs, llegando a 105 PIX en farmacias a mediados de 1995 (Manzanera et al., 2000:61). También se amplió la oferta de PMM, alcanzando las 2.400 plazas con la incorporación de nuevos CAS, farmacias y equipos móviles (Manzanera et al., 2000:61). Desde 1995 hasta 2003, Barcelona se mantuvo con más de 2.500 pacientes en PMM (Brugal, 2005:43).

Entre 1995 y 1996, los índices de mortalidad comenzaron a disminuir entre los consumidores de drogas por vía parenteral por diversas razones (Torralba et al., 2002:27-28). Desde los años 90 se produjo un cambio generacional que rechazaba el consumo de heroína por vía parenteral por sus graves consecuencias (infecciones y sobredosis), prefiriendo otros consumos en espacios de ocio, como el uso de éxtasis y cocaína (Martínez Oro y Pallarés, 2013:26). Sin embargo, en relación al consumo de heroína, concretamente en el área metropolitana de Barcelona ha proliferado más heroína “blanca” (clorhidrato), más apta para consumir por vía parenteral, produciéndose mayores consecuencias negativas que en otras zonas de España donde prolifera heroína “marrón” (base), más apta para consumir por vía pulmonar (De la Fuente, 2006:508).

En relación al VIH/SIDA, a mediados de los años 90 se instauraron las terapias antirretrovirales de alta actividad (TARGA), terapias de carácter paliativo que atenúan la actividad del VIH reduciendo su carga viral en los niveles plasmáticos del organismo. Esto conllevó una disminución de los contagios y una mayor esperanza de vida entre los afectados seduciéndoles a una mayor preocupación en el autocuidado. Se pasó de más de 300 detectados en 1994 a una disminución progresiva hasta alrededor de 100 casos en 1998 (Torralba et al., 2002:28).

En relación a los PMM, aumentó la demanda de inicio de tratamiento, disminuyendo la morbi-mortalidad entre los usuarios (Brugal, 2005:73) y las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, pasando de 1.350 casos en 1991 a 565 casos en 1998 (Torralba et al., 2002:27). En 1998 el perfil predominante de los 2.556 usuarios que iniciaban tratamiento era un 75% hombres, de edades comprendidas entre los 30 y 35 años, con 10 años de consumo y con varios intentos de tratamiento en dos terceras partes de los usuarios. El 27% había tenido episodios de sobredosis y una prevalencia del 28% de VIH. Referían un gasto semanal de 36.000 pesetas (sobre los 215 euros), obteniendo el dinero en un 32% de su trabajo y un 20% a través de la familia. El 71% refería haber estado detenido alguna vez. Los motivos de inicio de tratamiento eran por presión familiar (35%), problemas de salud (27%) y por problemas legales (7%) (Torralba et al., 2002:28).

Sin embargo, los cambios culturales condujeron a un aumento del consumo de cocaína y de sus problemas asociados. En el caso de los pacientes en PMM, también se produjo un aumento del consumo de cocaína. La razón es que muchos usuarios en PMM no abandonaban del todo el consumo por vía parenteral y comprobaban que la heroína no les producía los efectos esperados al interaccionar con la metadona, tomando como elección el uso de cocaína por vía parenteral con ciertos efectos positivos (véase apartado 8.2.1.). En un estudio sobre la extensión del consumo de cocaína en la ciudad de Barcelona (Díaz, Barruti y Doncel, 1992), se estimaba que, en la ciudad, había 35.000 consumidores de forma ocasional y 12.000 consumidores habituales. En 1999 el consumo de cocaína era la tercera causa de consulta para tratamiento, siendo 646 casos los que se trataban por primera vez por esta sustancia frente a los 627 por heroína (Torralba et al., 2002:29), y ya en 1997 los casos de urgencias eran mayores por cocaína que los de heroína (ASPB, 2006:31). Los barrios más afectados eran Ciutat Vella, Sants y Nou Barris (ASPB, 2006:32).

Ante estos datos, la ASPB se planteó mejorar los protocolos para la detección y el tratamiento de VIH y hepatitis B y C, aumentar las plazas de PMM, mejorar la coordinación entre la red de atención a las drogodependencias con la de salud mental y aumentar los talleres de venopunción, sobredosis y sexo seguro (Torralba et al. 2002:44-47). Las medidas tomadas en materia de reducción de daños en Barcelona surtieron unos efectos favorables en el conjunto de la ciudad: aumentó el número de usuarios en PMM, se redujeron las muertes por sobredosis y disminuyeron los contagios de enfermedades infecciosas. Sin embargo, estas estrategias no fueron suficientes para hacer frente a la situación del barrio Can Tunis, zona donde se concentró la mayor parte de consumidores de drogas no asistibles en procesos de exclusión social de la ciudad.

3.2. El Polígono Avillar Chavorros: de la utopía experimental a una real distopía (de los años 70 al 2000)

Can Tunis fue un barrio que estaba situado junto al puerto de Barcelona. Se acabó de construir en 1974, bajo el mandato del alcalde Joaquín Viola, para dar cobijo a las 4.000 personas, mayoritariamente de cultura gitana, que vivían en 450 barracas construidas en los años 40 en la falda de Montjuïc (Vivanco, 2001b). Este barrio estaba dividido en dos zonas, Can Tunis Vell (demolido en 1999), en la parte norte de la Ronda del Litoral, y Can Tunis Nou (demolido en 2004) en el sur, donde se situaba el Polígono experimental

Avillar Chavorros (“Venid, niños”, en lengua caló) (Vivanco, 2001b). Desde éste, durante sus primeros años, se apostó por la intervención pedagógica con una óptica de educación global. Esta supuso la escolarización de jóvenes gitanos del barrio en la escuela de secundaria Xaví-Xavó (“chico-chica”, en caló) dirigida por la maestra María Teresa Codina con el apoyo del líder vecinal y profesor Basilio González (Bisquerra, 1997:300-302; Madueño, 2000a). Este centro recibió el apoyo del alcalde sucesor de Viola, Josep María Socías (1976-1979) pero con la llegada de los alcaldes socialistas Narcís Serra (1979-1982) y Maragall (1982-1997), inmerso en la gestión de las Olimpiadas de 1992, el proyecto se diluyó con el barrio ya hundido en la venta y consumo de drogas (Vivanco, 2001b). Un técnico de drogodependencias explicaba las consecuencias del desplazamiento del consumo de drogas al barrio de Can Tunis:

«Estamos en el 92, en las olimpiadas, y hay un intento de limpiar Barcelona de forma pública. Barcelona concentraba la zona más turística con la zona más deprimida en El Raval, el Gótico, Barceloneta. Con Can Tunis se hizo una gran tolerancia. Era una zona apartada y los vecinos del centro ya no querían la imagen pública de los consumidores, no se quería tolerar y se trasladó la venta y el consumo donde no había nadie y ahí se concentró el 60-65% de todas las jeringuillas que dábamos en Cataluña. Can Tunis generó una bolsa de marginalidad,... no es lo mismo consumir en medio de la ciudad que en un descampado donde no hay nada ni agua, lleno de ratas que mordían a los pacientes que dormían allí. Iban muy sucios y con poca higiene». (Técnico ASPCat)

Can Tunis quedaba apartado del centro turístico de la ciudad de Barcelona, concentrando la mayor proporción de consumidores de toda Cataluña y aunque en este barrio se repartía el mayor número de jeringuillas, la atención sanitaria fue deficitaria. La concentración de consumidores se produjo por la facilidad de adquirir dosis por bajos precios y cierta permisividad del consumo de drogas en espacios abiertos. Hacia finales de los 90, los precios de las dosis en Can Tunis eran de 1.500, 2.000 ó 3.000 pesetas (9, 12 y 18 euros, respectivamente) (Marchena, 1999; De Orovio, 1999), además de hacerse ofertas por la compra de varias dosis, siendo este barrio el más adaptado al poder adquisitivo de los usuarios que en otros donde se vendían dosis a precios mínimos mayores. No obstante, en Can Tunis se produjeron diferentes actuaciones policiales contra los vendedores muchas veces relacionadas con otros barrios periféricos (La Mina en Sant Adrià de Besòs, Sant Roc en Badalona y Sant Cosme en el Prat de Llobregat) (La Vanguardia, 1992a; 1992:b; 1993).

En estas actuaciones se incautaban dosis de heroína, cocaína y hachís, armas, dinero y joyas, probablemente robadas por los consumidores, que eran utilizadas como moneda de cambio para la obtención de dosis de drogas (Marchena, 1997a; 1998; La Vanguardia, 1998a; 1998b). Sin embargo, las actuaciones policiales eran valoradas como insuficientes por las pocas cantidades incautadas y la presión policial no hacía más que trasladar temporalmente la venta a otras zonas como Vallvidrera, Ciutat Vella y Nou Barris (Marchena; 1997b). En aquel entonces, el cuerpo encargado de estas redadas a pequeña escala era la Policía Nacional, el grupo III, más conocido como “la pringue”, que a diferencia del grupo I, dedicado a operaciones e investigaciones a largo plazo, o el grupo II, colaboradores en redadas internacionales, su actividad se consideraba más peligrosa por tener que actuar contra vendedores a pequeña escala muchas veces armados³⁶ (Marchena, 1995). Además, las intervenciones policiales en los barrios de venta de drogas requerían gran ingenio para detener los sistemas de evacuación que utilizaban los vendedores para deshacerse de los alijos. Por ejemplo, entre octubre y diciembre de 1998, la policía tuvo sitiado Can Tunis con unidades de seguridad ciudadana, antidisturbios, “paisanos” con prismáticos, guías caninos y jinetes, conocidos como “los especiales” por los vecinos de este barrio, para controlar las estrategias de venta de drogas (Marchena, 1999; Peirón y Marchena, 1999). Se descubrió un sistema con múltiples figuras y sistemas para burlar las actuaciones policiales. Estaban los “aguadores”, encargados de dar aviso a los vendedores ante la presencia de extraños; los “guías”, encargados de conducir a los consumidores a las casas de venta (Marchena, 1999); los “punteros”, encargados de vender dosis fuera de las viviendas o por cuenta propia; y los “machacas”, encargados de preparar las dosis en bolsitas, vender fuera de las casas y mantener los espacios de venta organizados a cambio de droga y un espacio precario para poder descansar (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:690-691). Los sistemas de evacuación de las drogas consistían en tener grupos organizados en turnos para vigilar, tener conectadas las viviendas entre sí y quitar o cambiar los números de las calles para tener margen para actuar y esconder o desechar los alijos por los inodoros (Marchena, 1999). La policía actuaba en múltiples ocasiones llegando a tener reyertas con los vendedores y los consumidores. Por

³⁶ Por ejemplo, en la primera quincena de mayo de 1997, se produjeron 93 operaciones en Barcelona y alrededores, con 152 detenidos con decomisos de 18 kilos de hachís, 115 gramos de heroína, 11 kilos de cocaína, entre otras sustancias, además de 17 armas y 6 coches intervenidos (Marchena, 1997b).

ejemplo, en abril de 2013, Manolo, usuario del CAS Baluard que vivió la época de Can Tunis, me relató una de las tantas redadas vividas en este barrio: « En Can Tunis íbamos todos a pincharnos a las cañas y de repente empezó a llegar peña de Granada, Sevilla, Málaga. El caso es que allí iba gente de todos lados pero resultó que todo quisqui era policía. Allí habría unos 100 yonquis que eran maderos (Policía Nacional). Yo estaba con un pavo sevillano chutándome (inyectándome) un montón de tiempo, imagino que luego los ingresan y los sacan del tema...pues el *tío* estuvo conmigo un montón de veces hasta que un día que hubo una redada y el *tío* cogió y me puso la *pipa* en la cabeza y me detuvo, para *flipar*. Aquello salió en la tele y salió lo de las casas, fue cuando querían reventar aquello y luego fue el desalojo y dispersaron a las familias. Venía bien *pillar* familias para no darles nada. Total que yo salí en la tele».

Los consumidores sufrían la persecución policial en las diferentes entradas y salidas del barrio de Can Tunis. Éstos para llegar al barrio lo hacían con el ya desaparecido Bus 38³⁷. En las épocas de mayor presión policial se producían controles a la entrada del barrio para identificar a los usuarios que accedían a las casas de venta, realizándose detenciones de los visitantes que estuvieran en busca y captura (Marchena, 1999; Peirón y Marchena, 1999). Estos controles agravaban las condiciones de consumo de drogas de los visitantes al barrio que al acceder a él, buscaban la forma de poder salir de éste y/o consumir en un lugar apartado sin ser intervenidos por la policía. En consecuencia, muchos realizaban el consumo de heroína y/o cocaína por vía parenteral en condiciones de baja salubridad, reutilizando material de consumo con el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis), sufrir sobredosis y ataques por parte de otros consumidores. Dos usuarios de CAS Baluard explicaban los peligros de Can Tunis:

«Yo a Can Tunis no iba mucho porque era bastante peligroso. Sólo entrabas con alguien que lo conociera y así no pasaba nada. Yo no podía porque no conocía a nadie, me mataban o me hubieran robado toda la mercancía o me hubieran sacado todo el dinero o

³⁷ El Bus 38, conocido como el “yonquibus”, comenzó a circular en 1986 cubriendo la línea circular de Plaza Catalunya a Can Tunis de 5:30 a las 23:30. En 2000, dejó de ser una línea circular, desdoblándose en la línea 38 y 37, línea de Hospital Clínic a Zona, por motivos de seguridad para que sus viajeros no tuvieran que pasar necesariamente por Can Tunis para ir a la Zona Franca (Merigó, 2004). El 27 de junio del 2006 comenzó a funcionar la línea 21, sustituyendo a la línea 38 (20 Minutos, 2006).

me hubieran apedreado el coche. Can Tunis era muy peligroso y lo más *desto* era ir a la Zona Franca». (Dave, Barcelona)

«Recuerdo una vez que me paró la policía “¿y esto qué es?” “pues agente, como usted comprenderá, vengo a quitarme el mono”, me pidió los datos y me dejó pasar. Luego me pasó que me dejaron tirada de sobredosis. Eso pasaba mucho en Can Tunis que en vez de llamar a la ambulancia para asistirte, primero te robaban y después llamaban. Iban locos que alguien se quedara de sobredosis para robarle». (Vanesa, Barcelona)

Ante los problemas detectados en Can Tunis, las administraciones responsables pusieron en marcha una serie de medidas. En 1994, Àmbit Prevenció, con la provisión de fondos de la Agència de Salut Pública de Barcelona, puso en marcha un punto de intercambio de jeringuillas (PIX) de lunes a viernes durante tres horas matinales. Más tarde se añadieron las tardes de los sábados con la financiación de la Diputació de Barcelona. Por su lado, Médicos sin Fronteras, con la provisión de la Generalitat de Catalunya, prestaba el mismo servicio que Àmbit Prevenció por las tardes de lunes a viernes, durante dos horas diarias. Ambos servicios se mantuvieron en marcha hasta 2001. Además, entre 2000 y 2001 se sumó de forma voluntaria la asociación de usuarios y profesionales ASUT (Asociación Somos Útiles) para realizar el mismo servicio los domingos y festivos, consiguiendo recuperar más jeringuillas que los kits que dispensaba (Ilundain, 2004: 107).

Mientras, hacia finales de 1999, en Madrid ya se había anunciado la apertura del dispositivo asistencial de venopunción (DAVE) en el poblado chabolista de Las Barranquillas para el primer trimestre del 2000 (Novo, 1999). Este dispositivo se proyectó con 10 cabinas para el consumo por vía parenteral, un laboratorio para el análisis cualitativo de las sustancias a petición del usuario y una atención sanitaria con un médico, tres enfermeras y seis auxiliares (Buchholz, 2000). Esta decisión generó diferencias en la Comunidad de Madrid, gobernada por el Partido Popular. Por un lado, el presidente de dicha Comunidad, Alberto Ruiz-Gallardón (PP), daba pleno apoyo al proyecto con el asesoramiento del director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad, José Cabrera. Por el otro, tanto el alcalde de Madrid, José María Álvarez del Manzano (PP) como el presidente del Gobierno, José María Aznar (PP) cuestionaban la necesidad del proyecto (Novo, 1999; Vivanco, 2000a). No obstante,

Ruiz-Gallardón inauguraba el dispositivo el 1 de mayo de 2000 tras la compra de un terreno a unos 500 metros de las chabolas de venta (La Vanguardia, 2000c).

Mientras Madrid resolvía la puesta en marcha de estos dispositivos a través del consenso político, en Barcelona, José Cuervo, responsable de la ASPB, explicaba que este tipo de proyectos debían equilibrarse entre los criterios científicos y la aceptación social (Novo y Salvador, 1999). De este modo, la ciudad de Barcelona entraba en el debate de poner en marcha este tipo de dispositivo en el barrio de Can Tunis a la espera de valorar el impacto del DAVE de Madrid. El 18 de febrero de 2000, el Grup Polític de Drogues Barcelona anunciaba poner en marcha un centro abierto las 24 horas en Can Tunis que consistía en unos barracones prefabricados con sala de consumo higiénico (SCH), atención de enfermedades infectocontagiosas, prescripción de metadona y con literas para descansar y una vez se produjera el cambio de ubicación de los consumidores se trasladaría de lugar (Salvador, 2000)³⁸. Al día siguiente, la Asociación de Vecinos del Port mostró su negativa a la instalación de este tipo de dispositivo en el barrio exigiendo una reunión con la Guardia Urbana (La Vanguardia, 2000a), reunión que fue cancelada por la baja afluencia de vecinos (La Vanguardia, 2000b). Las dudas en el Grup Polític de Drogues, encabezado por la teniente alcalde Imma Mayol (IC-V), la oposición vecinal, el proyecto de la desaparición del barrio de Can Tunis y el realojo de los vecinos durante 2000-2001³⁹, condujo a la concejalía de Sants-Montjuïc, comandada por Pere Alcober, a anunciar que no habría SCH en Can Tunis (Cia, 2000a:[1]; Vivanco, 2000a). La negativa de instalar la SCH provocó una controversia entre los diversos agentes sociales implicados. Desde el Pla de Drogues de la Generalitat, su responsable Joan Colom mostraba su decepción ante la renuncia del ayuntamiento (Vivanco, 2000b) y los profesionales de Médicos Sin Fronteras acusaban que el abandono de los consumidores de Can Tunis por parte de la Administración

³⁸ Finalmente este proyecto no se llevó a cabo pero el encargo quedó en manos de Creu Roja de Barcelona para diseñar este tipo de “Centro integral”. Actualmente, la apertura de este proyecto es una incógnita y aún no se ha resuelto la fecha ni la ubicación del dispositivo.

³⁹ El desalojo del barrio de Can Tunis para ceder los terrenos para la ampliación del puerto estaba anunciada desde mediados de los años 90, sin embargo quedó como tarea pendiente del Ayuntamiento de Barcelona durante años. Finalmente, el barrio se derribó a principios de 2004 tras largas protestas y negociaciones con los vecinos del barrio. Para una mayor documentación véase el documental Can Tunis (2007) de José González Morandi y Paco Toledo donde se relata la gestión del desalojo en paralelo con la situación de exclusión social de los consumidores y vecinos de este barrio.

estaba motivado por razones políticas (Madueño, 2000b; Vivanco, 2000d). Desde el Ayuntamiento, el alcalde Joan Clos ratificaba que no estaba proyectada la apertura de la SCH de Can Tunis, apoyado por el concejal Pere Alcober (Sants-Montjuïc) que afirmaba que con el cierre del barrio se solucionaba el problema, lo que generó que Imma Mayol desmintiera que el proyecto existiera produciéndose diferencias entre los partidos políticos municipales (Cia, 2000b:[1]; Vivanco, 2000c).

El proyecto quedó aplazado mientras Madrid puso en marcha el DAVE en mayo del 2000. En los primeros seis meses se evaluó positivamente el dispositivo madrileño (adherencia en el seguimiento de los usuarios, solicitud de información para tratamientos de metadona, etc.). Esta valoración positiva llevó a plantear la ampliación de la atención a 24 horas diarias para aumentar la cobertura de los usuarios (Novo, 2000; López, 2000).

En este período, Can Tunis fue el barrio de Cataluña que presentó mayores problemas entre los consumidores de drogas que corrían un alto riesgo de sufrir sobredosis fatales, enfermedades infectocontagiosas, violencia y presión policial en condiciones de extrema marginalidad. Ante esta situación, los profesionales y técnicos de drogodependencias ejercieron presión para llevar a cabo la puesta en marcha de la primera SCH de Barcelona.

3.3. Can Tunis, zona de pruebas para la primera sala de consumo higiénico de Barcelona (2001 – 2004)

En abril de 2001 se retomaron las negociaciones para el realojo de los vecinos de Can Tunis Nou con el fin de ceder el terreno a la ampliación del Puerto de Barcelona. Entre los vecinos, la empresa encargada de la gestión y los políticos responsables se generaron diferencias por diferentes motivos: desacuerdos de los vecinos en recibir dinero a cambio de sus casas, pues era preferible recibir otra vivienda (Cia, 2001:[1]; Vivanco, 2001a)⁴⁰; desacuerdos en la distribución del lugar de realojo de los vecinos, pues el objetivo de la gestora de las viviendas era evitar una concentración similar a la de Can

⁴⁰ Entre los vecinos también existían desigualdades en la calidad de las viviendas. Por un lado había barracones de 30 metros cuadrados, conocidos como los “cuartillos” en los que vivían familias hacinadas en contraste con dúplex de 200 metros, de cuatro habitaciones y bien equipadas (Padilla, 2001:[2]).

Tunis (Peirón y Marchena; 2001); desacuerdos del Ayuntamiento de Barberà del Vallés al realojar a cuatro familias en unos bloques de su municipio que se proyectaban demoler en un año (Arenós, 2001); y los intereses de los vendedores de drogas del barrio para alargar la permanencia del “negocio” (Peirón y Marchena; 2001). Estas negociaciones y las demoliciones de forma escalonada se extendieron hasta principios de 2004. Mientras, el barrio de Can Tunis continuaba con su rutina diaria de venta y consumo de drogas.

En junio de 2001 la gestión del Programa de Reducción de Daños de Can Tunis pasó a la Associació benestar i desenvolupament (ABD), sustituyendo a la entidad Àmbit Previsió debido a ciertas carencias de acreditación como empresa de esta asociación (Ilundain, 2004:107). La atención se extendió a todos los días del año de 9 a 15 h. Al principio, se trataba de un camión furgoneta, que antes había sido utilizado como Bus de Metadona del Ajuntament de Barcelona (gestionado por Institut Genus), para realizar el PIX y dar atención sanitaria básica y de una furgoneta lanzadera que servía para traer materiales y personas al dispositivo (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:700; Ilundain, 2004:108). En mayo del 2001, varios profesionales del programa visitaron el DAVE de Madrid y con el empeño de Manel Anoro, médico de Can Tunis, decidieron impulsar la puesta en marcha de una SCH en este barrio (Ilundain y Márkez, 2005:292). Este espacio de venopunción asistida (EVA) se instaló en septiembre de 2001. Consistía en una carpa desmontable de unos 9 metros cuadrados en la que cabían 3 personas. Esta se valoraba que era difícil de gestionar por las “invasiones”, trapicheos y molestias entre los usuarios (Anoro et al. 2003:284; Ilundain y Márkez, 2005:292). Hacia mediados de noviembre del mismo año, la entidad responsable consiguió un autobús que se habilitó como dispensario con una enfermería, PIX y almacén, destinando el camión furgoneta para llevar a cabo el EVA (Anoro et al., 2003:284). El nuevo espacio se puso en marcha a principios de 2002 con cinco plazas con mesas pequeñas y disponía de dos salidas por la parte trasera y una entrada por la que el profesional recibía a los usuarios para tomar los datos y dispensar el material higiénico (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:701). Las normas básicas del espacio consistían en no usar la violencia, no trapichear, no molestar a otros usuarios, no caminar por dentro del espacio mientras se inyectaban las sustancias y no fumar tabaco u otras sustancias. Se sancionaba a los usuarios que no cumplieran las normas y con el tiempo éstas se fueron consensuando conjuntamente entre usuarios y profesionales (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:701).

Profesionales que estuvieron implicados en los centros de reducción de daños de Barcelona aprobaban la valentía de la puesta en marcha de la SCH de Can Tunis aunque con cierta valoración negativa a lo que allí sucedía:

«Can Tunis al estar apartado permitió actuaciones atrevidas. Los profesionales de allí al ver las sobredosis que se producían y que daban las jeringuillas y se pinchaban a cuatro metros de ellos, propusieron poner una carpa provisional para atender el consumo. Primero una carpa para que no diera el sol y luego una mesas con sillas y así se creó la primera sala de consumo». (Técnico ASPCat)

«Lo de Can Tunis se tendría que haber evitado. Eso no tendría que haber existido. ¿Cómo se pudo permitir metros y metros de campo de gente consumiendo ahí? Estaba lleno de jeringuillas en el suelo corriendo el riesgo de infección. Eso fue denigrante. Yo creo que se tendría que haber intervenido. ¿Se tenía que dismantelar? pues claro... Ya estando en el SAPS venían usuarios a traer jeringuillas que se dedicaban a recogerlas allí. Se montó la tienda de campaña y el bus, empujado por los profesionales, y bastante que se permitió pero, claro, fue porque estaba allí el problema». (Profesional Baluard)

La situación del barrio, apartado de la ciudad, y las graves consecuencias para la salud que sufrían los consumidores que acudían a diario, facilitó que la puesta en marcha de la SCH se tomara sin demasiadas reticencias. Sin embargo, esta decisión no evitaría la perpetuación de los problemas sanitarios y sociales de los usuarios del programa.

El perfil de los usuarios del EVA del Programa de Can Tunis era: hombres (82,4%), menores de 31 años (media), de procedencia española en un 67%, seguido de europeos comunitarios en un 14,5%, 9% europeos no comunitarios, 8% magrebíes; 1,7% africanos y latinoamericanos. A nivel serológico, la prevalencia era de 31% VIH, 22% VHB, 70% VHC y 15% sin infecciones. Además, entre el 55% y el 60 % de los usuarios no tenía vivienda y el 70% no tenía tarjeta sanitaria (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:690-694). En cuanto a la asistencia sanitaria, el 50% de los usuarios padecía problemas de salud relacionados con el estilo de vida precario y las actividades para conseguir drogas, siendo el 40% de de los problemas atendidos relacionados con la práctica de inyección no higiénica (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:694; Ilundain, 2004:111). Desde el PIX se dispensaban 2.000 jeringas diarias con 200 visitantes, recuperando el 90% de las jeringas distribuidas (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:

695)⁴¹. Además, Can Tunis era la zona que registraba más muertes por sobredosis del conjunto del Estado español (Anoro et al., 2003:285). Entre enero 2001 y marzo 2003 se asistieron 377 casos de sobredosis, entre las cuales el 12,5% representaban reacciones adversas a la cocaína que, día a día, fueron aumentando (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:695) y gracias al refuerzo del programa de reducción de daños de Can Tunis, en 2001 hubo un descenso del 34% en mortalidad por sobredosis en Cataluña (Anoro et al., 2003:283).

En mayo de 2003 se celebraron las elecciones municipales y desde principios de ese año los representantes de las diferentes formaciones políticas utilizaron Can Tunis como herramienta de campaña electoral en contra del PSC de Joan Clos⁴². Desde la oposición, Jordi Portabella (ERC) (Vivanco, 2003), Alberto Fernández (PP) (Castells, 2003) y Xavier Trias (CiU) (Suñé, 2003a) simbolizaban la línea 38 del Bus de la TMB (el “yonquibus”) como la cadena de unión de la pesada decadencia de Can Tunis a la ciudad de Barcelona, prometiendo medidas resolutivas al problema de drogas de este barrio y al realojo de sus vecinos. Superada la reelección de Joan Clos, Imma Moraleda (PSC), concejala de Sants-Montjuïc, respondía molesta a Trias por vulnerar el pacto entre partidos en materia de drogodependencias y utilizar Can Tunis para hacer campaña electoral (Suñé, 2003b). La quiebra del pacto provocó consecuencias negativas en las negociaciones posteriores para la puesta en marcha de SCH en la ciudad de Barcelona.

La demolición final del barrio de Can Tunis fue anunciada para principios de 2004 (Escur, 2003). Dio lugar a cierres momentáneos en la venta de drogas entre octubre y noviembre de 2003 que avecinaban los problemas que generaría la dispersión de los consumidores hacia otros barrios de venta de drogas desprovistos de servicios de atención sociosanitaria. Además, el Ayuntamiento no reforzó suficientemente los dispositivos de atención a los consumidores de drogas que acudían a Can Tunis. Joan Clos y su grupo político (PSC) estaban inmersos plenamente en los preparativos del

⁴¹ En Can Tunis se repartían 700.000 jeringas al año, lo que suponía un 70% del total dispensadas en toda Cataluña (Padilla, 2004:[4]).

⁴² Joan Clos sustituyó a Joan Maragall en septiembre de 1997, fue elegido en las municipales del 1999 y reelegido en mayo de 2003.

“Fòrum Universal de les Cultures”⁴³ para el verano de 2004. El único refuerzo realizado, hacia finales de 2003, fue la apertura de un espacio de venopunción asistida (EVA) para dos plazas en el SAPS de Creu Roja en octubre de 2003. Este centro nocturno de reducción de daños, situado en el barrio del Raval (centro de Barcelona), abierto desde 1993, instaló el EVA en un antiguo almacén en condiciones muy precarias (Clua, 2011; Fuertes, Kistmacher, Díaz, 2008). Durante el año 2004 esta SCH atendió 3.196 consumos, de los cuales 543 fueron de heroína (17%) 1.981 de cocaína (62%) y 672 de mezcla (*speedball*) (21%), y también 14 sobredosis (Adán et al., 2010:8-9).

Con Can Tunis ya demolido, se reabrieron y potenciaron varios puntos de venta de drogas en los barrios de Ciutat Vella y Nou Barris. En consecuencia, en Ciutat Vella los vecinos y comerciantes reclamaban una mayor presencia policial para hacer frente a los robos y al menudeo de drogas y una mayor intervención social por parte de educadores de calle (Peirón, 2004). En Nou Barris, durante el mes de septiembre de 2004, se iniciaron quejas vecinales en el barrio de Porta. El aumento del consumo de drogas en este barrio se hacía evidente: muchos de los traficantes del barrio de Can Tunis se instalaron en diferentes bloques de pisos para continuar vendiendo drogas y en La Mina se había incrementado la presión policial por su proximidad al “Fòrum de les Cultures” desplazando a la mayoría de consumidores a este barrio. Por ejemplo, durante el mes de abril de 2004 una farmacia del barrio de Porta distribuyó 6.000 jeringuillas, las mismas que en todo el año 2000 y aumentaba la presencia de consumidores en espacios públicos de barrio (Gamundi, 2004:[6]; Sierra, 2004a).

En junio de 2004 se hizo público el “Manifiesto de Can Tunis”, plataforma de profesionales, usuarios, académicos y entidades dedicadas a la atención de drogodependientes que protestaban por la crisis generada por el derribo de Can Tunis y la precariedad en la provisión de servicios de atención a los consumidores por parte del Ayuntamiento de Barcelona⁴⁴. En este manifiesto se denunciaba una falta de provisión

⁴³ El “Fórum Universal de las Culturas 2004” consistió en un evento donde se realizaron exposiciones, espectáculos y congresos relacionados con el desarrollo sostenible, las condiciones para la paz y la diversidad cultural a lo largo de 5 meses. Este evento se ubicó en el recinto de Diagonal Mar, hoy en día convertido en un espacio para festivales de música y otros eventos de carácter cultural.

⁴⁴ Véase el Manifiesto de Can Tunis. Disponible en:
<http://barcelona.indymedia.org/newswire/display/99155/index.php>

par cubrir las necesidades de los usuarios en los centros de salud, la fuerte presión policial sobre los drogodependientes en contraste con la impunidad hacia los traficantes y el desplazamiento de los consumidores hacia áreas de consumo como La Mina (Sant Adrià de Besòs), Sant Cosme (El Prat de Llobregat), Raval, etc. Además, se criticaba el desbordamiento de las listas de espera para tratamiento en centros de dispensación de metadona, programas libres de drogas, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, etc., y la falta de un “Pla d’actuació de les drogodependències” efectivo para hacer frente a esta situación de crisis, así como de una ocultación del proceso a los medios de comunicación y la ciudadanía general, invisibilizando a la población drogodependiente y las estrategias y programas sociosanitarios específicos.

Este colectivo se reunía en la sede del Grup Igia para diseñar diferentes acciones dirigidas a sensibilizar a los técnicos municipales responsables de la atención a las drogodependencias. Se tomaron varias medidas de emergencia en los meses de mayo y junio de 2004. En primer lugar, se reforzó la zona de Can Tunis para dar atención a un grupo de usuarios que aún vagaba por la zona. En segundo lugar, se reinstauró una unidad móvil con dos plazas de consumo (Vecino et al., 2013:335) y se puso en marcha un protocolo para el inicio de los usuarios en un PMM de bajo umbral (ASPB, 2004). Desde los recursos de reducción de daños de la ciudad (SAPS, Àmbit Prevenció, etc.) se derivaba al Bus de Can Tunis, responsable de prescribir y dispensar la metadona, y a continuación, al cabo de 3 ó 4 semanas, se les derivaba a la unidad móvil de dispensación de metadona del Ayuntamiento de Barcelona con parada especial en el centro de Barcelona, junto al Hospital de Pere Camps, y a su vez se derivaban a los CAS de la ciudad. También se reforzaron los PIX en farmacias, CAP y CAS.

Además, durante el verano de 2004, se abrió el centro de reducción de daños “El Local” de La Mina de Sant Adrià de Besòs con dos plazas de consumo por vía parenteral (Ilundain y Márquez, 2005: 293). A diferencia de la ciudad de Barcelona, que actuó ocultando a la ciudadanía y los medios de comunicación las diferentes acciones emprendidas (Ilundain, 2004:114; Ilundain y Márquez, 2005:293), la puesta en marcha de la SCH de La Mina formó parte de un plan de transformación global del barrio diseñado desde la mesa de participación municipal. En ésta participó el CAS Extracta de La Mina (abierto desde 1992), el Taller de integración laboral para drogodependientes y

ex- drogodependientes del barrio (SITUA'T), la policía local y autonómica, el CAP de La Mina, el Ayuntamiento, el consorcio del barrio, las asociaciones de vecinos y la Generalitat de Catalunya (Vega, 2007:207-210).

Las acciones emprendidas en Barcelona no fueron suficientes y se intensificaron las protestas vecinales en el barrio de Porta. El concejal de Nou Barris, José Cuervo (PSC), se opuso a que se continuara realizando el PIX en la farmacia del barrio (Farmacia Lucena) bajo el argumento que instaurar estas acciones junto a la zona de venta de drogas podía consolidar el territorio, siendo preferible aumentar la presión policial, los servicios de limpieza y el número de educadores para realizar el intercambio de jeringuillas directo con los consumidores y promover la derivación de éstos a centros de salud (Sierra, 2004a). En octubre de 2004 la farmacia del barrio de Porta dejó de dispensar jeringuillas, se instauró una unidad móvil con dos personas para realizar el programa (conocido como VIPS Nou Barris) y se reforzó la presencia policial (La Vanguardia, 2004a). Paralelamente, Imma Mayol (IC-V), teniente alcalde y presidenta de la Agència de Salut Pública de Barcelona, anunciaba la apertura de dos SCH a la mayor brevedad y que presumiblemente se proyectaba poner en marcha en Ciutat Vella y Nou Barris (Ricart y Sierra, 2004). La fuerte presión policial en el barrio de Porta dispersó la venta y los consumidores a otros barrios cercanos (Guineueta, Turó de la Peira, Prosperitat o Verdum) (La Vanguardia, 2004b), dejando aparcada la instalación de la SCH en este barrio.

Finalmente, el 11 diciembre de 2004 se trasladó el equipo de Can Tunis a un nuevo centro, la Sala Baluard, centro de acogida con seis plazas para el consumo por vía parenteral, próximo al SAPS de Creu Roja (Vecino et al., 2013:335). Este consistía en un local de 60 metros cuadrados para dar atención sanitaria básica, servicio de higiene y alimentación, asesoramiento y seguimiento a las drogodependencias con un PMM de bajo umbral, en la línea del protocolo iniciado en Can Tunis, y trabajo de calle con educadores sociales y agentes de salud (Sierra, 2004c). La ubicación de este centro se anunció apenas a 4 días de su apertura, además de hacerse pública por primera vez la existencia de la SCH del SAPS (Sierra, 2004c). La noticia generó temor en los vecinos y comerciantes y éstos comenzaron a recoger firmas y repartir escritos en los comercios en contra de la existencia de “narcosalas” (SCH) en la zona (Sierra, 2004e). Al cierre

del año quedaba pendiente la cuestión de la SCH en el barrio de Porta y la ubicación de un albergue para drogodependientes, proyectado desde el año 2000 (Sierra, 2004d).

Mientras el problema de Can Tunis finalizaba y se trasladaba a otros barrios, en el balance del conjunto de la ciudad de Barcelona en 2004, se estimaba que el número de consumidores de cocaína (más de 13.000 usuarios) doblaba a los de heroína (más de 7.000 usuarios), habiendo más de 1.800 usuarios de cocaína en tratamiento frente a los más de 4.000 de heroína (ASPB, 2006: 25). Además, se estimaba una bajada del consumo de heroína por vía parenteral, pasando de un 70% en 1991 a 40% en 2004, seguido de la vía pulmonar en un 30% y la vía nasal en un 20%. La cocaína desde 1991 hasta 2004 no experimentó demasiados cambios, siendo la vía de consumo preferente la nasal, alrededor del 70% (ASPB, 2006:36). Además, se registraba un 55% de urgencias por el consumo de cocaína (ASPB, 2006:37). En 2004 los inicios de tratamiento por heroína y cocaína se localizaban mayormente en los distritos de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc y Nou Barris (ASPB, 2006:32). Ante el problema del consumo de drogas en ambientes de exclusión social, la planificación de la ASPB se inclinaba por evitar los núcleos de marginación, reordenar las SCH de la ciudad, potenciar la figura del agente de salud como mediador intercultural y mejorar la coordinación de los sectores implicados en la atención del consumo de drogas (ASPB, 2006:44-45). Entre las actuaciones específicas para los consumidores en activo se proponía potenciar las actuaciones para los cambios de hábitos, promover más recursos de reducción de daños y el trabajo conjunto con asociaciones de usuarios (ASPB, 2006:49-50).

En esta etapa, el derribo del barrio de Can Tunis generó la dispersión de los consumidores de drogas por diferentes barrios de la ciudad de Barcelona. Este hecho evidenció la ineficacia de la previsión de servicios asistenciales para este tipo de consumidores, generando una situación de alarma que conllevó la búsqueda de medidas rápidas al malestar en los vecindarios donde se desplazó la venta y consumo de drogas. La situación se convirtió en incontrolable y produjo quejas vecinales, presión policial en los barrios donde se intensificó el consumo de drogas, así como una fuerte organización por parte de los técnicos para reducir estos conflictos.

3.4. La diáspora de los usuarios, conflictos vecinales, actuaciones policiales y nuevas salas de consumo higiénico (2005- 2009)

La presión policial en Nou Barris continuó desplazando la venta de drogas y a los consumidores por los diferentes barrios del distrito. Uno de ellos fue el barrio del Pont del Dragó donde, hacia finales de abril de 2005, los vecinos presentaron quejas en contra de la venta de drogas. De nuevo, José Cuervo (PSC), concejal del distrito, promovió la presión policial para desplazar la venta de drogas y se aceleraron los derribos de dos bloques en proceso de desahucio donde se instalaban los vendedores de drogas (Sierra, 2005a; 2005b). A su vez, se anunciaban dos nuevas SCH: el CAS de Vall Hebron y la unidad móvil de Zona Franca (Costa, 2005a:[2]; Suñé, 2005a). A finales de abril de 2005, se puso en marcha la unidad móvil de Zona Franca con tres plazas para la venopunción asistida, de lunes a viernes en horario de 18 a 22 h., muy cerca de una de las paradas de la unidad móvil de dispensación de metadona del Ayuntamiento de Barcelona (gestionado por Institut Genus) en funcionamiento desde 1992, próxima a los bloques de venta de drogas del barrio Eduard Aunós, conocido como las Casas Baratas de la Zona Franca. El dispositivo no causó quejas en los vecinos del barrio al situarse en un lugar alejado de la zona comercial y de la actividad de la venta de drogas.

Sin embargo, el CAS Vall Hebron, centro que se instaló en los jardines del hospital universitario y que consistía en una nave prefabricada de 120 metros cuadrados con un espacio de venopunción asistida de 3 plazas de unos 20 metros cuadrados, una zona de reposo, consultas y dispensario de metadona, no tuvo el mismo recibimiento. Antes de su apertura, el 22 de junio de 2005, se produjeron movilizaciones vecinales y destrozos del pabellón⁴⁵ acompañadas de retenciones de tráfico en la Ronda de Dalt (El País, 2005a:[1]; Sanz, 2005a; La Vanguardia, 2005a). Las asociaciones de vecinos basaban sus quejas en que con la puesta en marcha del dispositivo trasladaba el problema surgido en el barrio de Porta a Horta-Guinardó, atrayendo a traficantes y drogodependientes. La teniente alcalde y presidenta de la ASPB, Imma Mayol, se ofreció a un diálogo entre los vecinos, técnicos y miembros del Ayuntamiento para aclarar dudas sobre el proyecto que fue rechazado por la vecindad (El Periódico, 2005).

⁴⁵ Los destrozos causados en dos de las manifestaciones de los miércoles previas a la apertura del CAS Vall Hebron ascendieron a más de más de 23.000 euros (Ollés, 2005).

Además, el Síndic de Greuges se pronunciaba a favor de la instalación de este dispositivo pero reprochaba al Ayuntamiento la poca difusión e información del centro a la ciudadanía (Blanchar, 2005:[1 y 9]). El 27 de julio se presentó en los medios de comunicación y los vecinos volvieron a protestar en contra del dispositivo (Costa, 2005b:[4]; Sierra, 2005c).

Desde el 22 de julio de 2005 hasta finales de abril de 2006 se produjeron quejas vecinales semanales acompañadas de cortes de tráfico en la Ronda de Dalt, acoso a los profesionales, actos vandálicos al centro y enfrentamientos con los Mossos d'Esquadra, Policía Nacional y la Guardia Urbana, además de denuncias para provocar el cierre del dispositivo. La primera denuncia se emitió al día siguiente de la apertura del CAS desde la plataforma "No a la narcosala" compuesta por diferentes asociaciones del distrito⁴⁶. En ésta se argumentaba que el centro no tenía autorización de funcionamiento como establecimiento sanitario y que carecía de licencia de obras (Sierra, 2005d). No obstante, el juez denegó el recurso por no existir urgencia de cierre del CAS Vall Hebron y expresaba que las medidas judiciales se deberían haber tomado antes de la construcción del dispositivo (Sierra, 2005e). Por otro lado, la Federación de Asociaciones de Vecinos de Barcelona (FAVB) se mostraba contraria a las denuncias de la plataforma "No a la narcosala" y a favor del plan del Ayuntamiento, recomendando la puesta en marcha de estos dispositivos en cada distrito (Sanz y Ollés, 2005). Para mejorar el ambiente, la FAVB organizaba para principios de octubre de 2005 una jornada de debate con el Grup Igia, profesionales del CAS de Vall Hebron y Sala Baluard, y los responsables de asociaciones de usuarios y vecinos (Albiñana, 2005:[7]; Sanz, 2005c)⁴⁷.

⁴⁶ Los vecinos contrarios al dispositivo formaron la plataforma "No a la narcosala" donde participaban las asociaciones de vecinos de Montbau, Sant Genís, Parc de Vall d'Hebron y Penitents-Taxonera (Sierra, 2005d). En cambio, las asociaciones de vecinos de Joan Maragall, Baix Guinardó, Font d'en Fargas, Horta y La Clota y representantes de vecinos del distrito de Horta-Guinardó dieron su apoyo a este dispositivo (Sanz, 2005b). Sin embargo, la asociación de Horta matizaba que la SCH debía enmarcarse en un plan general de toda la ciudad y que era preciso cambiar la legislación para permitir suministrar la droga ("heroína") desde los centros especializados (Sierra, 2005e).

⁴⁷ Véase el documento visual "Nimby. Conflictos de implantación" (Grup Igia) que analiza el fenómeno "Not in my backyard" (no en mi patio trasero, o en su versión española, no en la puerta de mi casa) donde aparecen extractos de esta reunión. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ThFoRawNk_Q (Parte 1) y <https://www.youtube.com/watch?v=SCjhFhSVoiw> (Parte 2). Este documento formaba parte del proyecto Cometa del Grup Igia, llevado a cabo entre 2002 y 2008, desde el que se analizaba la

Sin embargo, hacia principios de septiembre de 2005 ya se sumaban 12 manifestaciones contra el CAS Vall Hebron, produciéndose enfrentamientos entre vecinos y policía, cortes del tráfico en la Ronda de Dalt e increpación a los profesionales y los pocos usuarios que accedían al centro⁴⁸. Ante esta situación, Imma Mayol anunciaba estudiar mecanismos legales para ahuyentar a los vecinos del acceso del CAS (Angulo, 2005). Hacia mediados de noviembre se abrieron cuatro expedientes a los dirigentes de las asociaciones de la Plataforma “No a la narcosala” con sanciones traducidas en multas de entre 13.000 y 30.000 euros (El País, 2005b:[2]; La Vanguardia, 2005b). A su vez, la consellera de Interior, Montserrat Tura, anunciaba que los Mossos d’Esquadra no iban a permitir más cortes del tráfico en la Ronda de Dalt y el Síndic de Greuges volvía a pronunciarse a favor de estos dispositivos y la necesidad de distribuirlos de forma equitativa y equilibrada por todos los distritos. Por otro lado, Xavier Trias (CiU) y Alberto Fernández (PP) se manifestaban contrarios a este plan (La Vanguardia, 2005c). Continuaron las quejas pero se dejaron de producir cortes de tráfico en la Ronda de Dalt y hacia finales de noviembre de 2005, Imma Mayol y Antoni Plasència, director general de Salut Pública de Catalunya, anunciaban el traslado del CAS Vall Hebron a un edificio del área de Salud Mental de la ciudad sanitaria (ASPB, 2006:66; Sanz, 2005e; Sierra, 2005h). No obstante, la plataforma de vecinos “No a la narcosala” se oponía a esta nueva medida y pedía el cierre temporal del centro (García, 2006:[1]). Finalmente, tras las 44 manifestaciones de cada miércoles desde junio de 2005, el 3 de abril de 2006 el CAS Vall Hebrón se trasladó a un edificio adjunto del hospital⁴⁹ de 300 metros cuadrados (Sierra, 2006), lo que condujo en los siguientes días al cese de las protestas vecinales de forma gradual. En valoración global, desde su apertura hasta noviembre de 2005, el CAS Vall Hebron sólo había atendido a 75 personas de las cuáles el 75% eran del barrio y sólo un 25% había hecho uso del espacio para el consumo por vía parenteral (García, 2005:[3]).

implantación no-conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Véase Sepúlveda, Báez y Montenegro (2009) y Grup Igia (2010).

⁴⁸ Para evitar las increpaciones a los profesionales y usuarios, se modificó la puerta de acceso al CAS Vall Hebron que había desde la calle, situándola desde dentro del recinto sanitario (Sanz, 2005b).

⁴⁹ El alcalde de Barcelona, Joan Clos, se mostró a favor de integrar las SCH en los centros hospitalarios como el de Vall Hebron (EFE, 2005:[1]).

La ciudad de Barcelona tenía otros frentes abiertos en Nou Barris y Ciutat Vella. En Nou Barris tras las quejas vecinales de abril de 2005 en el Pont del Dragó, la presión policial se intensificó y se creó una comisión de seguimiento entre vecinos, representantes de la Guardia Urbana y del distrito para trabajar conjuntamente con el objetivo de eliminar la venta de drogas en el barrio. Tras tres meses de trabajo esta comisión dejó de reunirse y a principios de noviembre de 2005, con el CAS de Vall Hebron abierto desde finales de julio, la asociación de vecinos reclamaba instalar una SCH en el CAP del barrio (Sierra, 2005f). Las continuas quejas vecinales condujeron a aumentar la presión policial en el distrito de Nou Barris hasta febrero de 2006, produciéndose una redada en el barrio de Can Dragó (popularmente conocido como el Bronx) que puso fin a la alarma social en la zona (Figueredo y Sierra, 2006). El balance desde la Agència de Salut Pública de Barcelona fue positivo. Por ejemplo, en el semestre anterior a las operaciones realizadas en Nou Barris entre noviembre de 2005 y febrero de 2006 se recogían una media mensual de 1.286 jeringuillas desechadas en espacio público; en el semestre posterior se redujo a una media mensual de 343 jeringuillas recogidas. Con el tiempo el número de jeringuillas recogidas en la vía pública fue insignificante (Vecino et al., 2013:335-336).

En el barrio del Raval (Ciutat Vella) se concentró la mayor parte de la venta y consumo de drogas con respecto al conjunto de la ciudad. Gracias a la apertura de la Sala Baluard junto a la atención llevada a cabo desde el SAPS de Creu Roja, Àmbit Prevenció y el CAS de Creu Roja (situado en la calle Junta de Comerç hasta finales de 2009), la situación del barrio mejoró considerablemente, reduciéndose la presencia de consumidores en la vía pública y la presencia de jeringuillas usadas. No obstante, con la apertura de Sala Baluard, los vecinos y comerciantes de Arc del Teatre del barrio Raval emprendieron manifestaciones con el respaldo de concejales responsables del distrito y los partidos de la oposición (PP y CiU), muchas veces aliñadas de desinformación y alarma social por parte de los medios de comunicación. Tras seis meses de apertura de Sala Baluard, hacia mediados de junio de 2005, se hacía el balance que el dispositivo funcionaba correctamente, acogiendo a usuarios y disminuyendo el consumo en la vía pública, sin embargo el vecindario criticaba la continua presencia de usuarios en el espacio público (Suñé, 2005b). Aunque así sucedía, en la valoración no se había considerado que en otros barrios de la ciudad y de las poblaciones de la periferia se estaban produciendo fuertes presiones policiales que desplazaban a los consumidores a

este barrio y que el dispositivo no era suficiente para dar cobertura a las necesidades de los usuarios. Por otro lado, las SCH del SAPS, Zona Franca y La Mina no recibían tantas quejas por el momento. Un profesional que conoció de cerca el fenómeno del CAS de Vall d'Hebron y otro de Sala Baluard, reflexionaba en la actualidad sobre la gestión en el trabajo de información y participación con la ciudadanía en la puesta en marcha de estos dispositivos:

«Realmente no se ha explicado cuál es su función y para qué sirve. Te dicen que hables pero que no digas que vamos a tener una sala de consumo. No hay mediación comunitaria. El trabajo didáctico y de afrontar y explicar los beneficios no se han explicado. La gente piensa que el beneficio que existe es para el consumidor pero también es un beneficio para la zona. No es unidireccional, es para todo el entorno. No se explica que la calidad de vida repercute en el entorno, vamos a hacer un trabajo a nivel de entorno y del centro de coordinación con asociaciones si hay problemas. Para mejorar la salud del usuario, del entorno, de todo. Se interpreta que es un lugar para consumir y donde hay delincuencia. Falta el trabajo didáctico. Lo dejan en manos del profesional una vez has abierto. Me he encontrado a gente que se lo explicas y se sorprende cuando lo explicas, aunque siempre habrá gente en contra, igual que si pusieras una cárcel al lado de su casa. “No en mi jardín”. Si se explica bien al instalarlo y vas a sacar de la calle el consumo y mejoras la salud del usuario, la gente lo va a entender. Si se abre así se sienten como si le hubieras tomado el pelo». (Exprofesional Vall Hebrón)

«El despliegue de salas es bueno pero la sociedad no está preparada. Hace falta cultura, saber estar, aceptar lo que hay y la problemática que hay detrás del consumo. [...] Aquí tuvimos manifestación cada miércoles durante tres años, jugaba el Barça y dejaron de venir». (Profesional Baluard)

La mediación desde los poderes públicos con la sociedad no fue suficiente y generó que el vecindario y comerciantes no conocieran los objetivos de estos dispositivos. La puesta en marcha de las SCH se interpretó como un foco de problemas que atraería delincuencia y presencia de consumidores en la vía pública, sin informar de los beneficios que reportaría este tipo de dispositivos en zonas de venta y consumo de drogas. La falta de información y de trabajo de comunitario se vio mediatizada por los antecedentes del fenómeno del CAS de Vall Hebrón, generando malestar en el

vecindario. Sin embargo, los problemas vecinales se solucionaron progresivamente con la aceptación de dichos dispositivos.

En apoyo a estos dispositivos, hacia finales de septiembre de 2005, la Federació Catalana de Drogodependències (FCD), que agrupa a 24 entidades dedicadas a la atención a los drogodependientes, se manifestaba en la Avenida Portal de l'Àngel para apoyar las SCH de la ciudad y reclamar albergues y más centros de atención para los drogodependientes (Cabello, 2005). Esta federación intensificó el debate desde su jornada anual (el 16 noviembre de 2005) para reclamar que “las salas de consumo eran la solución” (Sierra, 2005g). También, a finales de noviembre de 2005, se sumaba al apoyo de las SCH el Consejo de la Juventud de Barcelona, refiriendo la necesidad de que cada distrito contara con una, abierta 24 horas, e integradas en los espacios sanitarios existentes (Sanz, 2005d). Pero a su vez se produjeron actuaciones policiales en el Raval, entre noviembre de 2005 y febrero de 2006. En la valoración del ayuntamiento, en el semestre anterior a la actuación policial se recogieron una media mensual de 4.432 jeringuillas desechadas en espacios públicos y en el semestre posterior se redujo a una media mensual de 2.468 jeringuillas recogidas (Vecino et al., 2013:335-336) debido a que las SCH comenzaron a ser más efectivas, aumentando la adherencia de los consumidores.

Entre noviembre de 2005 y febrero de 2006, la consellera de Sanitat, Marina Geli, anunciaba las estrategias diseñadas desde el Pla d'Acció de Drogues 2006-2008 (ASPB, 2006:66; Sierra, 2005i)⁵⁰. Estas estrategias consistían en reforzar los PIX y PMM en los distritos del Eixample, Les Corts y Nou Barris, crear un hospital de día para drogodependientes en el Hospital de Sant Pau, aumentar las plazas en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, la creación de un albergue para drogodependientes⁵¹ y

⁵⁰ Este plan municipal de drogas fue firmado por el equipo de gobierno formado por el PSC, ERC e ICV- EUiA, sumándose CiU. El PP dio su voto en negativo. Pese al mensaje unitario por parte de todos los partidos que las SCH eran necesarias, el PP se oponía a la ubicación de estos dispositivos (Suñé, 2005c). Xavier Trias (CiU), aunque firmó, siempre tuvo una postura ambigua ante la iniciativa y en ocasiones quiso mostrarse con un diálogo participativo a los ciudadanos como referente de la resolución de los actos sucedidos en relación al CAS de Vall d'Hebron; véase la carta publicada en El País a finales de 2005 (Trias, 2005).

⁵¹ Actualmente, la apertura de este proyecto es una incógnita y aún no se ha resuelto la fecha ni la ubicación del dispositivo.

sumar nuevas SCH a las cuatro existentes (SAPS, Sala Baluard, Bus Zona Franca y CAS Vall Hebron). Este plan tenía previsto realizarse en dos etapas. Primero, actuar en las zonas de alta concentración de consumo, comenzando con las obras de ampliación de Sala Baluard en marzo de 2006 para pasar de 60 a 200 metros cuadrados, y la creación de una SCH en Nou Barris⁵² (ASPB, 2006: 66; Cia, 2005:[1]). Segundo, aumentar hasta 10 SCH en los distritos de menos concentración de consumo para acercar los usuarios a sus lugares de residencia (ASPB, 2006: 66; Peirón, 2005; Sanz y Subirana, 2005).

Las SCH se convirtieron en un elemento clave para la disputa entre partidos de la ciudad de Barcelona y si cada distrito tenía este tipo de dispositivo se evitaba la discusión del desequilibrio entre barrios. Se acercaban las elecciones municipales y en septiembre de 2006 Jordi Hereu (PSC) sustituyó a Joan Clos que pasó a ser ministro con el gobierno del PSOE; y en noviembre de 2006, José Montilla (PSC) sucedió en la presidencia a Pascual Maragall (que disolvió el Tripartito formado por el PSC, IC-V y ERC en junio de 2006). Sin embargo, en el análisis de la ciudad de Barcelona, el PSC perdía votos en las elecciones autonómicas en los barrios donde se habían producido quejas vecinales: en Horta en contra de la SCH, en el Casc Antic contra la prostitución, delincuencia e incivismo o en el Clot para que el AVE circulara por el litoral (Suñé y Peirón, 2006). Durante 2007, CiU de Xavier Trias y el PP de Alberto Fernández se posicionaban contrarios a las SCH; el primero reclamaba un cambio de ubicación de Baluard (La Vanguardia, 2007) y el segundo, cerrarla y después valorar su ubicación (Castells, 2007). No obstante, en mayo de 2007, Jordi Hereu fue reelegido alcalde de Barcelona (Suñé, 2007). Un técnico de drogodependencias opinaba sobre la quiebra en los acuerdos del grupo municipal de drogas de Barcelona:

«Barcelona ha tenido un gobierno progresista que ha puesto con sus profesionales acento en la salud, pero hubo un partido político que salta del consenso a raíz de la

⁵² En diciembre de 2005 se barajaba la posibilidad de integrar el CAS Nou Barris junto a una SCH en uno de los seis ambulatorios del distrito, con mayor posibilidad que fuera el de Xafarines o el de Río de Janeiro (Sanz, 2005f). Mientras quedara pendiente trasladar el CAS situado en Vía Favencia, se anunciaba poner una unidad móvil similar a la de la Zona Franca (Sierra, 2005j). En enero de 2006 se convocaba un concurso para poner en funcionamiento dos autobuses destinados al suministro de metadona y disponer de espacio de venopunción asistida (Angulo, 2006). En la actualidad, está pendiente la puesta en marcha de la SCH de Nou Barris y las dos únicas unidades móviles que funcionan en Barcelona son el bus municipal de metadona que funciona desde 1992 y la unidad móvil de Zona Franca desde abril de 2005.

vuelta de los toxicómanos a la ciudad, protestas hacia Baluard y SAPS y volvimos a recordar las protestas de Vall Hebron. Barcelona era una ciudad progresista porque había un consenso político por el control de los partidos de izquierdas». (Técnico ASPCat)

Sin embargo, desde el punto de vista de salud pública, los centros con SCH resultaban eficaces para combatir los problemas relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral. Entre 2007 y 2008 se produjeron más de 60.000 consumos anuales en las SCH de Barcelona, concentrándose la mayoría de consumos en Sala Baluard con 49.864 en 2007 y 53.678 en 2008, y SAPS con 6.651 consumos en 2007 y 9.686 en 2008. En estos años se atendieron alrededor de 3.500 usuarios diferentes, de los cuales 2.300 se concentraban en Sala Baluard. En 2007 se atendieron 128 sobredosis, de las cuales 69 fueron atendidas en Sala Baluard y 37 en SAPS; en 2008, aumentaron a 152, atendiendo 74 Sala Baluard y 71 el SAPS. Este aumento de sobredosis se debía a un aumento en el consumo de heroína con respecto a la cocaína. En 2007, dentro de las SCH de Barcelona se produjeron 25.000 consumos en ambas sustancias, pasando a más de 28.000 consumos de heroína y cerca de 18.000 de cocaína en 2008. Además, desde los diferentes centros de reducción de daños de Barcelona⁵³ se repartieron más de 250.000 jeringuillas por año, recuperándose alrededor de las 200.000 desde estos espacios⁵⁴.

En “El Local” de La Mina se produjo un aumento de la actividad de 2007 a 2008. En 2007 se produjeron más de 9.000 consumos anuales y en 2008 se duplicó a cerca de 18.000 anuales. Durante 2007 se atendieron más de 900 usuarios diferentes y en 2008 más de 1.300 usuarios. En ambos años se atendieron más de 50 sobredosis. Desde “El Local” se repartieron en 2008 más de 65.000 jeringuillas, recuperando por encima de las 41.000. En los porcentajes de consumo de heroína, cocaína y “speedball” se produjeron cambios: en 2007, 3.930 consumos de heroína (43,3%), 3.473 de cocaína (38,3%) y 1.675 de “speedball” (18,4%); y en 2008, 5.947 de heroína (33,4%), 5.987 de cocaína (33,6%) y 5.893 de “speedball” (33%)⁵⁵. Una de las hipótesis del aumento de

⁵³ Los centros de reducción de Barcelona en 2008 eran el SAPS, Sala Baluard, Centre Robadors, Vall Hebron y Zona Franca.

⁵⁴ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB).

⁵⁵ Datos facilitados por Laia Gasulla (ASPCat) y Laura Pérez (“El Local” de La Mina – IPSS).

“speedball” se debe a la llegada de georgianos a esta zona de venta y consumo, comunidad que utiliza de forma habitual esta práctica de consumo. Un profesional de “El Local” de La Mina explicaba su versión del fenómeno:

«El *speedball* es droga de georgiano. En La Mina, no veías a nadie hacerlo. Venía alguno que decía “he oído decirlo a un tipo, vamos a probar”. Trajeron la moda, el colectivo georgiano. Lo hacía muy poca gente, ahora mucha. El georgiano es un usuario que venía bien vestido, en plan me voy a Razz. No les gusta ver a alguien *paposo*, tirado en el suelo. Por lo que comentan allí en Georgia el opio es muy común, *sawi* que quiere decir negro, *tetri* es cocaína. Para ellos *sawi* es muy común. Es cierto, que no les gusta el tema de tener al *tío* tirado en el suelo y entonces, la combinación les va perfecto porque al juntar en partes iguales prevalece el efecto de *paranoia* de la *coca*». (Profesional “El Local”)

Entre 2007 y 2008, en el conjunto de la ciudad de Barcelona se atendieron a unas 7.000 personas por año, permitiendo que los consumos supervisados fueran totalmente higiénicos y seguros, siendo estos espacios la única medida para garantizar que los usuarios no compartieran jeringuillas u otros materiales de consumo. Asimismo, desde estos dispositivos, se comenzaba a dar una atención integral de los usuarios dirigidos al tratamiento de las drogodependencias y problemas concomitantes (patologías infectocontagiosas y problemas de salud mental) (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:27). No obstante, el retardo en el diagnóstico del VIH seguía siendo alto, detectándose un 40% de infección entre los usuarios (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:26). Además, desde 2003, las tasas de mortalidad por sobredosis se mantenían estables tanto en hombres y mujeres por lo que desde finales de 2008 se promovieron talleres de sobredosis entre los usuarios (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:27). Por ello, en el Pla d’Acció sobre Drogues de 2009-2012 las acciones dirigidas a los consumidores de heroína y/o cocaína que acudían a estos centros continuaron en la línea del plan anterior (2006-2008) (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:55-59). En la cartera de servicios se proyectaba la creación del CAS integral Nou Barris y un recurso en Gràcia, la conversión de Sala Baluard en CAS integral, la reordenación de tres CAS en espacios de reducción de daños (Sants, Sarrià y Garvibent), y la creación de un albergue integral para consumidores en activo (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:66)⁵⁶. De estas propuestas, en la actualidad, se han llevado a cabo

⁵⁶ Los espacios de consumo de Sants, Sarrià y Garvibent realizaron su apertura en la segunda mitad de 2012 (Clua, 2015:17). El CAS del Fòrum se inauguró entre 2010 y 2011, realizando la

todas excepto la apertura del CAS integral Nou Barris y el albergue para consumidores en activo (Brugal, Guitart, Espelt; 2013:19).

Entre 2008 y 2009, la venta de drogas en Barcelona se concentraba, mayoritariamente, en el barrio de Zona Franca y Ciutat Vella (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:17). Entre los planes del nuevo Ayuntamiento estaba eliminar y desplazar las escenas abiertas de consumo de drogas. Para ello se emprendieron tres operaciones policiales que cambiaron el panorama del consumo de drogas en el conjunto de la ciudad de Barcelona. En junio de 2008 se intervino en Zona Franca en las áreas residenciales de la Pantera Rosa y Eduard Aunós (Casas Baratas). Esta operación, que se estaba gestando desde principios de año (Sierra y Figueredo, 2008), pretendía la detención de los máximos responsables de la venta de drogas, no siendo el objetivo de la policía los “punteros” encargados de organizar a los consumidores y de avisar a los vendedores en caso de presencia policial (Figueredo, 2008a). Finalmente, se detuvieron a varios miembros de una familia de Casas Baratas (Figueredo, 2008a) y se produjeron ciertas limitaciones en las dinámicas de la venta de drogas hasta la actualidad. En la valoración del Ayuntamiento, en el semestre anterior a la actuación policial se recogían una media mensual de 1.327 jeringuillas desechadas en espacios público y en el semestre posterior se reducía a una media mensual de 1.146 jeringuillas recogidas; aunque no parecía significativo sí se redujo el porcentaje total de las jeringas recogidas en el distrito con respecto a la ciudad, pasando del 32,2% al 20,5% (Vecino et al., 2013:336).

Durante 2008 y 2009, se produjeron operaciones policiales en Ciutat Vella. En aquella época la venta de drogas se concentraba a ambos márgenes de la Rambla, en el Raval y Barri Gòtic. Existían diferentes pisos de venta de drogas en el distrito pero el objetivo era eliminar la parte más visible en el barrio. En la parte baja de la Rambla se podía obtener dosis (bolas) de heroína o cocaína a precios mínimos de entre 12-15 euros directamente de vendedores ambulantes (lateros) o a través de “punteros”, encargados de conducir a consumidores a pisos de venta. Estos vendedores o “punteros”, normalmente eran de origen pakistaní o subsahariano (Figueredo, 2008b; Figueredo, 2009). Tras las operaciones desplegadas entre agosto de 2008 y febrero de 2009, en el balance no parecía haberse modificado demasiado el consumo en la vía pública pues en

apertura de un espacio de consumo por vía parenteral en enero de 2012 (Vecino et al., 2013:335).

el barrio del Raval y Gòtic se concentraba más del 60% de jeringas desechadas en vía pública del total de la ciudad, tanto antes como después de las operaciones (Vecino et al., 2013:336). Durante 2009 se registró el máximo número de consumos en las SCH de Barcelona, sobre los 80.000 consumos, registrándose 67.040 consumos en Sala Baluard y 9.552 en el SAPS. En aquella época en ambos centros no se podía dar mayor cobertura y se formaban colas para consumir en los espacios de venopunción asistida, lo que conducía en muchas ocasiones a que los consumidores abandonasen los centros y consumieran en la calle (Clua, 2011). También, debido al aumento de consumos de heroína en las SCH, ese año se atendieron 262 casos de sobredosis. Además, se repartieron sobre las 250.000 jeringuillas desde los centros de reducción de daños de la ciudad⁵⁷. En “El Local” de La Mina también aumentaron los consumos a más de 22.000 en 2009: 9.576 consumos de heroína (43%), 4.979 de cocaína (22,4%) y 7.699 de speedball (34,6%). Además, se produjo un aumento de sobredosis registrándose 68 casos no mortales⁵⁸.

Por la presencia de más usuarios, en octubre 2009 se repitieron las quejas vecinales contra las SCH del Raval. Un grupo de vecinos promovió dos videos: en uno mostraban imágenes de jeringuillas desechadas en la calle, aceras manchadas de sangre y usuarios pinchándose en la vía pública; y en otro, a un consumidor explicando que el espacio y las plazas de Sala Baluard eran insuficientes para consumir. A su vez, se recogieron firmas denunciando la situación del barrio del Raval (Flotats, 2009a:[1-3]). Ante esta situación, Xavier Majó, técnico del Departament de Salut respondía que los dispositivos eran insuficientes para hacer frente a la situación pero que las SCH no eran el problema sino la solución (Flotats, 2009b:[2]). Esta denuncia fue retirada por los vecinos de Arc del Teatre tras saber que no se consumía en la calle por la mala atención desde Sala Baluard sino por las fuertes aglomeraciones y esperas para consumir en el espacio de venopunción asistida (Cia, 2010:[13]). Por su lado, Alberto Fernández (PP) retomaba la propuesta de cerrar las SCH del barrio y Xavier Trias (CIU) anunciaba trasladar Sala Baluard a un recinto sanitario del barrio (López, 2009).

⁵⁷ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB).

⁵⁸ Datos facilitados por Laura Pérez (“El Local” de La Mina – IPSS).

Tras superar la crisis social que generó el CAS Vall Hebrón y la normalización de las SCH del Raval y de la Zona Franca, el debate de estos dispositivos tomó un carácter de disputa entre partidos políticos. Por contra, diferentes plataformas civiles daban apoyo a estos dispositivos bajo el argumento de que eran necesarios para hacer frente a los problemas sociosanitarios de los consumidores de drogas y mejorar el orden público. Pero, hacia finales de 2009 se anunciaban recortes económicos en Sanidad afectando a los centros de reducción de daños, sobre todo a las SCH del Raval que soportaban la mayor actividad de consumo de la ciudad. En los años posteriores, se finalizó la puesta en marcha de SCH en todos los distritos. No obstante, se produjeron cambios políticos y sociales que trasladaron progresivamente la escena de venta y consumo de drogas al barrio de La Mina.

3.5. La “centrifugación” de los usuarios hacia La Mina (2010 – 2015)

A principios de 2010 se proyectaba la expansión de las SCH por todos los distritos de Barcelona para el período de 2010 – 2014 (El País, 2010:[1]; El Periódico, 2010a), a la vez que se producían recortes económicos que afectaron al horario de atención y al personal de las SCH. Primero, se realizó la apertura del CAS Arc de Triomf, en formato CAS integral con espacio de reducción de daños (PIX, SCH⁵⁹ y talleres socioeducativos y sanitarios), fusionando el equipo del CAS Creu Roja con una parte del equipo del SAPS. Este cambio conllevó un recorte en la franja horaria del SAPS, reduciendo una hora de atención entre semana (pasó de cerrar a las 2 de la noche a la 1 de la noche) y eliminando el turno de fin de semana. En el caso de Sala Baluard, en junio de 2010, se transformó en CAS y pasó de abrir 22 horas diarias a 18 horas, de 8 a 2h de la noche; más adelante, en 2012 se realizó otro recorte de horario que se corresponde con el actual: de 8:30 a 22h, y de 10 a 19h en fin de semana. Con estos cambios se eliminaba gran parte de la atención nocturna y del fin de semana de la atención del consumo supervisado de drogas en el barrio del Raval. Por otro lado, el ayuntamiento anunciaba abrir nuevas SCH durante 2010 en los CAS Fòrum, Sants, Sarrià, Nou Barris y Garvibent (Sierra, 2010)⁶⁰. A su vez, durante el verano de ese año la presión policial se

⁵⁹ La apertura del espacio de venopunción asistida nunca se realizó y está pendiente abrirse a lo largo de 2016 (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:83)

⁶⁰ Estas SCH no se abrieron hasta 2012. También se proyectó para 2014 la apertura de espacios de consumo en el CAS Barceloneta, CSM Llacuna, Hospital de Sant Pau y Parque Pere Virgili de Gràcia (Sierra, 2010), hoy en día pendientes de apertura.

endureció en la zona (Suñé, 2010) lo que inició cambios en el panorama de venta y consumo de drogas de la ciudad.

Ante estas acciones, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona se pronunciaba a favor de estos dispositivos y recomendaba la expansión y refuerzo de los programas de metadona, los programas de vacunación y aproximar a los usuarios a los dispositivos sociosanitarios (El Periódico, 2010b). La Federación de Asociaciones de Vecinos de Barcelona (FAVB), en esta ocasión, recomendaba que era preferible reforzar los equipamientos donde se concentraba el consumo, como el barrio del Raval, en vez de diseminar este tipo de centros por todos los distritos (Cia, 2010:[7]). Las consecuencias de los recortes también fueron denunciadas desde la Plataforma Drogológica, plataforma de drogodependientes, a través de un manifiesto en enero de 2011. Desde éste reclamaban un diálogo con los vecinos, medios de comunicación e instituciones responsables para fortalecer los argumentos y objetivos de las estrategias de reducción de daños, entre ellas, las SCH⁶¹ (López, 2011). A su vez, en la primavera de 2011, una coalición de grupos de profesionales de drogodependencias formada por la Comissió d'Educadors/es Socials en l'àmbit de les Drogodependències (CESD), Grupo de Enfermería de Reducción de Daños (GERD) y el Grup d'Infermeria de CAS, denunciaba desde un manifiesto los recortes en los servicios de atención a las drogodependencias y las consecuencias de la baja cobertura de las necesidades de los usuarios⁶². En la actualidad, diferentes profesionales de las SCH reflexionaban sobre los efectos de la crisis y las políticas de reducción de daños de Barcelona:

«Tengo la opinión que ha habido una evolución de la reducción de daños en muy poco tiempo, que se ha creado una red de recursos muy importante pero ahora veo un estancamiento profundo. Deberíamos dar otros enfoques. Tengo la sensación que está todo estancado. A nivel político quieren estos servicios pero a la hora de la verdad... me

⁶¹ Véase MANIFEST “Usuaris i usuàries de drogues per la defensa de les polítiques i recursos de Reducció del Dany associat a l'ús de drogues a Catalunya” Barcelona, 28 gener 2011. Disponible en: <http://periferics.cat/usuarises-de-drogues-per-la-defensa-de-les-politiques-de-reduccio-de-danys/>

⁶² Véase Manifest GERD-GRUP INFERMERIA CAS-CESD Retrocès en l'atenció de les drogodependències!!!! Disponible en: <http://cesdcat.blogspot.com.es/2011/10/manifest-gerd-grup-infermeria-cas-cesd.html>

falta información porque nos coartan todo, para tú poder valorar la situación real». (Profesional Zona Franca)

«Desde 2005 hasta el 2010 hemos ido hacia delante pero ahí ha habido un parón. En el contexto de crisis desde 2010 ha habido un retroceso. Hasta entonces ha habido un mantenimiento y un avance pero tampoco ha habido una revolución de programas... Falta una revolución en la intervención de reducción de daños, falta alguna invención. Damos la misma atención pero con menos horario. Ya no hay el consenso político que había. Hay muchos intermediarios desde las entidades, administración, los políticos... entonces, hay tantos con tantas visiones que ahí nos perdemos en la creación de programas y recursos». (Profesional SAPS)

«Actualmente, estamos con muchas ideas pero creo que estamos estancados. El desacierto es un tema político que no nos ha dejado avanzar. Hay barreras, la ignorancia de este tema, no querer afrontar esta problemática, no es una cosa de interés público, para ellos no es prioritario y es una cosa bastante importante. Nosotros estamos ahí, pero no se ha acertado en decisiones políticas». (Profesional Baluard)

Se considera que Barcelona ha sido una ciudad muy avanzada en las políticas de reducción de daños del consumo de drogas. Sin embargo, los recortes en Sanidad y la dificultad en el diálogo entre políticos y técnicos municipales han generado un estancamiento en el avance de este tipo de estrategias.

A su vez, se produjo un cambio político en Barcelona. En julio de 2011 finalizó el mandato en la alcaldía de Jordi Hereu, pasando a manos de Xavier Trias (CiU). No obstante, en septiembre CiU y PSC se mostraban a favor de la creación de SCH en todos los distritos y trasladar el CAS Baluard a otro emplazamiento del barrio del Raval; mientras el PP volvía a mostrarse contrario a estos dispositivos (El Periódico, 2011). Pero la puesta en marcha de las nuevas SCH no se correspondía con la situación real del mercado y consumo de drogas de Barcelona y sus alrededores. Mientras se abrían más SCH en zonas con escenas débiles de venta y consumo de drogas, como los espacios abiertos durante 2012 en los CAS de Sants, Sarrià y Garvibent que a día de hoy

han tenido un uso anecdótico⁶³, en el barrio de La Mina se gestaba una fuerte escena de consumo de drogas. Entre 2009 y 2014, los consumos en las SCH de Barcelona pasaron de más de 80.000 a unos 36.000 en 2014 y “El Local” de La Mina⁶⁴ aumentaban los consumos de más de 20.000 a más de 53.000 en 2014⁶⁵ (ASPCat, 2015: 25). El traslado progresivo de los usuarios de Barcelona al barrio de La Mina y la falta de provisión de servicios en este barrio describían una mala praxis en las políticas de drogas del área de Barcelona.

No obstante, en enero 2012 se instalaba un espacio con una plaza para el consumo por vía parenteral en el CAS Fòrum, situado en las proximidades de las casas de venta de drogas de La Mina, abierto entre 2010 y 2011, para dar atención de las 12 a las 19 horas. Este es el único centro de Barcelona que ha aumentado su actividad en este periodo: pasó de más de 2.500 consumos en 2012 a cerca de 7.500 en 2014, y de atender a más de 200 usuarios en el EVA en 2012, a más de 1.200 en 2014, distribuyó más de 8.000 jeringuillas en 2012 y más de 57.000 en 2014 (ASPCat, 2015:23-25). También, en julio de 2012 se puso en marcha el equipament de punció assistida (EPA) del barrio de Sant Roc de Badalona gestionado por la asociación Asaupam⁶⁶. Este se sitúa en las proximidades de las casas de venta, en la avenida Marqués Mont-Roig con la calle de la Primavera (bajo el puente de la autopista), donde acude un perfil de usuario hombre (80%), autóctono (80-90%), consumidor de cocaína por vía parenteral y en tratamiento de metadona (más del 60%). Al comienzo, esta unidad daba atención de lunes a viernes de 15:30 a 20:30. Durante 2013 atendió cerca de 800 consumos y repartió cerca de 2.000 jeringuillas recuperando un 81% de las dispensadas. Sin embargo, por los recortes en Sanidad, en mayo de 2014 redujo su actividad a 10 horas semanales repartidas en martes y jueves de 15:30 a 20:30. Pese al recorte de horas, esta

⁶³ Entre 2012 y 2014 no se han registrado apenas consumos en los espacios de venopunción asistida de estos tres CAS.

⁶⁴ En agosto de 2013, el equipo de “El Local” de La Mina se trasladaba a un nuevo complejo con 8 espacios de consumo (anteriormente tenían 4 plazas) junto a uno de los bloques más conflictivos del barrio, en la calle Venus y en frente de la comisaría de los Mossos d’Esquadra. Los recortes en sanidad también afectaron al horario, reorganizándose las horas de apertura de 11h. a las 19h..

⁶⁵ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB) y Noemí González (“El Local” de La Mina – IPSS).

⁶⁶ Véase el siguiente enlace: <http://asaupam.info/>

unidad atendió en el resto del año de 2014, la misma actividad que en los meses anteriores: entre enero y mayo atendió más de 500 consumos y entre junio y diciembre más de 450 consumos. Este aumento de actividad se debía a la adherencia de los consumidores de drogas al servicio y a un leve aumento de puntos de venta y de consumidores en este barrio⁶⁷.

Otros datos que corroboran la disminución de la actividad de las SCH de Barcelona son: el decrecimiento del número de usuarios atendidos anualmente en los espacios de consumo de la ciudad (pasando de algo más de 3.500 en 2009 a algo más de 2.400 en 2013), la disminución de sobredosis atendidas en los centros de reducción de daños de 262 en 2009 a 130 en 2014, la disminución de jeringuillas distribuidas de cerca de 260.000 en 2009 a más de 160.000 en 2014 y la disminución de jeringuillas recogidas en vía pública, pasando de cerca de 60.000 en 2009 a las cerca de 24.000 en 2013 (ASPCat, 2015:23-25)⁶⁸. En cambio, en “El Local” de La Mina, se pasó de más de 2.400 usuarios diferentes atendidos en 2010 a más de 3.500 usuarios diferentes en 2014, un aumento de sobredosis atendidas pasando de cerca de 70 en 2009 a 130 en 2014, un aumento de jeringuillas distribuidas de más de 55.000 en 2009 a más de 98.000 en 2014. Además, durante 2014 sólo en este barrio se recogieron más de 13.000 jeringuillas en la vía pública, de las cuáles 11.000 fueron recogidas en las vías del tren próximas al barrio, lo que evidenciaba la insuficiencia en la cobertura del consumo de drogas de las instalaciones de “El Local” de La Mina⁶⁹.

En los últimos años se ha producido el traslado progresivo de la venta y consumo de drogas al barrio de La Mina. La principal razón ha sido la de desplazar la venta y consumo de drogas a este barrio con la intención de eliminar la escena de consumo en el centro de Barcelona. Los usuarios y profesionales explicaban otras razones de este efecto. Por ejemplo, a finales de abril de 2014, Jaime, un “parroquiano” del CAS

⁶⁷ Información facilitada por Alicia Molina (Asaupam).

⁶⁸ En la evaluación del Pla d'Acció sobre drogues de 2009-2012, se corrobora una reducción progresiva de las jeringuillas desechadas en la vía pública sobre todo en los distritos de Ciutat Vella, Sants y Sant Andreu. Desde 2004 a 2012, se pasó de más de 12.000 jeringuillas recogidas en vía pública (media mensual) a menos de 4.000 en 2012 (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:20; Vecino et al., 2013:335).

⁶⁹ Datos facilitados por Noemí González (“El Local” de La Mina – IPSS).

Fòrum, me habló por qué comenzó a acudir a La Mina para comprar y consumir drogas: «Yo hasta el momento iba a La Masia de Gavà. La gente me preguntaba que cómo que iba allí tan lejos...al menos te servían bien, yo iba y *pillaba* 10 euros, me pegaba una *pateada* que te cagas que cuando volvía en tren hacia Barcelona ya se me había pasado pero estaba bueno al menos. Hicieron redadas y me fui un tiempo a Zona Franca pero pronto me fui de allí, porque aquello desde hace un tiempo que lo que sirven es una mierda que no es nada y cuando me enteré de esto de La Mina que vengo aquí y dejé de ir tan lejos. Los mismos *punteros* de zona Franca te dicen que es una mierda lo que se sirve allí».

Los profesionales de “El Local” explicaban por qué se había intensificado la venta y consumo de drogas en el barrio de La Mina:

«El último cambio fue hace 5 años. Después comenzó la presión policial en Barcelona y el traficante de la Mina es muy buen traficante que pone precios muy bajos. No interesaba que hubiera usuarios en Barcelona. Todo se desplazó aquí y no estábamos preparados, empezamos que éramos 10 profesionales y ahora somos 21». (Profesional “El Local”)

«Ha cambiado el tema de los precios, cuando yo empecé eran 10 euros y a partir de 2010-2011 comenzó la moda de los 5 euros y se ha notado bastante». (Profesional “El Local”)

Las redadas en otras zonas de venta de drogas (La Masia, Zona Franca y Raval) y los precios adaptados a los consumidores, con la distribución de dosis mínimas por 5 euros, han desplazado el consumo al barrio de La Mina. Además, en este barrio los vendedores tienen sistemas para burlar las redadas policiales y los usuarios tienen múltiples facilidades para la obtención de las dosis. Por ejemplo, a finales de abril de 2014, Jaime, un “parroquiano” de “El Local” me habló sobre estos aspectos: «Los gitanos venden y tienen a la policía comprada, cada mes sobre y nosotros a *pringar*, yo vengo aquí no hace mucho. Aquí en la Mina es diferente, en las casas venden los gitanos y en los portales están los pakistaníes que hacen de *punteros* y llaman si sube la policía y lo esconden todo rápido. Tienen puertas blindadas y se pasan el material entre rendijas como en las Casas baratas que tienen todos los pisos conectados por si pasa algo. En La Mina puedes *pillar* lo que quieras. Si quieres 3 euros, 5 euros, lo que sea y por eso está

aquí toda la *peña*». En el mismo mes, Sergio, “parroquiano” del CAS Fòrum, me explicó que había intentado cambiar una camiseta de fútbol robada por una dosis: «Mira esta camiseta del River Plate. He ido a casa de la gitana y se la quería dar a su hijo. [...] Se la ha puesto pero no le entraba... quería a cambio una bola de 5 euros pero no ha podido». En otra ocasión, a mediados de junio de 2014, Pietro, un “rutero” que acudía a “El Local”, me habló de otras facilidades que daban los vendedores de La Mina: «A la gitana le vas con 2 ó 3 euros y te fía. Te lo metes, te buscas la vida y después le devuelves lo que debes. ¿Tú sabes lo que sacan de 50 céntimos de heroína que te ponen? Pues la bola de 5 euros y no sólo eso, sino que saben que vas a volver y esos 50 céntimos se transforman en todo lo que consumes al día. Es así el tema de la heroína, te quita el dolor y a trabajar».

En el barrio de La Mina los vendedores tienen un sistema de control de la policía y de las personas que acceden a los pisos a comprar dosis efectivo para evitar las redadas. Por su lado, los consumidores tienen facilidades para adquirir las dosis de los “camellos”; éstos les fian o les venden parcialmente las dosis hasta que los consumidores puedan pagar o intercambian las dosis por objetos de valor de uso cotidiano (ropa, alimentos, productos de higiene, etc.)

Otro motivo de que La Mina se haya consolidado como el mayor punto de venta de drogas del área de Barcelona es la leve presión policial sobre los vendedores barrio. Las actuaciones policiales en este barrio han tenido menor repercusión en el mercado de drogas que en la ciudad de Barcelona y con intereses muy distintos a eliminar la venta en este barrio. En noviembre de 2013 se produjo una macrorredada en el barrio de La Mina y la Zona Franca con un gran despliegue de medios policiales. Se produjo la detención de 33 personas y la incautación de importantes cantidades de cocaína, heroína y hachís en 8 registros en Zona Franca y 21 en La Mina (Sanz, 2013) que condujo a prisión a 25 de los 35 detenidos (El Periódico, 2013). Sin embargo, diversos testimonios coinciden en que el motivo de estas operaciones fue limpiar la mala imagen de la Consellería de Interior y el cuerpo de Mossos d’Esquadra en entredicho por casos de abuso policial, como la muerte de un empresario apaleado por 8 agentes en el Raval a principios de octubre de 2013. Según los profesionales y usuarios de La Mina, el día de la redada se pudo comprar y consumir como cualquier otro día. Unos días después de la redada, a principios de noviembre de 2013, Patxi, un “rutero” que estaba consumiendo

en el CAS Baluard me explicó que: «La Mina está igual que siempre y Zona Franca igual...no cambia nada. Toda esa redada es para decir que los Mossos son buenos. Han matado a un tío y diciendo que han pillado 200 kilos de cocaína en el puerto y que hacen redadas se queda tranquila la sociedad y en la Mina no han pillado nada porque no se encuentra nada...2 ó 3 paquetes, pero nada». También, una profesional de “El Local” corroboraba esta información:

«La policía es esto. Manda la calle Venus, el coche de policía controla en este lado pero no en Venus. Está todo pactado, el día de la redada teníamos a 11 usuarios esperando para consumir, cuando los helicópteros estaban volando y los furgones estaban delante de los Mossos. Se vendió más que el día anterior y que el día siguiente. Ese día se consumió más y el traficante les decía “vente en una hora que ya te podrá vender”. La TV3 entrevistó al que es el traficante, la policía detrás...está todo pactado. Fue una pantomima para limpiar la cara de los Mossos de tanta violencia». (Profesional “El Local”)

Pese a esta situación, la ciudad de Barcelona ha continuado apostando por reforzar los programas de reducción de daños, dar una atención integral en los nuevos CAS integrales y crear recursos sociales y coordinación con asociaciones de usuarios (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:72-74). Entre las propuestas específicas se ha proyectado poner en marcha dispositivos pendientes de otros años: trasladar el CAS Baluard⁷⁰, completar la cartera de servicios de CAS Lluís Companys, reordenar en CAS integral los CAS de la Barceloneta y Nou Barris, creación de un albergue con el equipo del SAPS, buscar un nuevo emplazamiento para el centro de Salud mental y adicciones de Gràcia y reordenar la oferta asistencial del barrio de Sant Martí. Además, garantizar la atención en unidades hospitalarias de desintoxicación y patología dual, mantener los PIX y la unidad móvil de Zona Franca como recurso de atención en zonas que lo precisen y abrir un piso para mujeres maltratadas drogodependientes (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:83).

En la actualidad, tras 10 años del “Fòrum de les cultures”, son cuestionables los cambios en el barrio de La Mina en relación a la arrolladora escena de venta y consumo

⁷⁰ A principios de enero de 2015, se anunciaba oficialmente el traslado del CAS Baluard a las instalaciones de Pera Camps (Mouso, 2015:[1]; Sierra, 2015; Vargas, 2015), lo que apuntaba el cierre definitivo del SAPS con la previsión de que su equipo se dedicara a la gestión del albergue integral para consumidores sin techo. En actualidad no se ha concretado la fecha de los traslados.

de drogas. Los profesionales y técnicos de las SCH reflexionaban sobre las carencias asistenciales en este barrio:

«Lo importante no es que hayan creado salas de consumo a las que no van a llegar los usuarios sino que en zonas en situación crítica, como ahora La Mina, que no haya una respuesta. Lo importante es que cuando se detecte un problema grave que se nos escapa se pueda responder. No puede ser igual para todo, si quieres hacer una en cada sitio no se puede distribuir los mismos recursos ante situaciones de emergencias que precisa volcarse en algunas. Ahora en La Mina habría que estar más atento allí». (Profesional SAPS)

«Se deben redistribuir los recursos. Has hecho una presión policial de Barcelona y una vez aquí que se mueran. A veces las administraciones toman decisiones con sus intereses y hacen daño, aunque den un poco de apoyo. No aceptan la realidad que hay. Veo profesionales de Barcelona cabreados porque no tienen curro, pues redistribuyamos. Pon las cosas bien donde estén ahora». (Profesional “El Local”)

«La intervención de drogas en La Mina tiene que ir más allá de lo sociosanitario. Tienen que ponerse en marcha políticas judiciales, policiales y de seguridad que vayan encaminadas a erradicar el tráfico. El consumo lo único que podemos hacer es mejorarlo, pero sólo se puede erradicar interviniendo el tráfico pero se iría a otro lugar porque no hay remedio. Es que aquí está muy concentrado y es una población muy pequeña para tener el volumen de tráfico que hay. Es un barrio de 9.000 habitantes y no hay ningún barrio ni en Barcelona y en otras del territorio que soporte esa presión tan grande. Hay que seguir estas políticas pero si se pudiera hacer con la mitad de consumidores, mucho mejor. [...] A según que gente ya le va muy bien que exista la Mina, excepto a la gente que vive en La Mina». (Técnico Sant Adrià de Besòs).

El barrio de La Mina precisa una mayor provisión de fondos para la puesta en marcha de servicios sanitarios de atención a las drogodependencias y es necesario que en Barcelona se redistribuyan los servicios hacia aquellas zonas con fuerte escena de venta y consumo de drogas. Sin embargo, en los últimos tiempos, sólo se han llevado actuaciones policiales para reducir y dispersar la venta y consumo de drogas hacia otros barrios. Por ejemplo, a mediados de noviembre de 2015 se produjo una macrorredada con un gran despliegue policial con más de 70 registros policiales y con más 80

detenidos (Sánchez, 2015). Esta actuación, tuvo efectos en el barrio de Sant Roc de Badalona donde se intensificó, momentáneamente, la venta y consumo de drogas. Por ejemplo, en el EPA de Sant Roc, que en octubre de 2015 amplió el horario de 15:30 a 19:30 de lunes a viernes, aumentando las horas de intervención de 10 a 20 horas semanales, notó cambios en los últimos meses de 2015: aumentaron los consumos asistidos⁷¹, el número de nuevos usuarios⁷² y el número de usuarios diferentes atendidos⁷³. De este modo, durante 2015, el EPA ha registrado un aumento de la actividad con respecto a años anteriores: se han realizado más de 1.300 consumos y se han repartido cerca de 3.000 jeringuillas. No obstante, en los primeros meses de 2016 ha decrecido la actividad del EPA de Sant Roc por el reestablecimiento de la venta de drogas del barrio de La Mina.

Mientras, en los barrios de Barcelona, se ha producido un decrecimiento de la presencia de los consumidores de drogas y usuarios de las SCH. Se considera que existe una falta de organización en la puesta en marcha de servicios de atención a las drogodependencias y de coordinación entra la ciudad de Barcelona y el barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs. Este último municipio cuenta con una SCH contando tan sólo con el refuerzo de la SCH del CAS Fòrum, próxima a este barrio, y la SCH móvil del barrio de Sant Roc de Badalona, donde también se ha producido un aumento de consumidores de drogas. Barcelona dispone de una SCH en cada distrito, sin embargo las únicas que registran un uso considerable son las SCH del Raval (CAS Baluard y SAPS) y el CAS Fòrum, además de un leve uso en el CAS de Vall Hebrón. De este modo, se precisa un plan de atención integral en el barrio de La Mina en coordinación con la ciudad de Barcelona para reorganizar la distribución de los servicios sociosanitarios.

⁷¹ Durante 2015, en el EPA se atendían una media de 100 consumos mensuales. Durante el mes de octubre se asistieron más de 150 consumos, en noviembre más de 170 y en diciembre alrededor de 250 consumos (Datos facilitados por Alicia Molina – Asaupam).

⁷² En el EPA durante el año 2015 registraba una media de 4 usuarios nuevos mensuales. En noviembre y diciembre se registraron cerca de 30 usuarios nuevos mensualmente (Datos facilitados por Alicia Molina – Asaupam).

⁷³ En el EPA durante 2015 se registraba una media de 30 usuarios diferentes que utilizaban el servicio. en noviembre lo utilizaron más 60 usuarios diferentes y en diciembre más de 80 (Datos facilitados por Alicia Molina – Asaupam).

Desde mediados de los años 80, Barcelona ha construido una red asistencial a las drogodependencias avanzada en los programas de reducción de daños. Con la designación de la ciudad como sede olímpica para el año 1992 se produjo una serie de cambios sociales que desplazaron la venta y consumo de drogas al barrio de Can Tunis. En este barrio se concentró la mayor parte de consumidores de drogas en procesos de exclusión de la ciudad y debido a los crecientes problemas de salud derivados del consumo (infecciones y sobredosis) se puso en marcha la primera SCH en el año 2001. En 2004 se derribó Can Tunis y produjo una crisis social y sanitaria por la falta de provisión de servicios sociosanitarios para dar atención a los consumidores que se dispersaron por toda la ciudad. Este hecho produjo conflictos vecinales en Nou Barris, Vall Hebrón y Raval que se paliaron con la puesta en marcha de SCH por todos los distritos (véase figura 2). Con el tiempo, la venta y consumo de drogas quedó desplazada al barrio del Raval. Sin embargo, desde el año 2010 se ha puesto en marcha una política de limpieza del centro de Barcelona, desplazando la venta de consumo de drogas al barrio de La Mina y sus alrededores. En la actualidad, los cambios sociales de los mercados de venta de drogas, las crisis económica, la falta de coordinación de la ciudad de Barcelona y los municipios vecinos con barrios de venta de drogas, la desigualdad de distribución de los servicios de salud para la atención a los consumidores y el estancamiento de ideas en las políticas de reducción de daños, debe invitar a repensar el modelo de atención a las drogodependencias para aumentar la cobertura de las necesidades de los consumidores de drogas de Barcelona, que trataré en los capítulos sucesivos.

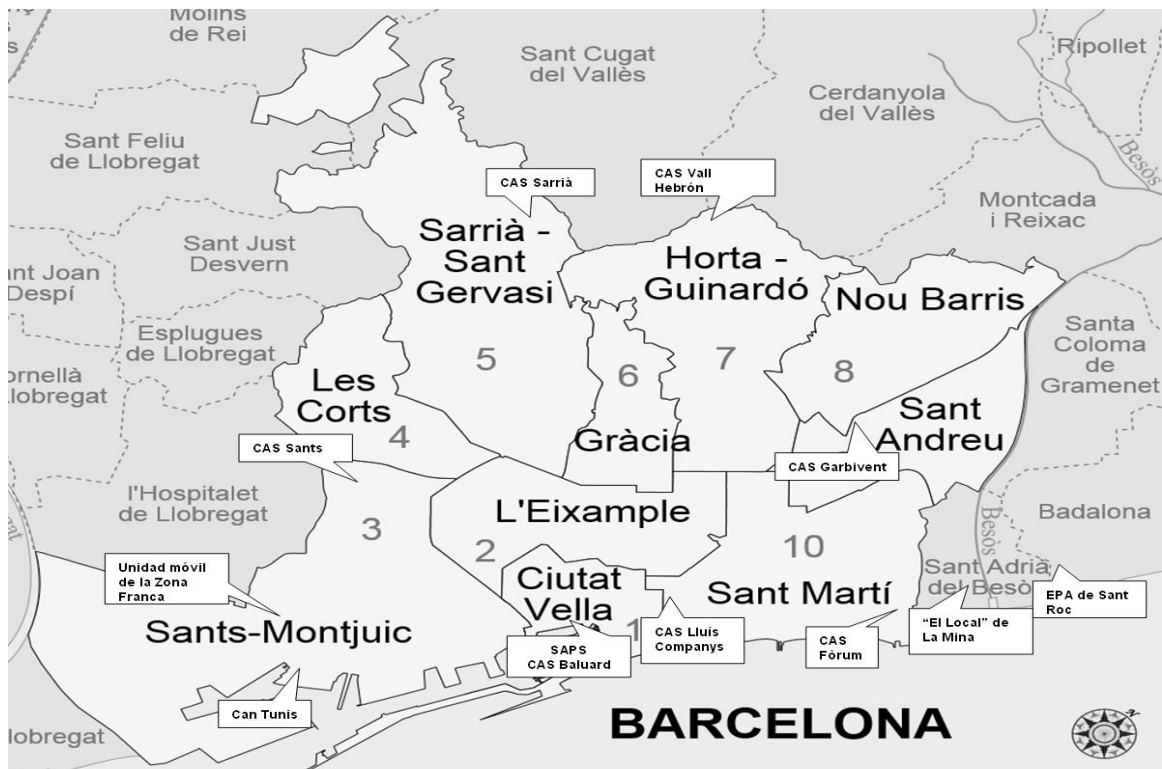


Figura 2. Situación de las salas de consumo higiénico de Barcelona

CAPÍTULO 4. ITINERARIOS DE LOS USUARIOS DE LAS SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO

En este capítulo, se analizan las trayectorias vitales de los entrevistados para describir las «carreras» de los usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. El objetivo de este capítulo es contextualizar los procesos de las drogodependencias y los itinerarios terapéuticos de los consumidores de drogas hasta el momento actual en el que utilizan los centros sociosanitarios con SCH.

Antes de dar paso al análisis de los relatos de vida, realizo una presentación de la tipología elaborada para identificar el tipo de consumidor y de usuario de las SCH en cada caso. A continuación, para favorecer la comparación entre los diferentes textos biográficos, he seguido un esquema que desarrollo con una secuencia lógica. Primero se realiza una presentación de los entrevistados formalmente, describiendo los rasgos característicos según la tipología elaborada. Seguidamente, se analizan las historias personales, en las que se describen los hechos más relevantes de la socialización primaria y secundaria, hasta los primeros consumos de sustancias. Este análisis permite identificar los aspectos claves en las trayectorias de los consumidores. Se observa que, en un comienzo, las drogas surten unos efectos paliativos; pero, llegados a un consumo intenso, los usuarios entran en una lucha diaria, donde el consumo de drogas guarda un carácter ambivalente: a veces produce bienestar, a veces sufrimiento. A medida que el consumo provoca más efectos adversos a todos los niveles, se desencadenan una serie de decisiones e infortunios que conducen a toparse con la red sociosanitaria y el sistema judicial, o a tomar una serie de autocuidados para superar el malestar diario del consumo de drogas. A través de la articulación de los diferentes relatos analizados en este capítulo, procuro describir los itinerarios de los participantes hasta llegar a las SCH de Barcelona, acontecimiento que marca un contínuum y una discontinuidad en sus procesos de salud/enfermedad/atención. En la conclusión, expongo las reflexiones actuales de los usuarios.

4.1. Tipología de consumidores y de usuarios de las salas de consumo de higiénico

La tipología de consumidores y de usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH), ha sido elaborada a partir de los datos comparados extraídos de las entrevistas y las

notas del diario de campo. Con esta tipología he analizado y comparado los tipos de consumo y su relación con la dinámica de uso de las SCH (véase capítulos 5 y 7). Asimismo, he comparado el grado de adherencia que establecen los consumidores con las dinámicas de las SCH y el resto de programas que se ofrecen en este tipo de dispositivos (véase capítulos 6 y 7); también, he relacionado los tipos definidos con las demandas de tratamientos (véase capítulo 8) y otras necesidades de carácter social y legal (véase capítulo 9).

Como ya se ha explicado en el apartado 1.2.1., la elaboración de la tipología se ha realizado a partir de la propuesta de análisis de Dumont y Clua (2015), la cual, mediante el análisis de cinco dimensiones, ha permitido caracterizar a los consumidores, tanto en el patrón de consumo como en la adherencia que establecen en su paso por las SCH. Sin embargo, quiero advertir una serie de preceptos a tener en cuenta en la definición de la tipología elaborada. Son los siguientes:

- a) Los tipos de consumidores y usuarios de las SCH no han sido definidos como patrones estáticos, sino que éstos pueden cambiar en el tiempo debido a su carácter dinámico. Los consumidores/usuarios de las SCH pueden cambiar de un tipo a otro según los criterios establecidos para su elaboración.
- b) La tipología no es concluyente. Los tipos de consumidores/usuarios de las SCH se han elaborado en un período y en un contexto concreto, por lo que su aplicación a otros contextos podría estar sujeta a un nuevo análisis, dando lugar a la elaboración de una tipología nueva.
- c) Los consumidores/usuarios de las SCH pueden no adscribirse a la tipología propuesta. Dadas las características de la tipología, podrían existir usuarios adscritos a diferentes elementos de los tipos sociales elaborados; sin embargo, la tipología diseñada engloba a la inmensa mayoría de los consumidores/usuarios de las SCH.

La tipología elaborada, se ordena comenzando por aquellos consumidores/usuarios de las SCH que tienen un consumo de drogas más intenso y que circulan, en mayor medida, por las diferentes SCH, hasta los que mantienen un consumo menos intenso y acuden menos a estos dispositivos. No obstante, es preciso aclarar que los “rutereros” circulan más por las SCH pero no participan más que los “parroquianos” en las dinámicas de las SCH. Éstos últimos, tienen un consumo menos intenso pero tienen una

mayor adherencia al dispositivo y a las actividades que se proponen. A continuación presento los tipos sociales de la investigación.

“Rutero”: usuario en movimiento diario de una SCH a otra

Consumidor que circula por varias SCH de diferentes barrios. Es consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, ronda los 5 ó 6 consumos diarios. No está en seguimiento o tratamiento por un CAS o lo realiza con bajo cumplimiento. Presenta un deterioro físico y un aspecto descuidado al emplear todo el día en ir de un lugar a otro para “buscarse la vida” y consumir drogas. Es altamente reconocible por la policía u otros usuarios.

Organiza su tiempo entre las diversas zonas de consumo, utilizando espacios públicos y las diferentes SCH. Suele vivir en la calle o de forma irregular en viviendas. Acude a la SCH para consumir, obtener/desechar material de consumo o reposar un breve espacio de tiempo tras el mismo. No suele participar en las actividades que ofrecen los centros sociosanitarios.

Su preocupación es obtener dinero por cualquier medio para consumir drogas y evitar el malestar del síndrome de abstinencia. Su situación mejora cuando controla el consumo, reduciéndolo o cesándolo.

“Parroquiano”: usuario habitual de una SCH

Consumidor que suele estar en tratamiento con metadona y consume heroína o cocaína, por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; realiza dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Sigue con regularidad los tratamientos y seguimientos a las drogodependencias prescritos desde los centros donde consume o en su CAS de referencia. Refleja un deterioro físico a consecuencia del consumo desarrollado en un largo periodo de tiempo. Sin embargo, se cuida de mantener ciertas pautas de higiene e imagen.

Está altamente comprometido con la actividad del centro. Pasa el turno consumiendo o realizando las diferentes actividades que ofrece el servicio (televisión, alimentación, actividades lúdicas, etc.). Días concretos del mes los emplea “buscándose la vida” en la ciudad por diferentes métodos (mendicidad, hurtos, pequeños trapicheos). Compra

drogas a través de otros usuarios que acuden al centro o en puntos de venta cercanos a las SCH. Vuelve a casa o a su refugio urbano para descansar tras el cierre de la SCH.

Su objetivo es restablecer un estilo de vida libre de drogas o mantener el actual, evitando malestares relacionados con el consumo de drogas (síndrome de abstinencia, sobredosis e infecciones). Su situación empeora cuando pasa de la vía pulmonar a la parenteral, abandona la metadona e intensifica el consumo de heroína o sustituye la heroína completamente por metadona y centra su consumo en la cocaína.

“Pasajero”: usuario de paso por la SCH en su trayecto diario

Consumidor que acude a las SCH en su trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal en baja cantidad, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias. Mantiene un aspecto físico y estético muy cuidado. Desarrolla diferentes tácticas o técnicas corporales para no dar a conocer su adicción en el ámbito familiar o laboral. Para ello, evita pasar mucho tiempo en los lugares de venta.

Acude a las SCH para consumir las drogas obtenidas en los puntos de venta habituales con el dinero de su salario u otras estrategias (pequeños trapicheos); el resto del tiempo lo dedica a la familia, trabajo o actividades lúdicas. No utiliza apenas el resto de espacios de los centros con SCH.

Su preocupación es ocultar su adicción, por lo que evita por cualquier medio sufrir los efectos negativos del consumo (abstinencia, sobredosis, etc.). Su situación empeora en épocas en las que intensifica su consumo o cuando se pasa a la vía parenteral.

“Fiestero”: usuario ocasional en días indicados

Consumidor asistido en proceso de recuperación, en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral. Mantiene un aspecto cuidado, pero con ciertos signos de deterioro debido a un consumo de drogas intenso en el pasado (cicatrices, callos, etc.) que oculta con diferentes estrategias.

Acude a las SCH en días concretos, el resto de los días los emplea en su vida familiar, laboral o acudiendo a centros sociosanitarios para su recuperación. No participa en las diferentes actividades del centro aunque, tras el consumo, aprovecha para conversar con otros usuarios o los profesionales conocidos de etapas anteriores cuando el consumo era más intenso y acudía diariamente a la SCH.

Su preocupación es no empeorar su estado de salud o no recaer en el consumo diario. Lucha por llevar una vida normalizada. Su situación empeora cuando reduce los tiempos entre consumo y consumo, pudiendo recaer en el consumo diario.

4.2. Presentación de los informantes

El orden establecido de las presentaciones se realiza comenzando por aquellos informantes con largos procesos de drogodependencia, seguido de los que llevan trayectorias medias y con recientes itinerarios problemáticos. No necesariamente estos se ordenan de los más adultos a los más jóvenes pues, en algunos casos, encontramos inicios en los procesos de salud/enfermedad/atención en edades tardías.

En este apartado, sólo aparecen aquellos que fueron entrevistados formalmente (véase tabla 2). En los sucesivos apartados, el análisis se realiza con las entrevistas y los relatos de usuarios registrados en el diario de campo con los que mantuvo un contacto a lo largo del trabajo de campo pero que nunca fueron entrevistados formalmente.

Usuario	Sexo	Año y lugar de nacimiento	Estudios	Vida laboral	Ingresos	Tipo de vivienda	Tipo de consumo	Tratamientos	Patologías	Situación penal	Tipología
Ramón	Hombre	1967, Córdoba	Sin estudios	Ocasionalmente en la construcción sin contrato.	PNC, hurtos y trapicheos.	Piso compartido.	Heroína, más por vía parenteral que por vía pulmonar.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC	Varias condenas cumplidas. Cumpliendo medidas penales alternativas.	De "parroquiano" a "rutero"
Juanjo	Hombre	1964, Barcelona	Sin estudios	Ocasionalmente en trabajos sin contrato.	Sin ingresos.	Calle	Heroína por vía parenteral.	Seguimiento en ACASC.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas.	"Parroquiano"
Julían	Hombre	1970, Sevilla	Sin estudios	Ocasionalmente sin contrato hasta los 25 años.	Hurtos y trapicheos.	Calle	Cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas. Pendiente de entrar en prisión.	"Parroquiano"
Esmeralda	Mujer	1974, Granada	EGB	Trabajó en el sector terciario hasta los 20 años.	PNC, hurtos y trapicheos.	Piso compartido.	Heroína y cocaína, más por vía pulmonar que por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas.	"Parroquiana"
Vaneca	Mujer	1973, Barcelona	Sin estudios	Trabajó en el sector terciario hasta los 22 años.	PERMI	Vivienda familiar.	Heroína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas.	"Fiestera"
Edgar	Transsexual	1974, Barcelona	Acceso universitario	Trabajó en el sector terciario hasta los 28 años.	PNC	Piso compartido.	Cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y ACASC.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas.	De "rutero" a "parroquiano"
Alexis	Intersex	1981, Barcelona	Sin estudios	No ha trabajado.	Hurtos y trapicheos.	Vivienda familiar.	Heroína y cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas. Pendiente de entrar en prisión.	"Parroquiana/o"
Dave	Hombre	1978, Barcelona	Sin estudios	Trabajó en el sector terciario hasta los 25 años.	PNC y mendicidad.	Piso compartido.	Heroína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC	Sin delitos.	"Fiestero"
Miguel	Hombre	1981, Barcelona	Sin estudios	Ocasionalmente sin contrato.	PNC y robos.	Vivienda familiar.	Cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC	Varias condenas cumplidas. Pendiente de entrar en prisión.	De "Fiestero" a "parroquiano"
Erika	Mujer	1983, Vic	ESO	Trabajó en el sector terciario hasta los 25 años.	Prostitución	Vivienda familiar.	Cocaína por vía parenteral.	No.	VIH	Pendiente de juzgar.	"Pasajera"
Mick	Hombre	1981, Barcelona	EGB	Trabajando en el sector terciario.	Sueldo	Vivienda familiar.	Heroína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	NO	Sin delitos.	"Fiestero"
Jonathan	Hombre	1984, Barcelona	Sin estudios	Ocasionalmente con contrato hasta los 24 años.	PNC, hurtos y trapicheos.	Calle	Heroína y cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	VHC y VIH	Varias condenas cumplidas. Pendiente de entrar en prisión.	"Rutero"
Javier	Hombre	1985, Barcelona	ESO	Trabajó en la construcción y en un negocio hasta los 27 años.	Mendicidad	Calle	Cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	NO	Varias condenas cumplidas.	"Rutero"
Cris	Mujer	1985, Barcelona	ESO	Trabajó en la hostelería y en un negocio hasta los 28 años.	Mendicidad	Calle	Cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y en PMM.	NO	Sin delitos.	"Rutera"
Kike	Hombre	1978, Vigo	BUP	Trabajó en la metalurgia hasta los 33 años.	Ayuda familiar y trapicheos.	Piso compartido.	Heroína por vía pulmonar.	No.	NO	Pendiente de juzgar.	"Parroquiano"
Berta	Mujer	1967, Mollerussa	FP	Trabajó como agente inmobiliario hasta los 40 años.	Mendicidad	Calle	Heroína y cocaína por vía parenteral.	Seguimiento en el CAS y CSMA.	VHC y VIH	Una condena cumplida.	"Parroquiana"

Tabla 2. Datos básicos de los entrevistados formalmente.

Ramón

El primer informante se llama Ramón y es el más mayor, con una trayectoria de más de 30 años de consumo de drogas. Lo conocí durante una etapa de privación de libertad desde el CAS Brians 1 donde ejerzo de enfermero. Mi coincidencia con él, se efectúa en una fase de transición de “parroquiano” a “rutero”. Ramón, tras salir de la cárcel y no encontrar soluciones a sus problemas vitales en los diferentes dispositivos de atención sociosanitaria durante el último año (2012), ha intensificado su consumo, pasando de consumir heroína por vía pulmonar en días ocasionales a desarrollar un patrón de consumo diario de heroína y cocaína por vía parenteral, además de la toma de benzodiazepinas compradas en el mercado negro, más las suministradas por las recetas obtenidas en el CAS. Realiza un seguimiento irregular del tratamiento con metadona y no acude siempre a los controles de orina estipulados desde medidas penales alternativas por varios delitos (robos con fuerza). Es un usuario que recorre las diferentes SCH, centros de reducción de daños del barrio del Raval y del de La Mina y sus alrededores. Así se presentaba:

«Tengo 51 y nací en Córdoba. No acabé los estudios, *llegué* a 4º de primaria. Sólo dentro de prisión fui a la escuela en el 89, en La Modelo. Actualmente, hice un curso de pintura y me dieron un diploma de pintor. Siempre he trabajado de *estraperlo* (sin contrato), pocas veces con contrato. He trabajado en la construcción, pero tuve un accidente y me hice daño en la pierna. Actualmente, me están buscando trabajo y tengo los papeles del grado de minusvalía. Mira, me dan estos papeles, este número de FAX, son trabajos para media jornada por mi discapacidad. Tengo ingresos de mi pensión, una permanente por invalidez. A veces hago algún robo, este verano he hecho dos y antes, hacia algún trapicheo, ahora no desde que salí de prisión».

Ramón me habló sobre su familia y amistades:

«He vivido de alquiler, en casa de mi suegro, en casa de mi madre. Desde que me separé he vivido en la calle pero ahora vivo en una habitación. Comparto habitación con Edgar (otro usuario entrevistado) pero se va el 24 a una comunidad terapéutica. Tengo buena relación con mi familia, son muchos años separados pero mira, el otro día vino mi hija a verme. Tengo 4 hijas y un niño. Son 7 en total, pero *declarados* 5. Tengo a la pequeña que no la veo porque no quiere su madre. Estoy de líos con el abogado, me dice que no me acerque porque, si no, *me pone* una orden de alejamiento. No tengo amistades, no

tengo apoyo porque todos están presos, muertos, con el bicho (VIH/SIDA), por eso pienso en dejar de pincharme».

En su relato, Ramón explicaba que pese a iniciarse en el consumo de heroína a finales de los 70 y principios de los 80, rodeado de un entorno de pobreza y delincuencia, tuvo tiempo para convivir con su pareja e hijos, trabajando y sin cometer delitos. Más adelante, explicaba sus problemas de pareja y con la justicia que le han ocasionado consecuencias negativas para mantener un contacto diario con sus hijos y otros familiares.

Juanjo

Juanjo es un usuario “parroquiano” a un paso de desaparecer del circuito de las SCH. Lo conocí en el CAS Baluard, donde pasaba la mayor parte del día, pero le realicé la entrevista en el centro de día Espai VIHtal de ACASC⁷⁴, lugar al que acudía con mayor frecuencia hasta mis últimos encuentros con él. Juanjo se describía con lucidez pero con cierta dificultad para mirar al pasado por las ganas de emprender una nueva vida:

«Mis recuerdos, desde el principio, es haber esnifado algo, un poco y ya pasarme a pincharme (inyectarme) porque me sentaba mejor. Una vez probada la heroína, heroinómano para toda la vida. Tengo 50, nacido en el 64 en Barcelona. He vivido fuera, en Andalucía, he estado un tiempo en Madrid, Valencia, Málaga, en muchos sitios, unos 18 años en la cárcel. Mi vida ha sido la vida de las drogas y la delincuencia. Lo que pasa que en esta última etapa he conocido gente... he decidido dar un cambio totalmente, dar un cambio radical, he conocido gente muy interesante. Por mediación de *la Esther* (profesional CAS Baluard) conocí esto (ACASC) porque se rompieron las duchas. Vine aquí, conocí a la directora y como cumplía los requisitos no me puso problemas porque sólo necesitaba ducharme. Cuando acabé la ducha, me propuso si quería hablar con *la asistente* (trabajadora social) y vine y hablé con Jenny. Conocer a *las asistentes* es lo mejor que me puede haber pasado pero de lejos. Tenía fobia a los asistentes y a los psicólogos, fobia porque, a mí, un asistente me quitó dos años de libertad... *hijadeputa*, de la Ronda de Sant Pedro; y conocer a esta mujer, cambió

⁷⁴ El Espai VIHtal es un centro de día para personas afectadas de VIH, ubicado en el corazón del Raval, donde se realizan diferentes actividades sociolaborales y terapéuticas orientadas a mejorar la calidad de vida de sus usuarios. Véase <http://ca.acasc.info/programas> [consultado el 15 de enero de 2015]

totalmente mi concepto. Luego ya, conocí a Jaime (psicólogo) y luego la directora. Ha sido en esta última etapa que me he encontrado gente que me ha ayudado».

Juanjo se describía como un superviviente de la época de los años 80. Su relato, aunque con muchas intermitencias, debido a los cambios de ciudad y a su paso por prisión, se desarrollaba en un ambiente de pobreza, heroína y SIDA. Sin embargo, en el momento de la entrevista recordaba a las personas que le habían ayudado a dar un paso sustancial para mejorar su calidad de vida y tomar la decisión de ingresar en un piso terapéutico.

Julián

Julián es un “parroquiano” del CAS Baluard y del SAPS, y un viejo conocido por su paso por el centro penitenciario Brians 1. Conozco de primera mano a su familia, sus hermanos que han pasado por prisión, así como sus parejas sentimentales en los últimos 10 años. De cultura gitana y residente en el barrio de Raval, pertenece a una familia extensa dedicada al negocio de la venta de drogas y a la prostitución en diferentes ciudades del Estado español (Sevilla, Cáceres, Madrid y Barcelona). Sobrentendiendo que no me iba a contar nada nuevo, se presentaba así:

«Julián es un chaval de 43 años, vive en Barcelona desde el 1995. Salió de Cáceres 2 (centro penitenciario), se juntó con una chavala, convivió con ella durante 14 años. Entró en la cárcel, la mujer le dejó estando preso, salió de la cárcel, recayó en las drogas, conoció a otra mujer, se juntó con ella, estuvo con ella 3 años y por el tema de las drogas, me he vuelto a separar de ella».

Julián hablaba sobre sus estudios, empleos e inicios en el consumo de drogas:

«De estudios nada, estudié hasta tercero de primaria. Después he trabajado *en negro* (sin contrato)... de jardinero, transporte de camionero, de fontanero, de albañilería, en la construcción, buscando chatarra, robando...empiezo a robar en el momento que me empiezo a drogarme, con 16 años. Todo empieza como todos, primero una rayita, después una fumada y después enganchado. Esto fue en Sevilla y ya me vine enganchado».

Julián me explicó dónde había vivido y sobre su familia y amistades:

«He vivido en pisos, ahora estoy en la calle y me busco la vida como sea para poder sobrevivir. En mi familia éramos 13 hermanos y 6 han muerto de la droga. Hemos

vivido aquí en el Raval. Con mi familia no tengo vínculo y de amistades, estoy solo. Van unidas al mundo de la droga».

Su relato se construye en un bucle de entradas y salidas en prisión y en un continuo de intentos fallidos para dejar las drogas. Su situación, en el momento de la entrevista, se basaba en el consumo de cocaína por vía parenteral en días discontinuos y en el seguimiento del tratamiento de metadona. Parte de la entrevista se centró en la infección del VIH contraída en el último año y en la disyuntiva de ingresar en prisión o solicitar una medida penal alternativa, para pagar sus condenas por robo y venta menor de drogas.

Esmeralda

Esmeralda es una “parroquiana” con la que había coincidido en prisión en una condena corta, cinco años atrás. Pese a reconocernos, poco sabíamos el uno del otro. Nuestra relación antropológica se forjó durante las mañanas que acudo al CAS Baluard donde realizaba seguimientos con la trabajadora social y otros profesionales para el cumplimiento de medidas alternativas relacionadas con robos menores y menudeo de drogas. Con un estado de salud delicado (VIH, hepatitis C, cardiopatía, trastornos del ánimo, etc.) pero con una actitud entusiasta, el relato se desarrolló a un ritmo vertiginoso y con cierta discontinuidad en los sucesos de su trayectoria vital:

«Nací en 1974 en Granada capital. He estudiado EGB, me sacaron en 8º pero ya tengo el graduado porque me lo saqué en *el talego* (prisión). Actualmente, ni estudio ni trabajo porque no hay pero, si no, trabajaría. Tengo problemas de corazón pero 4 horitas sí las podría *hacer* de cualquier cosa. Tengo la PNC (paga no contributiva) no por el VIH si no por el corazón. También hepatitis C, pero del corazón estoy ahora *de putamadre*, tengo informes y dentro de poco me vuelven a sacar sangre y orina para el seguimiento. Me han hecho una mamografía, llevo orina por la tarde...todas las pruebas que me estoy haciendo están saliendo bien, bien, bien. Ni me falta hierro ni calcio, tomo *la Atripla* (antirretroviral) y quiero que me la quiten y me pongan una inyección que dura 3 meses. Desde que tomo *la Atripla* y le metadona he perdido mucha masa muscular. Hacía deporte y tenía unos *brazacos* que *flipas*. Estaba fibrada, me puse como un toro que queda muy mal para una mujer. Fibro muy rápido».

Esmeralda me habló sobre su breve vida laboral y las formas de subsistencia en el presente:

«Empecé a trabajar con 18 años de camarera, hacía la temporada de invierno en Andorra y en verano en la Costa Brava. Vivía en Calella con el padre de mi hija. Estuve hasta los 20 y algo y luego la droga, me enganché y me salió esto del corazón. Quitaron lo de las 4 horas con la paga y no puedo trabajar. Lo han vuelto a poner pero ahora no hay trabajo. Me pertenece una casa pero no sé en cuantos años, me apunto y el día de mañana ya veremos. Tengo mis ingresos de mi paga y vivo como puedo con los *business* (venta menor de drogas) que hago fuera, eso y que robo, móviles, bolsos,... algún descuido».

Esmeralda me habló sobre la relación con su hija y su madre y de sus amistades en el momento actual:

«Vine a Cataluña con 14 años, me quedé embarazada con 17 y la tuve con 18 en Vic con mi madre, cogimos y nos fuimos. Ahora están en Salou, mi madre tiene un marido y tengo una hermana por parte de él, que se lleva cuatro meses con mi hija, mi hermana. Mi hija estudia administrativo y va trabajando en heladerías en verano para ayudar. Mi madre no le paga más porque ha repetido dos veces. Si no, se irá a peluquería o animales. Yo le he dicho que estudie administrativo que es mejor, como su novio. Parece que ahora estudia más porque el novio no fuma ni nada. Tengo poco apoyo, por teléfono y cuando vienen, estoy sola, sola, sola. Tengo apoyo de la *asistent*a (trabajadora social) y los psicólogos que me desahogo con ellos. Amigos tengo pocos, te quieren hundir. ¿Ves? con Vanesa soy amiga (está a su lado), le pido cualquier cosa y se enrolla y tenemos pendiente ir a la playa. La conozco de cuando estábamos en Can Tunis, hemos trabajado juntas, nos hemos *buscado la vida* juntas, son muchos años, somos de las pocas que quedamos vivas. Somos *guerreras*».

Por último, se presentaba explicando dónde había vivido durante los últimos años:

«He estado 7 años viviendo en un piso *por gestoría* en Badalona. Pagué un dinero de fianza, que luego te devuelven, pero como he discutido con mi pareja, ese dinero lo he perdido. Pagaba al mes 300 euros, 150 cada uno. Era un piso de dos habitaciones y con cocina de barra americana, era de *putamadre* pero en Badalona. Yo creo que mi *ex* habrá dejado ya la casa. Actualmente, vivo en una habitación en la calle Joaquín Costa

por 225 euros. Llevo 9 meses pero vivía en la calle. Cuando empezó el invierno me busqué esa habitación hasta hoy».

Esmeralda me explicó sus problemas con la justicia con la esperanza de quedar absuelta o en el peor de los casos, tener que cumplir medidas alternativas. Finalmente, no surtieron efecto los diferentes informes de las trabajadoras sociales del CAS Baluard y SAPS y medio año más tarde de la realización de la entrevista nos volvimos a ver en la prisión de Brians 1, esta vez con un conocimiento de su presente y pasado más reciente. No obstante, no la volví a entrevistar.

Vanesa

Vanesa es amiga de Esmeralda y es “fiestera”. En el momento de la entrevista, llevaba algo más de un año en el programa de metadona del CAS Baluard y viviendo en el Raval, en casa de su madre. Mi acercamiento se realizó como sugerencia de una psicóloga del CAS, en el turno de mañana. Vanesa acudía de lunes a viernes a tomar la metadona y estaba en régimen de *take-home* para los fines de semana, aunque me *confesó* que consumía heroína ocasionalmente para salir de la rutina. Con cierta lentitud en el habla por su desgaste físico, su presentación fue la siguiente:

«Nací en el 1973 en Barcelona. Estudié EGB hasta 8º. He estudiado informática, un curso de contabilidad de 3 meses básico y 3 meses avanzado, esto con unos 30 y algo, hace poco esto. Hice un curso de estaño, de placas de estaño, lo que va dentro de un soldador. De envasadora y de productos de farmacia, hace años, en el 2000».

Vanesa me habló sobre su corta vida laboral y su forma de subsistencia en la actualidad: «He trabajado de dependienta. Desde los 16 a los 20 estuve en una pollería y de los 20 a los 22 en una zapatería y ya. A partir de allí de me dieron *lo del paro* y ahí comienza *todo*. En la actualidad, lo único que he hecho es el curso de contabilidad. Lo hice por mi cuenta no es de la pensión ni nada, es para no pensar y *comerme el coco* y recaer. Me lo dieron en *la INEM* (actualmente, OTG). Hace poco, un año o dos».

Vanesa, recordaba una etapa en la que vivió en la calle y cómo fue su retorno a su casa: «Vivo en casa, no siempre he vivido en mi casa. Hace poco estuve en la calle. He estado unos *mesechitos* pero no más de un año. Nunca me había pasado y *toqué fondo*. Vivo con mi mama y mi hermano aquí en el barrio. He hecho las paces con mi madre y mi

hermano. Llevo medio año con mi madre, es muy reciente. He salido de la calle porque vino mi madre a buscarme aquí, si no, no sabría donde estaría. No sé si estaría viva o muerta. Hay una relación muy fuerte, muy buena. Me dio una hostia y me dijo *tira pa'lante* y para casa. Eso no se olvida. Qué vergüenza pasé».

Vanesa, me explicó su recorrido de consumo de drogas y los diversos paréntesis efectuados por ingresos en comunidades terapéuticas y una larga estancia en el Hospital del Mar por una mala experiencia, en el barrio de Can Tunis.

Edgar

A Edgar lo conocí en la prisión aunque no tuve un rol profesional directo con él, pues durante su estancia no tuvo contacto con los programas de drogodependencias del CAS. Digamos que se encontraba en un proceso de abstinencia sin ninguna demanda terapéutica concreta. Nuestro encuentro en el SAPS sucedió en un momento que Edgar llevaba un estilo de vida “rutero”, consumiendo cocaína por vía parenteral y *buscándose la vida*, con largos recorridos diarios entre el barrio de La Mina y el del Raval. Así se presentaba:

«Soy Edgar y nací en el 1974, en Barcelona. Estudié graduado escolar y COU. Acceso a la universidad y Derecho. Esto lo hice de 2002 a 2008, en Brians 1. Actualmente, estoy con los *ninis*, ahora mismo ni quiero, ni puedo, ni nada. He trabajado de comercial, camarero, cocinero... comencé a los 15 años trabajando en el campo hasta los 17, de los 17 a los 18 estuve en la escuela taller de Ripoll aprendiendo paleta y dibujo técnico y ya me puse a trabajar en la hostelería, pero siempre sin contrato hasta 2003. Dejé de trabajar; después de trabajar, después lo dejé, porque me junté con mi pareja,... desde el 99 hasta 2002, trabajé en la hostelería. A partir de 2002, presidiario. Dentro de prisión trabajé en los talleres y vi que eso, era un *chupadiner* de los presos y comencé a estudiar. Decidí estudiar el acceso a la universidad y derecho. Estudié pero no llegué a acabar mis estudios porque siempre estaba en *el especial* (módulo de régimen cerrado). Actualmente, no trabajo, hace 4 meses salí de prisión y estoy arreglando temas personales y no me da para trabajar».

Cabe decir que Edgar comenzó un cambio de sexo de mujer a hombre hace unos 5 años. Esto, en principio, no suponía un problema en su relación con los diferentes usuarios y profesionales de los diferentes centros de reducción de daños de Barcelona. Sin

embargo, este hecho sí suponía una traba para ingresar en una comunidad terapéutica por no cumplir los requisitos. Durante un tiempo, le perdí la pista y hacia finales de mi trabajo de campo, en el barrio de La Mina, retomé mi relación con él, esta vez convertido en un “parroquiano” de “El Local”. Sus consumos de cocaína habían disminuido y buscaba diferentes maneras para dejar de vivir en la calle.

Alexis

Alexis es una chica transgénero, usuaria del CAS Baluard de estilo “parroquiano” en el momento de la entrevista. Con un historial intenso de consumo que podría categorizarse como “rutero”, yendo de un lugar a otro para “buscarse la vida” para tomar cocaína y heroína por vía parenteral, en la época de la entrevista había comenzado a consumir con menos intensidad y se planteaba buscar una medida terapéutica para dejar las drogas. Alexis es muy conocida en el barrio del Raval, tanto por su trayectoria personal como familiar, muy ligada a la venta y consumo de drogas. Así se presentaba:

«Me llamo Alexis y soy más femenino que masculino. Nací en el Raval en el 1981. Estudié...no llegué a 8º de EGB porque cogí a la profesora del cuello. Yo tenía una vida muy ajetreada, tenía que cuidar de mi hermano, llevarlo al colegio, tenía que estar todo el día con él. Cuando salía del colegio iba yo... quién le limpiaba el *churrisqui* (pene), era yo. Mi padre estaba preso, mi madre estaba presa, lo tenía que cuidar yo. En mi casa sólo se veía droga y droga, nunca han trabajado. Mi madre sólo trabajó de joven, de los 15 a los 18, hasta que se quedó preñada. Se casó, tomaba drogas, probó los *tripis* (LSD) en los años 80, heroína y se *enganchó por la nariz*. Compraban kilos ella y mi padrastro; mi padre de verdad, se fugó a Marruecos en un permiso».

Alexis, me habló sobre su relación con su madre y abuela:

«Yo vivía con mi madre y se vino mi abuela porque era de ella en verdad (en referencia a su vivienda). Mi abuela se había comprado otro en Montcada i Reixac y esto se lo dio a mi madre. Mi madre tenía 3 hijos y el *churrisqui* (hermano) que era el que yo estaba cuidando. Tengo una hermana que nació en el 85 y después él que tiene 2 ó 3 años menos que ella, tendrá él unos 25 ó 24 años, ahora. Me echaron del cole, se vino mi abuela, dejó el piso allí con mis primos, mi tío estaba en prisión pero mis primos eran menores pero trabajaban. Mi abuela iba una vez a la semana a limpiar y hacerles la comida para toda la semana. A mi madre la teníamos que cambiar porque se meaba y se cagaba encima. Yo dormía con mi madre y un día se levantó y se cayó y la tuve que

ayudar porque no tenía fuerzas. La senté y se volvió a levantar y casi se volvió a caer. Ya le empezamos a poner pañales. Mi madre tenía el SIDA y se tomaba 28 ó 30 pastillas diarias. No es como ahora que te tomas 3 pastillas, yo me tomo dos Kaletra y una Truvada (antirretrovirales) ».

Tuvimos varias conversaciones a lo largo de mi trabajo de campo en SAPS y CAS Baluard. Su recorrido vital es un intenso proceso de delincuencia y consumo de drogas. Le perdí la pista en mis últimos días por el CAS Baluard por una entrada en prisión a causa de un cúmulo de condenas por hurtos.

Dave

Dave es un “fiestero” de SAPS y CAS Baluard, consumidor exclusivo de heroína por vía parenteral, que sigue tratamiento de metadona en el CAS Garbivent. Es un usuario que acude a los centros con SCH los días posteriores al cobro de la prestación económica PIRMI (renta mínima de inserción), sobre el día 25 de cada mes. Si bien, es un gran conocido por los profesionales y otros usuarios por etapas “ruterías” consumiendo de forma intensa. Con un aspecto muy cuidado y un carácter afable, siempre dispuesto a hablar de música rock y las conspiraciones de la vida moderna en el marco de la llamada “crisis”, se presentaba así:

«Nací en 1978 en Barcelona, en la Vall d’Hebron. Yo, la verdad, que de estudios muy poco, porque era muy malo. Pero he estudiado la EGB hasta octavo, lo de antes, tengo el certificado de escolaridad y el graduado no lo tengo. Siempre he sido una buena persona, nunca he sido un niño malo, en la escuela me han querido mucho pero mis notas me ponían “insuficiente”, “insuficiente” y comportamiento pasivo porque yo iba a la escuela con... es que a partir de quinto, a partir de sexto es cuando empezó ya, ¿no?, pero tercero, cuarto y así iba bien, sacaba buenas notas, lo normal. Pero luego fatal, no llegué a nada, iba con la cartera vacía. Venía el profesor y yo me dormía en el pupitre y a veces me cogían de las orejas y me decían “oye, que no sé qué...” y muchas veces me cogían y me metía en el lavabo, y me iba al lavabo y me cogía el rollo, y me lo *flanbía* (quemaba) y entonces me tenían que sacar de ahí. Entonces, me ponían fuera en una especie de silla que tiene eso para escribir, una silla como pupitre y ahí me quedaba hasta la una, hasta que el cole ya se cerraba. Y bueno, como no quería estudiar y no quería hacer nada y veían que era buena persona que era un chico que no era problemático, que era un chico cariñoso, me pusieron con los niños de P5, en

parvulario... P5, P4 y ahí... así se llamaba en aquellos tiempos. Entonces me cuidaba de estar con ellos, íbamos a comer, clases de comer, de ponerse en la fila, y bueno me gustaba mucho y así hasta que terminé octavo. Séptimo y octavo estuve así. Claro, como siempre iba con la cartera vacía, el director no me quería echar porque siempre nos quería, nos tenía muy buen aprecio y a mi hermana, aunque yo no tengo roce ahora con mi hermana, sabes... estoy solo en la vida y bueno. Hicieron eso, y entonces pues nada... me dieron el certificado escolar».

A continuación, prosiguió explicando sus estudios:

«Luego estudié, cuando se acabó la EGB, estudié unos cursos de técnicas de venta, de marketing internacional y marketing de comercio que era para ser comercial. [...] Y luego, mi padre, en paz descanse, murió cuando tenía 33 años y era comercial. Era *de esto* y viajaba por todo el mundo. Hice eso, sexto, séptimo y octavo y los saqué con sobresaliente. Ahora no hago ningún tipo de estudio».

Y me explicó cómo encontró su primer trabajo:

«He trabajado de *autoventa*, de comercial. Antes en la Vanguardia, cuando había tanto trabajo, cogías y mirabas y siempre había trabajos. Y era un apartado de correos, tenías que enviar tu currículum y seleccionaban a 25 personas. Entonces, una de esas 25 personas era yo y me eligieron. Fue muy guapo porque era una empresa muy grande, llegabas, te hacías tu café, ibas bien vestido... no me acuerdo cuántos años tenía... mi primer trabajo fue en un supermercado de Badalona, porque me metió un amigo pero como... lo dejé mal porque a mí no me gustaba trabajar,... y entonces ése fue mi primer trabajo. Luego a raíz de ese trabajo, ya vienen cosas más fuertes, ¿sabes?».

Su vida está marcada por la muerte de padre, los problemas familiares, el consumo intensivo en la época de la “fiesta”⁷⁵ y la muerte de su hija, llevándole a un proceso intenso de salud/enfermedad/atención de las drogodependencias.

Miguel

A Miguel lo conocí en su paso por Brians 1, siete años atrás. Coincidimos en la unidad móvil de Zona Franca y le fue difícil reconocerme. Recordar su nombre y apellidos y

⁷⁵ Por “fiesta” me refiero a los peregrinajes por las macrodiscotecas de música máquina de Catalunya durante la década de los 90.

una serie de anécdotas, le llevó a reconocer quién era yo. Eso ayudó a restablecer una relación de confianza que pronto dio sus frutos etnográficos. Pude seguirle la pista desde la unidad móvil de Zona Franca como “fiestero” hasta su posterior traslado al barrio de La Mina convertido en un “parroquiano”. Consumidor exclusivo de cocaína por vía parenteral, enmarcada en los días posteriores al cobro de la prestación social, su relato guardaba ciertos paralelismos con Dave que también perdió a su padre siendo un adolescente. Se presentaba así:

«Me llamo Miguel, nacido en Barcelona en el 81. Estudié en dos colegios y del último me expulsaron y empecé a caer en picado. Me pasaron de 6º a 8º y antes de los 14 años apenas iba, iba pero me saltaba muchas clases y cuando llegué a los 14 ya no fui más. No iba porque mi cabeza se iba a robar, iba con gente más mayor, como siempre, ellos no iban a colegio ni nada y yo me iba a atracar, no sólo *hacer pellas* (no acudir a clase) sino con el cuchillo a *la peña* a “dame eso”. Hacia robos con intimidación cuando era menor. Cuando era mayor ya lo he comprendido un poco más y no lo he vuelto a hacer».

Miguel me habló sobre su familia y la relación deteriorada con su hermano:

«Vivo con mi madre, mi tía y el desgraciado de mi hermano que ahora vive con nosotros. Somos tres hermanos, está mi hermana y mi madre que es lo que más quiero. Se fue a Alicante lo más lejos posible y bien que hizo. Tuve problemas con mi hermano, te lo voy a contar. Mi hermano no toma drogas ni toma alcohol, simplemente está mal de la cabeza, intentó abusar de ella. Mi hermano pesa 120 kilos y mide 190 y aún así lo *reducí*. Tenía una 22 (pistola) y le iba a meter unos tiros, mi hermana se retiró y estaban unos colegas ahí. Fue en San Juan y me llamó mi madre diciendo que había una pelea en casa. Fui pensando una cosa y era otra y subí con mis colegas. Mi hermana estaba muy mal. Y vino la policía, y me denunció, y me pusieron una orden de alejamiento como yo soy toxicómano y él no tiene antecedentes. Yo peso 60 kilos, y él 120 y mide 190, él puede doblarme de una hostia. Me pusieron 6 meses de orden de alejamiento».

En los últimos días de mi trabajo de campo en la Mina, Miguel desapareció. Meses más tarde, ya inmerso en la fase de análisis de mis datos, me contaron que Miguel había sido detenido y estaba en prisión por robos con fuerza.

Erika

Erika es amiga de Miguel. La conocí el día que le realicé la entrevista. Después de 6 meses de abstinencia y de su vuelta a casa de sus abuelos, había vuelto como “pasajera” por la unidad móvil de Zona Franca, consumiendo cocaína por vía parenteral. Conocida como una *chica de la recta* (*la recta* es la Calle Mare de Déu del Port, donde se ejerce la prostitución en este barrio), su relato fue el siguiente:

«Me llamo Erika, nací en el 1983 en Vic y vivo en Barcelona. Estudié EGB, luego a la ESO pero no me la saqué, fui a un colegio de adultos para sacarme la EGB. He trabajado de teleoperadora, cajera, un poco de todo. No recibo dinero de ningún sitio porque no tengo cuenta, porque debo dinero en muchos bancos y porque no trabajo, no tengo ingresos. Me dedico a la prostitución, bueno, me dedicaba. Hace seis meses, como no me gusta esta vida, he vuelto con mis abuelos a intentar hacer las cosas bien. He vivido con mis abuelos pero antes con mis padres adoptivos. Desde los 18, más o menos que estoy con mis abuelos, también en la calle porque he tenido problemas con ellos. Tengo apoyo de mis abuelos, pero su hija es mi madre pero tengo apoyo... pero es complicado. Aprendo de mí misma, es *chungo* porque no te han enseñado y tienes que aprender de ti misma. He tenido problemas de mis padres y tengo algún apoyo de colegas aunque apoyo de colegas no se puede tener».

No pude llegar a tener otro encuentro con Erika. Falleció de sobredosis de heroína en el barrio de la Zona Franca. Sin embargo, sí pude contrastar diferentes informaciones de ella a través de otros usuarios y profesionales de Zona Franca, Raval y el CAS Fòrum.

Mick

Mick es un “fiestero”, consumidor exclusivo de heroína por vía parenteral, en programa de metadona en el CAS de Sants y con problemas de consumo intenso de alcohol en el pasado. Nos conocimos sin habernos visto antes, pues un profesional del CAS Baluard le comentó mi trabajo y él accedió, al considerar que hablar de sí mismo le sería terapéutico. Así se presentaba:

«Me llamo Mick, nací el 1981 en Barcelona. Nací en el Hospital Clínico, en Lourdes, y viví allí hasta los 9. A los 9 hasta los 11 me fui a vivir a Mallorca con mi madre y padrastro. A los 11 volví a casa de mi abuela y a los 17 me fui de casa. Me *hice* mi primera novia y nos *hicimos* una okupa en Vallcarca. Allí estuvimos 2 años, después 2 años en casa de los padres de mi novia y dejamos la relación con 21 años. Me fui a vivir

otra vez con mi abuela. Allí estuve hasta los 25 y a los 24 tuve una hija con otra chica y a los 27 me fui de casa, a una okupa en Les Corts, durante 2 años».

Mick me habló sobre su vida laboral y otras formas para conseguir dinero:

«A los 17, empecé de ayudante de camarero, después seguí en una cafetería y me pasé a la mensajería a los 19, hasta los 23 y de los 24 hasta el año pasado fui camarero. Entre medio de esa época, estuve como dos años vendiendo antigüedades y ahora con mi amigo restaurando muebles hace un año y medio. Por eso no cobro, me paga por una pieza extra buena, trabajo en función de aprender, me enseña todas las técnicas y trucos. Él lo va a dejar y me quedaré con sus clientes. Estoy *montando* mi negocio. En los últimos tiempos mis ingresos *son* trabajando de camarero. Hace tres meses, acabé en el último restaurante que estaba fijo, entre comillas. Cobraba unos 1.200, ahora unos 200 euros por trabajar 4 domingos. A veces, me voy a algún centro comercial conocido, me *saco* algún instrumento o pieza y lo vendo al momento. Así me he costado heroína, alcohol y alguna otra cosa. En la actualidad, no lo hago, a veces pido un euro o dos por la calle sin ningún problema. Si tengo 9 euros y necesito un euro para *pillar tema*, lo pido, no robo nada. Pido o centro comercial, alguna vez».

Con Mick, coincidí en diferentes ocasiones en el SAPS y el CAS Baluard con motivo de una *fiestecilla* con colegas. En alguna ocasión, tuvimos tiempo de ir a tomarnos una cerveza para hablar de temas cotidianos y sobre su búsqueda de trabajo, debido a que el negocio de la restauración de muebles había caído en saco roto. En el verano de 2014, me lo encontré en mi barrio acompañado por su hija, una niña de 8 años que me mostraba con orgullo su nombre tatuado en el brazo de su padre. Mick me contó que estaba trabajando a tiempo completo de camarero en el bar de su primo.

Jonatan

Jonatan es un “rutero” que pasaba sus días transitando entre el barrio de la Mina y el Raval. Viejo conocido por su paso por prisión, es consumidor de cocaína y heroína por vía parenteral, presentaba una falta de cuidado relacionada con el consumo intenso y la confirmación del diagnóstico de VIH en el último año. Así se presentaba:

«He nacido en Barcelona en 1984 y estudié hasta 6º de EGB y luego dejé el colegio y me eché a la calle, me fui a consumir y así toda la vida. No tengo ningún título. En la cárcel he estudiado algo de catalán básico, de matemáticas... Tengo una disminución

psíquica porque nací prematuro, con un trastorno de personalidad; eso me pone en los papeles. Soy normal, pero de pequeño siempre he necesitado educación especial porque no me adaptaba en un colegio habiendo 25 ó 30 niños, me ponían en la última fila ya, ahí lo dejamos. Mi madre decidió llevarme a un colegio con menos gente y mejor atención. Eso ha sido a través de mis psicólogos y psiquiatras que me han valorado a lo largo de mi infancia».

Me habló sobre dónde había vivido y la relación con su familia:

«Me he criado en Cornellà en casa de mi madre, lo que pasa con 15 ó 16 años ya empecé a consumir cocaína esnifada y a salir, a trasnochar y a no aparecer por casa. Aquello ya era un desastre. A los 17, mi madre le pidió ayuda a mi padre y empecé a trabajar. Estaban separados. Mi padre vivía en Sitges. Entonces le dijo, mi madre le dijo “mira Pedro, no puedo con el crío a ver si lo pones *en vereda* que yo no puedo más. Ha dejado el colegio, pasa de todo”. Entonces mi padre me cogió para trabajar y ahí empezó el *desfase*».

Jonatan acabó ingresando en prisión, tras varias propuestas de tratamiento irrealizables en comunidad terapéutica. A día de hoy, mantengo el contacto con él en prisión. Tras unos meses alejado de la familia, su madre lo visita semanalmente y ha recuperado cierta confianza en él.

Javier

Javier es un “rutero” que pasa largos ratos en el CAS del Fòrum con su novia Cris, de la que hablaré a continuación. Sigue tratamiento de metadona en este CAS y consume, exclusivamente, cocaína por vía parenteral. Vive en la calle y pasa sus jornadas *buscándose la vida* de un lugar a otro y buscando un refugio para pasar la noche. Pese a su carácter tímido y mirada evitativa, forma de expresión que empleaba habitualmente con los diferentes profesionales de las SCH, no tuve dificultad para hablar con él. Así se presentaba:

«Me llamo Javier, tengo 28 años y he nacido en Barcelona. Siempre he vivido con mis padres, últimamente con la pareja y hace 3 años que vivo en la calle. Estudié la ESO y un *cursillo* formativo de lampistería. No he hecho ningún curso en la actualidad. He trabajado en la obra de lampista, de los 17 a los 21. Después, he trabajado de peón

construyendo torres, también estuve en mi tienda de animales. La llevé con mi mujer 2 *añitos*. Actualmente, lo tengo todo parado por el tema de la droga».

Javier me habló de cómo conseguía el dinero para consumir diariamente y de su familia: «Recibo dinero de mendigar, pidiendo en metros y en la calle. Con mi familia no tengo contacto porque hemos tenido unos problemas familiares. Me voy a mirar una prestación social pero no tengo. He hecho algún *trapi* (venta menor de drogas) pero normalmente me *busco la vida* pidiendo. He robado tiempo atrás pero ahora no».

«He vivido en Gerona y Barcelona, pero ahora vivo en cajeros o en obras como las que hay aquí. Vivimos solos, alguna vez viene alguna persona, pero vivimos solos. Actualmente, no tengo contacto con mi familia, ni llamadas, ni saber cómo estamos. Ahora se han mudado a Cardedeu. El problema *viene que* mi padre era alcohólico a escondidas y teníamos problemas. También por la droga nos hemos distanciado. Con mi madre me llevaba bien pero hasta que no me recupere. Mis únicos amigos son de este entorno».

Durante los 9 meses que mantuve contacto con Javier, no hubo ningún cambio en sus costumbres. Inmerso en una rutina diaria junto a su novia, fue difícil percibir un giro en su cotidianidad.

Cris

Cris es la pareja de Javier y su estilo de vida no difiere mucho de él. Mucho más habladora, su vida también está marcada por problemas en el seno familiar y un pasado relacionado con un consumo intenso de alcohol. Esta fue su presentación:

«Me llamo Cris, tengo 29 y nací en Barcelona pero mi vida ha sido en Mataró. He vivido con mis padres, pero mi relación no ha sido básicamente buena con mi padre. [...] Con mis hermanos me llevo bien hasta un cierto punto, me han llegado a tener envidia porque con mi marido he tenido la casa, la torre, el negocio y nos han tenido envidia. Nos distanciamos *un pelín* pero la cosa se arregló, pero bueno».

Cris me habló sobre sus estudios y su vida laboral:

«Tengo diploma de la ESO, el diploma de informática, un curso aparte de XP y Windows 98. No tengo otros estudios. Abrimos el negocio y ya está. Empecé a trabajar a los 14 ó 15, estaba trabajando y estudiando. Trabajaba de camarera *en negro* (sin

contrato). Estuve 7 ó 8 años trabajando en un restaurante, no tenía contrato hasta los 18, entonces me hicieron el primer contrato. Estuve hasta los 22 más o menos. Luego tuvimos el negocio, al año tuvimos que cerrar. Lo montamos a los 25 ó 26, antes no trabajé. [...] Ahora vivimos en la calle, calle, a la intemperie. Llevamos casi 2 años así. La última casa que vivimos era una casa grande, pero que no tenía cimientos y en cualquier momento se podía caer. Era en Gavà. Era una casa grande con terreno pero era muy vieja y nos fuimos».

Seguidamente, me habló sobre su forma de mendicidad y la relación con su familia:

«Actualmente, no tengo ingresos. Yo pido en el metro. Tengo a mi perro que tiene un año y 7 meses, con él me busco la vida en el metro. No tengo ninguna pensión ni me ayuda la familia; no, por tonta, porque si quisiera mi madre me ingresaría. Yo pido y no hago ningún *trapicheo* ni nada. [...] La relación con mi familia es nula, no tengo trato con ellos. Voy llamando a mi madre de tanto en tanto. Mis hermanos están casados y con críos. Mi madre me dice que vuelva a casa y que no sea tonta, pero yo me fui por mi padre. Tenemos gente con la que nos apoyamos por aquí, que nos vemos y nos preguntamos, nos apoyamos entre nosotros. Gente como nosotros».

Cris, como Javier, no presentó cambios sustanciales a lo largo del trabajo de campo y, durante este tiempo, continuó *buscándose la vida* pidiendo dinero por el metro y consumiendo cocaína por vía parenteral en el CAS Fòrum.

Kike

Kike es un “parroquiano” del CAS Baluard, donde *fuma platas* (consumo de heroína por vía pulmonar) y el SAPS. En ambos centros, realiza actividades de carácter sociolaboral y talleres de educación sanitaria. De estética punk y muy vinculado a movimientos sociales y políticos, su acercamiento nace de su interés por colaborar en mi *proyecto*. Kike, también tiene un proyecto en esta etapa de su vida; con ayuda de la asesoría jurídica del CAS Baluard, quiere promover unos talleres para que los consumidores de drogas conozcan sus derechos ante la Ley y la intervención policial. Su presentación fue la siguiente:

«Soy gallego y tengo 35 años. Estudié hasta 3º de BUP. Hice cursos de 800 horas de soldador, alicatador, informática, de seguridad en refinería, de carretillero... hice cursos compatibles con el trabajo o cuando no estaba trabajando; algo que me ayuda es la

formación. He trabajado, básicamente, con todo aquello que tenga que ver con la metalurgia. Mi primer trabajo fue de camarero de barra con 17 años, como trabajaba en centros sociales, llevábamos el bar, el café... en *cafetas* de CSO (centro social ocupado). Algo de hostelería sé, alguna vez de carretillero pero más de 10 años en el metal: desguace de barco, soldadura, montador de estructuras metálicas, producción en cadena en Inglaterra en un sitio que hizo los suelos del Pentágono, siempre el metal. Si no hay otra cosa, me agarro a lo que sea pero siempre en el metal. Soy oficial de primera y tengo carnet de camión. Llevo dos años sin trabajar».

Kike me explicó dónde había vivido y sobre sus planes de futuro:

«Desde que llegué a Barcelona, viví 7 años en un piso, tuve un desahucio que vino la policía a *joderme*; estuve en okupas, ahora me procuro una habitación para solicitarme una Pirmi (pensión de renta mínima de inserción) y tener unos ingresos del Estado asegurado y en cuanto tenga eso, no descarto volver a okupar en una casa donde no haya un ambiente de drogadicción, que seamos pocos y organizados».

A lo largo de su relato y en diferentes encuentros, Kike, refería que nunca había *caído tan bajo*. Su situación actual, se acusaba con la pérdida de trabajo, problemas legales relacionados con movimientos políticos en Galicia y un consumo intenso de heroína que calificaba como preocupante. Kike deseaba restablecer su vida laboral para dejar de consumir y volver a sus actividades habituales.

Berta

Berta es una “parroquiana” del SAPS y del CAS Baluard. Pasa prácticamente todo el día en ambos centros, consumiendo en días ocasionales cocaína y heroína por vía parenteral. Con ciertos problemas de salud mental declarados, nuestro encuentro nace por iniciativa suya. Pese al entusiasmo mostrado desde un inicio, la entrevista no aportó demasiados datos; al tocar temas familiares dejó de contestar y a responder con evasivas. Para saber más de ella, utilicé espacios más informales propiciando conversaciones “fortuitas”. Su presentación fue la siguiente:

«Me llamo Berta, nací en 1967 en Mollerussa. He estudiado Administrativo, hice el primer curso de Empresariales, administración, y luego hice una graduación de Agente Inmobiliaria en Reino Unido. Actualmente no estudio nada. He trabajado vendiendo

propiedades, vendiendo pisos en los últimos 10 años, antes estaba estudiando. Ahora llevo dos años sin trabajar».

Berta me habló de sus problemas personales relacionados con la vivienda, familia y de un episodio en una prisión fuera de España:

«He vivido en todo tipo de viviendas. En una casa normal, como las personas normales, ahora vivo en la calle y a veces duermo en pensiones de aquí o servicios sociales que me ayudan mucho. Así llevo un año y suelo vivir sola; actualmente, no vivo con nadie. Mi relación con la familia es lejana, tengo algunos amigos. [...] He estado en prisión dos años en Reino Unido por encubrir a una persona. Le acusaban de algo muy serio, un delito fiscal. Cumplí condena y me vine a España».

A lo largo del trabajo de campo en el Raval, Berta desapareció en varias ocasiones, de forma intermitente, debido a varios ingresos en centros de salud mental y unidades de Patología Dual. No obstante, siempre tuvimos largas conversaciones sobre su lucha personal y temas de carácter cotidiano.

4.3. La entrada en el mundo de las drogas

Los participantes han iniciado el consumo de drogas en diferentes situaciones muy alejadas del encuentro con la red asistencial en drogodependencias y el circuito jurídico-penal. Muchos se iniciaron en el consumo de drogas antes de los años 90, cuando aún no se habían puesto en marcha los programas de mantenimiento con metadona (PMM) en los CAS (Manzanera et al., 2000). Además, el recorrido para llegar a las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona, no se produce de forma inmediata en las personas que conocí a lo largo del trabajo de campo. Por ello, se precisa un análisis de las trayectorias previas a la decisión de usar las SCH, expandidas por Barcelona, desde el año 2001 (Clua, 2015; Ilundain y Márkez, 2005).

Entre las personas entrevistadas y registradas en el diario de campo, los procesos de drogodependencias con consecuencias negativas, se producen por diferentes factores que desarrollo en los sucesivos apartados de este capítulo. El consumo de drogas y sus consecuencias difieren dependiendo de los momentos históricos de la expansión de las drogas y sus usos. Entre los más veteranos se produjo en una época con poca información relacionada con los riesgos y daños del consumo de drogas.

En el caso de Juanjo (“parroquiano”), el consumo de heroína por vía parenteral comienza bien temprano, a principios de los 80 siendo un adolescente. Así lo describía: «Yo empecé a consumir como todos los yonquis. A los 16 ya me pinchaba bien. En la vía del tren, había muchos campos en Barcelona. No íbamos solos. Éramos muchos y lo de la jeringuilla era más complicado, te las tenías que pasar y por eso nos lo pasábamos, no controlábamos lo de la jeringuilla. Ya se oía *aquello*, pero no teníamos el concepto de que, *aquello*, era una enfermedad. No se hacía caso, hasta que empezó a morir gente por culpa del SIDA. Cuando consumes... es que decirte lo contrario es tontería, la heroína es lo mejor que existe en este mundo. No existe algo mejor, no existen dolores, no existe cansancio, mientras tomas heroína eres dios. Lo que pasa que lleva un riesgo total que te enganchas a ella y luego la necesitas más que comer, más que respirar. Eso es así, el que te diga lo contrario... te diría la gran mentira. La heroína te deja en un estado perfecto, pero si te pasas te duermes y no la controlas, ese es el problema».

Por aquellos años, el consumo de heroína por vía parenteral llevaba una fuerte carga que se relacionaba con la exclusión social y la delincuencia en los barrios periféricos de la ciudad de Barcelona u otras ciudades del Estado (Usó, 1996:336-347). El dinero para costearse la sustancia se conseguía con atracos en joyerías y bancos; en otros casos, se realizaban robos en farmacias para conseguir sustancias análogas. Por entonces, el consumo de cocaína no estaba extendido ni se relacionaba con el estilo de vida de los consumidores de drogas en situación de exclusión social.

Ramón (“rutero”), que se inició hacia finales de los 70, siendo un adolescente, así lo explicaba:

«Yo comencé a consumir con colegas, la heroína no era la de ahora, no había tanta coca, había lo que eran los optalidones (barbitúricos). Eran como heroína, era puro corte, parecían Lacasitos. Robábamos en la farmacia, también morfina. Íbamos 3 ó 4 *zumbando* en farmacias. Pillábamos un coche, nos íbamos *superlejos* los cuatro y para la farmacia. Lo hacíamos por la zona de Igualada, no había tantas alarmas y control como ahora. También fuimos una vez a un joyero...Yo me tiré 18 años tomando heroína; en aquella época íbamos a regazo de los mayores, mi madre tenía muchos hijos que controlar y no podía con todo. Se enfadaba pero no podía, mi padre no estaba porque falleció».

Para los participantes de aquella época, el inicio del consumo heroína se enmarca dentro de un contexto en el que las consecuencias de éste se describen con plena normalidad. El SIDA, la prisión y las muertes por sobredosis están a la orden del día y no fue hasta más tarde, que se tomaron medios para intervenir y promover una mayor conciencia de los efectos adversos entre los consumidores.

Julián y Juanjo relataban sus experiencias:

«Empecé a consumir a los 16 años yendo con colegas. Me di cuenta que tenía un problema por el vínculo que tenía con mis colegas. Todos estaban enganchados y yo era uno más. He tocado fondo hace 3 años atrás cuando me dio un *chungo*. Me dio una sobredosis y vi que ahí ya estaba perdido. Entrar en la cárcel no supuso *caer bajo* porque para mí es más de lo mismo». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«No recuerdo cuando me infecté del VIH, realmente, lo que sé que lo tengo hace 18 años, es probable que lo tenga antes. Mi hijo tiene 25 años, la que era mi compañera, su madre, tampoco lo tiene. Es posterior a cuando tuve mi hijo, eso seguro. Estaba aquí, en Barcelona y me lo dijeron en la Modelo, en un control, en el período parece que fue. Allí empecé el tratamiento y te daban un *chorro* de pastillas. Fue en el 96 ó 97, te daban combinados de 8 ó 12 pastillas. Se estaba probando, había pastillas que no existían». (Juanjo, “parroquiano”, 1964)

En los años 90, el inicio en el consumo de heroína no suele producirse como en los iniciados en la década anterior. Durante esta etapa, ya se toman medidas preventivas y de promoción de la salud para evitar y reducir los daños producidos por el consumo de heroína por vía parenteral. En esta época, la oferta masiva de nuevas drogas en los espacios de ocio, como el éxtasis, (Gamella y Álvarez, 1999; Usó, 1996:352-355), o la popularización de la cocaína (Díaz, Barruti y Doncel, 1992; Usó, 1996:347-352), inhiben el acercamiento temprano a la heroína, sustancia que generó un gran desprecio entre los jóvenes por su mala fama y consecuencias negativas asociadas. Sin embargo, la práctica de la inyección de heroína y/o cocaína persistía, aunque muy localizada en situaciones particulares de inestabilidad familiar y exclusión social. Dos ejemplos claros son Alexis y Miguel. Así lo explicaban:

«A los 15 años me metía mucha *coca* (cocaína) por la nariz, iba con un hombre y mis amigos. Íbamos al Decathlon, sacábamos bambas Nike que ahora no hay porque está el

Footlocker. Nos poníamos las bambas y le quitábamos *los pitos*. Íbamos con un hombre que iba detrás de un amigo mío, era un mariquita cuarentón, hacia como de nuestro padre, lo que le gustaba *el niñato*. *El niñato* le chuleaba de todo, para *coca* y para todo. Yo probé *el caballo* (heroína) por equivocación. Le pedimos coca pero nos trajo *caballo*, *el jambo* se equivocó. Eso fue con 15 años. Me lo metí por la nariz pero yo ya había fumado en el colegio de los mismos negros. [...] Con 16 años probé la aguja. Me gastaba 40 ó 50 pesetas fumando y con 2.000 pesetas (sic) por vena me duraba todo el día. Al día siguiente aún me levantaba *atontadita*, ¿sabes todo el dinero que ahorraba? Yo compraba a los negros que vendían para mi madre, todos los que vendían, vendían para mis padres. [...] A los 16 me pinchaba y me ahorraba mucho dinero, yo no cogí el negocio, nunca. He vendido pero no, porque me lo comía. Lo poco que ganaba no podía ampliarlo otra vez. Tenía que volver a robar y me lo comía todo. Desde ahí, empecé a robar y a ir con gente mucho más mayor que yo. Ya iba con gente de 24 ó 25 años, me iba 3 meses de casa, viví con mi abuela. Vivía pero no vivía, a lo mejor le decía que iba y nunca volvía». (Alexis, “parroquiana”, 1981)

«Empecé a consumir primero *chocolate*, probé una calada y me caí en redondo porque me baja el azúcar. Con 14 años probé la cocaína con rayas. Con 16 lo probé por vena pero no *enganchado*, escondido y tal. Tenía una clase de amigos que iban conmigo y luego me *escaqueaba* con los que eran drogadictos que tenían 40 años, 30 años y yo tenía 16. Me iba a un piso de la esquina de mi casa de Badal. Me dejaba a mis colegas y me iba a *fumar base* (crack) y a *pincharme* también pero *engancharme*, *engancharme*, fue un poco antes de entrar en prisión que me *enganché* a la heroína *a saco*». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Muchos usuarios de los barrios marginales se iniciaron en un consumo intenso a partir del grupo de amigos de referencia. Las chicas suelen iniciarse con sus parejas consumidoras en etapas de malestar o como muestra de fidelidad en el acompañamiento del sufrimiento del compañero (véase apartado 9.1.).

Esmeralda y Vanesa, dos iniciadas en el consumo por vía parenteral a principios de los 90, así lo explicaban:

«Yo empecé con mi pareja, no lo sabía y lo pillé en el lavabo “¿qué haces tanto rato?”, abrí la puerta y lo pillé. Y mira qué gilipollas, “tú sí, pues yo también”. Si parí a los 18,

eso fue con 16 ó 17 años. Para parir me tuve que tomar una raya de heroína grande porque estaba de mono. Por ahí no tomaba metadona, yo cuando la he tomado no ha sido más de un año. Son 6 meses de subida, 6 meses de bajada». (Esmeralda, “parroquiiana”, 1974)

«A los 22 años me metí mi primer pico de coca que ni me enteré. No conocía el *flash*, antes había tomado coca y heroína por la nariz. Pillé un amigo que se chutaba y me metí. Así empecé hasta que me enganché a la coca, caballo y a la aguja y a su *putamadre*. Vivía en mi casa y me movía por el barrio. Hace 18 años se vendía mucho. Can Tunis estaba lleno, todos los que bajaban del autobús iban para allí. Yo me metí de lleno en el consumo porque lo quería probar, simplemente, y al final mira. Tocaba el tema de *uvas a peras*, esporádicamente. Lo tocaba poco, no me iba a buscar la vida para eso. El primer *pico* fue con mi amigo, una pareja que yo tenía y lo quise probar. Él tenía experiencia. No sé nada de él. Ya empecé por mi cuenta. A los 23 ó 24 años ya estaba *enganchada*, iba todos los días y no podía ser». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

Pasada la segunda mitad de los 90, el recorrido hacia el consumo de heroína y cocaína de forma intensiva no sucede como en los casos anteriores. Los primeros consumos se producen en discotecas, *raves* y otros ambientes de ocio, espacios donde se consumen estimulantes (cocaína, éxtasis y *speed*) y alucinógenos (LSD y hongos) (Martínez Oró y Pallarés; 2013:26). Sin embargo, en la muestra estudiada y en diferentes registros del diario de campo, conocí a usuarios con capítulos anteriores de consumo intenso de alcohol. Estos consumos dan problemas y llevan a iniciar un itinerario terapéutico, mucho antes de probar la heroína y/o la cocaína.

Cris y Mick son dos ejemplos. Cris explicaba:

«A los 12 empecé a fumar tabaco, después a tomar alcohol...con el alcohol me *tiré* bastantes años. Desde los 13, hasta hace 3 años me he *tirado* con el alcohol. Me voy controlando, a lo mejor bebo cada *x* tiempo. *Porros* a los 14 y la cocaína empecé *tempranillo*, a los 15, más o menos. Primero esnifado, por la nariz. Antes de pincharnos, fumábamos, hasta de estos dos últimos años. Antes de estos 3 años, estábamos fumando *base* (crack)».

Cris, situaba su problema del consumo con la heroína y la cocaína por vía parenteral a partir de los 24 años, pero anteriormente, ya había estado en tratamiento en una comunidad terapéutica, por un consumo intenso de alcohol y cocaína por vía nasal:

«Estuve 9 meses en un centro (comunidad terapéutica) de Tarragona, con 23 años. Por el tema del alcohol y en parte de la *coca*. Por las dos cosas. Era un centro terapéutico, estuve 3 meses encerrada y 9 meses sin ver a él porque no me lo dejaban ver. A mis padres, los veía los fines de semana. Era, más que nada, por el alcohol; porque ahí sí que me *desfasé*. Salí de ahí y entonces iba a psicólogos por cómo estaba en mi casa, con mi familia...yo ya vivía con Javier. Estuve una temporada y volví a casa de mis padres. Me *metí* en un psicólogo porque todo me quedaba muy grande y me tuve que *meter*. Era por la familia, mis padres, por todo». (Cris, “rutera”, 1985)

Mick explicaba cómo comenzó a consumir drogas y los problemas psicológicos que le llevaron a consumir alcohol de forma intensa:

«Yo, a los 14, fumaba porros y tomaba *tripis* (LSD), *speed*, pastillas (éxtasis),... la *coca* (cocaína) a los 18 y no me gustó y casi no he tomado. [...] Desde los 20 años que me diagnostican ansiedad y depresión social. Si bebo 5 voll-damms no pasa nada, pero si me voy de *rave* y me tomo 4 litros de calimocho, 4 *cubatazas* y 4 voll-damms, me voy a dormir, me levanto, como y me voy al sillón y me dan ataques de ansiedad. Siempre después de beber alcohol. Me *pilla* de resaca, de normal pocas veces. Aunque a lo mejor, después de comer, me pongo una peli americana tonta y cuando empiezan a salir los créditos y estoy solo me coge ansiedad. Me cuesta respirar y se me duermen las manos; soy yo, que somatizo».

Estos problemas con el alcohol le llevaron a buscar tratamiento, teniendo varios episodios de recaída con un consumo intenso:

«Yo al CAS fui por primera vez, antes de tener a la niña en el 2004, me fui para dejar el alcohol. No había tomado aún heroína pero estaba con la madre de mi hija. Me dijeron que no pintaba nada allí y que no era alcohólico. Bebía whisky y cerveza, ni Coca-Cola ni nada. Entonces, me llevaron a la Maternitat (Hospital Clínic) y me dijeron de ir lunes y viernes, para hacer muestras de orina y así estuve un par de meses. Eso fue en el invierno antes del verano sin beber, volví al invierno siguiente, en febrero volví a beber a saco. Recaí y dejé de hacer las *orinas*».

Mick relataba cómo conoció a la madre de su hija y los problemas que tenía con el alcohol que condujeron a la separación definitiva tras una recaída:

«La madre de mi hija, la conocí un verano de 2004, porque ese verano dejé de beber. Estuve antes en los Sanfermines 3 días, luego una noche en Benicàssim, en la *rave* de al lado, tomé *tripis*... la cuestión, ese verano la conocí. Ella se metía *speed*, fumaba *porros* como una condenada, yo los dejé a los 20 años. Ella bebía alcohol pero los fines de semana, entre semana bebía Coca-Cola. La conocí, yo estaba sereno y me tiré un mes para ligármela. Entonces eran las fiestas de Sants, yo estaba sentado porque me daba vergüenza pero estaba claro, y dije venga, me tomé 3 quintitos, la pillé por la cadera y muah! Nos hicimos “novietes”; a los 4 meses se quedó embarazada. Tuvimos la nena y a raíz de eso, ya empecé otra vez a beber. Los fines de semana nos metíamos *speed*, yo alcohol y ella *porros*. Alcohol casi a diario. Algún día entre semana me tomaba algún *tripi* y *speed* en fin de semana juntos. Estuvimos un año juntos y ella estaba cansada por el tema del alcohol y yo le dije que haría un esfuerzo, lo dejé un mes, me quedé un fin de semana con la niña y ella se fue de fiesta. Así 2 ó 3 meses y yo me quedaba en casa con un colega epiléptico que no puede beber y jugábamos a rol como cuando teníamos 14 años. Tenía 25 años y jugábamos a Magic, a la Play como locos, así hasta las 6 ó 7 de la mañana, llegaba la madre de mi hija con *el puesto*, con mis colegas de toda la vida, con bebida, cuando yo estaba intentado dejar el alcohol. Entonces yo le dije que estaba haciendo el esfuerzo y que no viniera con todos con bebida. Así cada *finde* con los dientes más largos. Le dije otra vez y volvía a salir a la semana siguiente. Hasta que una semana llegaron todos y cogí una botella y empecé a *privar*. Ella me miraba raro pero empecé a *privar*: pum, pum, pum. Eran las 8 de la mañana, se acabó la *priva* (alcohol) y bajé al súper a por más. Así un día y otro y ella decía que era egoísta, avaricioso, me daba igual, no me interesaba si no me apoyaba en una cosa y parecía que yo era el único culpable. Al final se acabó la relación». (Mick, “fiestero”, 1981)

Entre los nacidos a finales de los 70 y los 80, en su mayoría, la entrada en el consumo de drogas coincide con la masificación de los espacios festivos en discotecas de música electrónica (música mákina) y las fiestas ilegales en casas okupas y *rave*, consumiendo sustancias estimulantes, sobre todo éxtasis. Durante un periodo medio, refieren experimentar las sensaciones del *buen rollo*, hasta realizar los primeros consumos de cocaína y heroína que pronto sucederán de forma intensa. Pasado un tiempo, el consumo de heroína y/o cocaína adopta otro significado.

Jonatan y Erika así lo explicaban en la entrevista:

«A los 17 empecé a trabajar con mi padre, era una empresa familiar. Iba cuando quería porque a lo mejor me había pegado 3 días de fiesta y no iba. De los 14 a los 17, a lo mejor, me tiraba 3 días sin aparecer por casa, me iba por ahí con los colegas de fiestas, llegué a estar una semana sin aparecer por casa. [...] A los 17, me voy a vivir con el viejo y su mujer. Llevan como 13 años de relación. Empiezo a ganar en la obra bastante dinero. Era peón de albañil y ganaba unas 200 mil pesetas al mes. Con 17 ó 18 años con ese dinero, imagínate. Era desaparecer el viernes y aparecer el lunes por la mañana. Fatal. Con mi padre estuve 6 ó 7 meses trabajando y acabé mal con él, por mi problemática de consumo. Era *coca* esnifada, *porros* y algún *tripi*. Con 20 ó 21 ya fue cuando empecé a consumir intravenoso». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Empecé a consumir a los 16 ó 17 años yéndome de fiesta. Yo trabajaba pero los fines de semana tomaba pastillas, vendía pastillas, *tripis* que si alcohol que si no se qué... a los 20 empecé a fumar *coca cocinada* (crack). A los 25 empecé a pincharme coca, yo el *caballo* (heroína) casi no lo he tocado. Toqué el *caballo* a los 25, en Zona Franca, pero no era lo mío». (Erika, “pasajera”, 1983)

Sin embargo, conocí a muchos usuarios que durante años consumen drogas sin generar un problema alrededor de las sustancias. Durante años, estudian, trabajan, inician relaciones llegando a formar una familia, consumiendo sustancias sólo en fiestas.

Kike y Berta son dos ejemplos. Así lo explicaban:

«De pequeño, en mi época, había más variedad. La gente no era tan cocaína *a saco*. Era probar micropuntos (LSD), *tripis* (LSD), pastillas, *speed*, mil clases de drogas hasta que llegas a la cocaína, no como ahora que la gente va directo a la cocaína y la heroína. La heroína la probé a los 18 años y no me gustó cómo me sentía al día siguiente y no la volví a tocar hasta los 30 años. [...] La cocaína la tomaba socialmente esnifada de los 18 a los 30 años, de fin de semana. Había más colas en los bares para *meterse rayas*, a parte que en Galicia todo el mundo te invitaba, era muy sociable. Había más colas para *tomar* que para mear. No suponía un problema para mí, para dejar de trabajar, hasta que empecé con el *caballo* fumado (heroína por vía pulmonar). Eso te marca más. La cocaína se usaba para follar toda la noche con mi pareja o en plan social. No era un rollo de encerrarte tú sólo a consumir». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Yo sólo había probado la marihuana, el alcohol y un poco de cocaína. Empecé a consumir drogas duras a los 39 años, antes no había consumido casi. Empecé porque los amigos lo hacían y entonces, me pareció muy diferente. Comencé hace 6 años aquí, en España, con un grupo de amigos, ahí es cuando enfermé. Empecé con *porritos* de marihuana y hachís. No sé cuándo se vuelve un problema. Se da problemas porque siempre estoy pensando en ellas y no me deja hacer mis cosas como una persona normal. Porque siempre quiero estar *entonada* porque pienso que me salva la vida y me siento algo especial y la verdad es que no. Todo esto me ha dado problemas con la familia». (Berta, “parroquiana”, 1967)

El uso de drogas de forma ocasional o habitual en fiestas sucede en paralelo con la gestación de problemas personales y familiares. Con el tiempo, el uso de drogas se intensifica con el objetivo de paliar el malestar diario y, posteriormente, toma centralidad en la vida de los participantes agravando sus problemas personales e impidiendo el desarrollo de las actividades cotidianas (trabajo, ocio, amistades y familia).

4.4. El origen del malestar hacia el consumo intenso

Son diversas las motivaciones de la iniciación en el consumo de drogas: por curiosidad, como forma de inclusión en una colectividad, por diversión, etc. Sin embargo, conocer las motivaciones para mantener un consumo intenso y diario requiere retrotraernos en el tiempo, para buscar sus causas. Los participantes, a lo largo de su vida, han utilizado diversas sustancias buscando una serie de efectos físicos, psíquicos y sociales para dar respuestas a las incógnitas de su existencia. Las drogas se instrumentalizan para cubrir el malestar diario de los participantes, usándolas con un significado más profundo que los efectos químicos predeterminados asignados a las diferentes sustancias. Los procesos de drogodependencias no son el resultado de generar una tolerancia a una sustancia determinada y un consumo reiterado para conseguir los efectos de los primeros consumos de las mismas. Básicamente, el objetivo de intensificar el consumo de drogas, es el alivio o anulación de una serie de malestares diarios originados en los procesos de socialización de los participantes. Estas causas se desarrollan a continuación, y en los puntos 4.5 y 4.6. Seguidamente, analizo las causas primarias que conducen al uso de las drogas como forma de autoatención.

4.4.1. La falta de referentes parentales

En los discursos de los participantes, la educación recibida en el seno familiar es determinante en los problemas desarrollados a lo largo de la socialización. La mayoría refiere haber tenido problemas en la infancia, situando la figura del padre como el eje de los conflictos. En la valoración que realizan, el padre es el productor de la disfuncionalidad familiar, bien sea por los comportamientos violentos hacia la madre e hijos o por la falta de responsabilidad hacia ellos.

Cris y Esmeralda así hablaban sobre sus padres:

«Mi padre ha sido un maltratador de mi madre y de mí. Somos cuatro hermanos, soy la pequeña, pero a mis hermanos no les ha tocado, no han tenido ese trato con ellos. Conmigo sí. No es que haya tenido una infancia agradable pero tampoco ha ido mala. Mi madre, la pobre, es una maltratada». (Cris, “ruterá”, 1985)

«Me intentó violar, era alcohólico, muchas palizas a mi madre, yo me metía por medio. Si no me voy me hubiera violado; con mi padre *cero patatero*, lo intenté matar. Era más joven y busqué veneno pero era una niña y no sabía dónde buscarlo. Lo hubiera matado y se lo hubiera dicho al juez con la boca llena, “señoría, he matado a mi padre”. Mi padre le metió una paliza a mi madre que le rompió la aorta de un derrame cerebral. Estuvo en la UCI y el día de la virgen del Pilar, empezó a resucitar. Casi *se la carga*, yo iba a ver a mi madre el hospital de la Virgen de las Nieves en Granada». (Esmeralda, “parroquiiana”, 1974)

Los problemas familiares pueden conducir al divorcio temprano de los padres, produciendo una nueva situación generadora de inestabilidad emocional de los entrevistados.

Así me lo explicaba Jonatan:

«Mis padres se separaron que yo tenía 6 ó 7 años. Cuando yo nací mi padre desapareció y a los dos años, volvió a aparecer otra vez. Lo que pasa que como desapareció yo tengo los apellidos del padre de mi hermana. Mi hermana es de otro padre y mi padre no me quería dar los apellidos. No me reconoció como su hijo y me reconoció el padre de mi hermana. Mi padre, padre, representa que no es mi padre. Me los dio el padre de mi hermana que murió en un accidente. Mi padre cuando ha ido a verme a la cárcel no lo

han dejado entrar porque yo tengo unos apellidos y el otros y no tiene un papel que *represente* que es mi padre». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Y Juanito, un “parroquiano” de 39 años del CAS Fòrum que conocí una tarde de principios de junio de 2014:

«Mis padres se separaron cuando yo tenía 8 años y lo hicieron de forma salvaje. Yo iba de casa en casa con gritos y malos rollos. Y así acabé, que no comprendía la situación y *la liaba* con todo el mundo, peleándome con todo *quisqui*, desde bien pequeño. A lo mejor estaba en casa de mi padre y le decía que me iba a Badalona a jugar a baloncesto y ni tan siquiera me llevaba una pelota. Me iba por ahí a *liarla* pero como era menor, no me podían aplicar ningún delito. Más tarde, ya me puse mis pelos rojos y me peleaba con todo el mundo, me daba igual que me viniera *un pelao* (*skinhead*) y me dijera que era *Red* (comunista) o *Sharp* (antirracista), yo le daba igual, es que yo soy un poco así, desde pequeño he tenido ese problema. Ya con 17 años vivía con mi novia en una *okupa*, iba con una cresta y me tocó ir a la mili. Allí también *la liaba*, rayando los coches de los mandos... esos me cogían y me pegaban cada paliza. Después, con 20 y algo, le pegué una paliza a uno que se la tenía jurada y tuve que entrar en prisión... mi abuelo pagó y sólo estuve 2 años de los 8 que me pedían...ya con 23 años, ya estaba muy *liado* con el tema». (Juanito, “parroquiano”, 1975)

En otros casos, la figura del padre desaparece marcando gravemente la infancia de los participantes. La pérdida del padre, bien sea por la falta de responsabilidad hacia el hijo o por su muerte, produce conflictos e inestabilidad en el seno familiar. Miguel y Dave, hablaban de su situación cuando mueren sus padres:

«Mi padre falleció cuando yo tenía 10 años, de 9 años y medio para 10, me acuerdo perfectamente, el 8 de mayo. [...] Cuando se murió mi padre, fui a un psicólogo y fui nada y menos, me daban Trankimazin (benzodiazepina) 15 miligramos y me lo daba mi madre y estuve yendo muy poco tiempo. Mi padre era mucho para mí. Yo iba a hacer pipi y mi padre me cogía el pito, yo me acuerdo de eso. Me acuerdo de cosas pequeñas cuando yo tenía 5 años, cosas bonitas. Se me murió muy joven de cáncer de pulmón. Yo asocio lo de mi padre con que yo haya tenido cosas duras en mi vida». (Miguel, “fiestero”, 1981)

«Mi padre murió con 33 años y yo tenía 11 años y eso fue para mí *un directo* claro; para mí, mi padre... me faltó esa cosa para no meterme en problemas, me faltó... yo, parte

de las cosas, las hice porque me faltó, por eso, dicen que no hay excusas pero mi padre tenía su trabajo como padre para... y claro, yo a esa edad hacia lo que quería, era el rey de la casa». (Dave, “fiestero”, 1978)

Erika también perdió a sus dos padres, que eran drogodependientes, y recibió abusos sexuales de su padrastro. Erika, achacaba sus malestares actuales a la relación que mantuvo con sus padres adoptivos durante su infancia:

«La familia es importante, pero parte de culpa la tienen mis padres adoptivos porque son ellos que hacen que yo haya tenido este tipo de vida. Ellos lo saben y mis padres también lo saben. Ellos allí y yo aquí. Mis padres no tienen ningún acercamiento, hablo con ellos, pero no puedo estar con ellos. Ya me lo dijo mi educadora de CECAS (piso terapéutico) que yo no puedo estar con ellos ni una semana, porque mi padre me tocaba, mi madre le daba celos y no me daba ni caricias. No se puede contar con ellos». (Erika, “pasajera”, 1983)

Otro caso es el de Alexis que desde muy pequeña vivió la desaparición de su padre biológico (un marroquí que volvió a su país tras salir de prisión), la muerte por sobredosis de su padrastro y la de su madre a causa de la infección por VIH, dentro de un ambiente de tráfico de drogas y marginalidad. Así lo explicaba:

«Los ojos son de mi padre pero yo no lo quiero, porque mi madre estaba enferma en la cama, empotrada, se tiró 4 años en la cama y no llegaba a 30 kilos. Él le metía los picos, lo pillé y lo eché de casa. Yo me quedé sin madre con 13 años. Lo de los picos era a los 11 años, cuando mi abuela se iba al mercado, yo me quedaba vigilando a mi madre. Nos poníamos a ver las telenovelas y él vivía en mi casa con la condición que no vendiera drogas en mi casa. Mi madre le decía que “lo que mi hijo quiera”. Yo no lo quería porque un hijo no se paga con dinero, ni con chándal, ni nada. Un hijo se compra con cariño, el cariño no se compra, tienes que dar el cariño. No como mi padrastro que me daba buenos consejos, viendo que lo mío era de nacimiento, porque se pensaba que yo era una niña. Mi padrastro estaba con mi madre cuando ella estaba de 3 meses. Sabía que ella estaba preñada y se hizo cargo de mí hasta los 12 cuando mi madre estaba pagando cárcel y todo el rollo. Se hizo cargo de mí, teniendo él más hijos. Cuando muere mi madre, cuando yo tenía 13, ya me metía *rayas de coca* (cocaína), *tripis* (LSD) y todo».

Alexis explicaba el consumo de drogas de sus progenitores:

«Antes se murió mi padre, que tenían kilos de *coca* y de *caballo*, y tres cajas fuertes de herramientas amarillas o anaranjadas de color óxido. Teníamos tres cajas que una estaba llena toda de billetes, otra llena de oro y otra de *coca* y heroína, de lo que consumía. Mi madre tomaba heroína y mi padre cocinaba cocaína (*crack*) no con cuchara sino con cucharón. Mi padre *se cocinaba* 20 gramos o 30. Tenía una pipa de cristal duro, con una serpiente de oro alrededor con dos diamantes en los ojos. Lo vio en un tatuaje y se la hizo con el oro que teníamos en una caja fuerte».

Continuaba hablando sobre la muerte de su padrastro:

«Mi padrastro era gitano, era de La Mina. Se murió con la pipa en la mano, yo era un crío, se murió antes que mi madre, 5 años antes de mi madre. El médico le dijo que no fumara ni bebiera y él sólo se alimentaba de leche condensada de la Lechera, era lo único que comía. Mi madre estaba en el lavabo metiéndose un pico y yo avisé a mi madre. Se estaba ahogando y reventó el cristal de la pipa y mira que se caía al suelo y no se rompía. Mi madre no me hizo caso pero si me lo hubiera hecho, se hubiera salvado; todo porque no se encontraba la vena. Se lo metió, salió del baño y se dio cuenta y llamó a la ambulancia. Lo que dura un cigarro se murió, si hubiera reaccionado antes, se hubiera salvado. En la ambulancia se fue vivo, lo metimos en Peracamps, mi madre *enchegarse* (encenderse) un cigarro por ponerse nerviosa y salir la enfermera y decir que se había muerto. Eso me *jodió* a mí y le cogí mucho odio a mi madre».
(Alexis, “parroquiana”,1981)

La falta de referentes parentales o los problemas de pareja entre los progenitores según los participantes, conduce a un consumo de drogas intenso para paliar las incógnitas y la irresolución de una socialización primaria llena de episodios violentos, falta de apoyo emocional y de un espacio de seguridad para el desarrollo vital.

4.4.2. Las relaciones de pareja

En la etapa adulta, se abre un nuevo capítulo en el ciclo vital de los participantes. Comienzan los primeros consumos de drogas y las primeras relaciones sentimentales. En este trance, muchos participantes, arrastran los problemas no resueltos en la infancia y adolescencia que acaban mezclándose con las diferencias y encuentros en el seno de la pareja. Estos problemas se intensifican cuando la pareja del participante también es

consumidora y se establecen roles de supervivencia que generan discusiones, peleas, rupturas y un malestar aún mayor.

En el anterior punto, he hablado de los casos de Esmeralda y Vanesa, dos usuarias que se iniciaron en el consumo con sus respectivas parejas. En ambas, la ruptura de pareja es el detonante de la intensificación del consumo de drogas. Esmeralda lo recordaba así:

«De VIH fui yo, me quería quitar la vida, me tiré de un 4º piso y no me rompí ni un hueso. Me podía haber quedado inválida, lo hice por amor en Sant Feliu de Guíxols. Estaba *colada* por ese chico y me dejó por una puta mora. Me dolió tanto que me tomé dos botes de frankimazines (benzodiazepina), dos *cubatas*, y fui probando portales hasta que encontré uno abierto y no me hice nada porque me fueron amortiguando los tendedores. Antes de saltar, fui yo la que cogió una jeringuilla con VIH porque pensaba que me iría rápido, no se sabía nada, mi madre tenía todas las cucharas y todo marcado. Eso fue hace unos 20 años». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

En el caso de Erika, teniendo problemas con sus padres adoptivos, sus problemas se intensificaron con su pareja que también era consumidora. Así lo explicaba:

«Para mí empezó el problema a los 20 cuando empecé con mi ex. Yo trabajaba, salía los fines de semana, era una chica de barrio normal. Siempre buscaba gente del barrio pero me ponía todo morada de *cubatas*, de *coca*, y conocía a uno, era mayor que yo, y él fumaba. Yo empecé a fumar, me hacía daño psicológico, me encerraba en casa y dejé de *currar*, a mis padres y la gente de la calle. Cuando me vi sin nada, me intenté suicidar un montón de veces, no quería vivir». (Erika, “pasajera”, 1983)

En los casos de Kike y Mick, el desencadenante de un consumo intenso de heroína, también se produce a raíz de la ruptura de pareja. Kike tomaba cocaína de forma lúdica los fines de semana y Mick estaba en un proceso de deshabitación del alcohol coincidiendo con el nacimiento de su hija. Ambos habían conocido la heroína pero como experiencia aislada a lo largo de su trayectoria como consumidores de drogas. En el momento de la ruptura, se iniciaron en el consumo intenso de la heroína como paliativo de sus malestares. Así lo describían:

«La culpa es de uno mismo, pero coincidió que después de una separación de pareja yo lo pasé mal, no sólo por la separación sino porque la tía me *putea* diciendo que me quería mucho y cuando nos veíamos, *me montaba una gorda* o me decía que estaba

liada con otro o *tal*. No la disculpa, pero eso coincidió que conocí a un chaval que era hijo de un guardia civil y él si estaba tonteando inconscientemente con eso y él me empujó un poco a eso, al consumo de *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) fumado. Él, no me obligaba pero a alguien que sea mi amigo, nunca lo empujaría a eso si no lo hubiera consumido antes. Él, era un cabroncete y se veía *enmarronado* y necesitaba apoyo moral y tiraba de mí y empezó a meterme en esa mierda. No lo culpo a él, la culpa es mía. Se vuelve el consumo intenso pero tardé años en saber qué era un *mono* porque mi genética y mi organismo, como empecé tarde y tal, pues hasta que no sabes que es los efectos de un *mono* (síndrome de abstinencia), *mono*, pueden tardar años. Lo probé dos veces con 18 y luego con 30 y desde ahí hasta ahora he seguido. Se juntaron dos causas, dejar una relación que la tía vacilaba. Volvía y me decía que estaba *liada* con otro y luego *el rollo* de este colega que te empujaba. Las primeras veces te invitan, “prueba esto, es la *hostia*”, él quería que le acompañara al poblado gitano porque tenía más miedo que yo y eso que yo no me movía en esos ambientes. Quería un aliado pero no le puedes echar la culpa a nadie. Y el *rollo* de pareja estuvimos 3 años pero fue un *rollo*. Me decía que me quiere y me la *liaba*. No fue la ruptura sino que me hizo daño. La culpa es de uno por eso». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Yo llego a la heroína porque un amigo de nuestro grupo, estaba fuera del país, no quiero decir el nombre porque está muerto, con su hermana y otro amigo. Los tres eran colegas del grupo de los 14 años y los tres estaban pillados por *el tema*. Son colegas de aquí, pero se fueron a vivir a Alemania a acabar de estudiar la carrera. Bajaban de tanto en tanto a Barcelona a ver a la familia. Un año, uno de ellos, yo estaba viviendo en una *okupa* y me vino a ver a mí. Hablando y hablando me dijo si *tomaba*, tuvimos una detención y sacó una *papelina* (dosis) de la bota, *rollo* James Bond y me invitó a tomar una *raya*. Más adelante, me volvió a invitar y nos metimos *un chute* en Baluard. Yo tendría unos 25, un año después de separarme con la *niña*. Ya lo probé, para mí fue una pasada y con eso me olvidaba de todo. Esto es la madre del cordero». (Mick, “fiestero”, 1981)

Estos son algunos casos en los que el motivo del consumo intenso de drogas se produce por una ruptura sentimental. Si bien, a lo largo de las vidas de los participantes, los problemas de pareja y las recaídas en el consumo de drogas se producen de manera cíclica produciendo un deterioro y fin de la relación. Jonatan me habló de su caso:

«Cuando estaba con Laura, mi novia, intenté dejar la metadona yo solo. Lo hacía con *un par de huevos*, sin salir de casa. Fumando *porros*, con mis Rivotriles (benzodiazepina), mis Tranquimazines (benzodiazepina), casa e intentándome buscar alternativas. Cuando hablo de esto me enciendo de una manera, tío. Mira si fui *gilipollas* porque lo tenía todo con esa chavala. Nos íbamos el fin de semana de parejita al camping, me cago en la puta, tío. Qué *gilipollas* fui. [...] Fue caer en prisión y la distancia hace el olvido. Querirme me quería con locura, lo que pasa que mira. Caí en prisión, teniendo una medida alternativa, por no llevarla bien y no tener un positivo. Fui un *pringao* de mierda y empecé a consumir otra vez y me metieron preso, soy un *pringao* de mierda. La vida es un cúmulo de causalidades y a veces uno no tiene la mentalidad para afrontar las cosas. No tienes fuerzas de voluntad. Yo llevaba un año y medio con ella y parecía que lleváramos media vida. Fue muy intenso, siempre estaba conmigo viviendo con ella». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Los problemas de pareja entre los participantes, se viven como una reproducción en primera persona de los problemas vividos durante la infancia y adolescencia, relacionados con los problemas de pareja de sus progenitores. Según los entrevistados, la pérdida de compañía justifica las razones de intensificar el consumo de drogas como paliativo del malestar personal.

4.4.3. La pérdida de hijos

Los participantes han sufrido situaciones traumáticas en la familia y en la pareja pero con el tiempo, también las viven como padres. Existen diferentes causas que conducen a intensificar el consumo de drogas en esta fase. En muchos casos, entre los hombres que conocí a lo largo del trabajo de campo, se produce al no asumirse la figura paterna que era esperada por parte de la esposa. Esta situación genera desencuentros que rompen con la relación y que producen un distanciamiento de los hijos, conduciendo a los hombres a un consumo intenso que empeorará los trámites de la custodia y la responsabilidad hacia los hijos. En el caso de muchas mujeres consumidoras, las dificultades de asumir la maternidad en procesos de consumo intenso suelen levantar las alarmas de los dispositivos de servicios sociales de atención a la infancia. Desde éstos, se toman las medidas pertinentes que conducen en muchos casos a la pérdida de la custodia de los hijos. Por ejemplo, esta situación fue vivida por Esmeralda, quedando su hija a cargo de su madre. Un caso similar pero con graves causas y consecuencias es el

de Edgar, que durante su etapa como mujer, tuvo dos hijos y con el tiempo éstos quedaron custodiados por la familia y servicios sociales. Este era su relato:

«Para mí la familia es mierda, hipocresía y falsedad. Es lo único que conozco de una familia. El concepto familia no lo conozco. Viví con mis padres pero nunca fue un ambiente muy familiar. Con 8 ó 9 años sólo había problemas. Con el padre de mis hijos bien, hasta que las cosas se complican. Intenté solucionarlo pero no fue posible. Se murió después, hace 15 años, los hijos me los quitaron, intenté remontar pero te vas *de Guatemala a Guatepeor*. 24 años sin familia y sin nadie que te apoye es difícil remontar. Mi niña pequeña está en un centro y mi hijo se ha ido con la hermana de mi cuñada. Ya pasó por un centro y no quería volver a pasar. Mi cuñada es la mujer de mi hermano, se ha ido con su hermana. La niña pensó que la familia es una mierda y se fue a un centro. Ahí está, sola, con 15 años. Si ves que toda una familia es una mierda, es normal que no la quieras. Supongo que yo tendré parte de culpa. Nunca he tenido apoyo de mi familia. [...] Murió mi mujer (rehízo su vida con una chica), me quitaron mis dos hijos...a partir de ahí...yo ya me había criado en un orfanato, ver que mis chicos pasaban por el mismo trago fue bastante doloroso y tuve que pedir ayuda psicológica. [...] Ahí, me hundo porque ahí ya vi que lo perdía todo. Antes, yo iba viviendo y veía a mis hijos crecer, pero ven que yo seguía autodestruyéndome. Eso les hace daño y eso ya te duele. Ellos son conscientes de lo que pasa y eso es un problema. Ves que te habías distanciado de tus hijos y ahora es aún mayor». (Edgar, “rutero”, 1974)

Otro caso es el Dave, que habiendo perdido a su padre a los 11 años, tuvo que revivir esta situación desde la faceta de padre. Este hecho, antecede a los problemas familiares con los padres de su pareja, que no aceptaban que su hija se hubiera quedado embarazada de él. Así lo contaba:

«Luego conocí a una chica marroquina, tuve una hija y murió. Yo tenía 27 años, trabajé en un bar, luego trabajé en la Nissan, lo dejé todo y no me *metía coca* y no me *metía* nada. Yo volví a casa de mi madre, entonces el padre era *moro* y la madre era española. Ese hombre tenía costumbres religiosas musulmanas, rollo raro, era un hombre muy majo, era un tío trabajador que ganaba 3.500 euros al mes que daba clases en la universidad. Era un tío muy inteligente que tenía, no sé que tenía...era ingeniero industrial y daba clases no sé dónde. Entonces, el tío cuando le dije que la niña estaba embarazada me quería matar. Cuando volvieron de Marrakech, yo le dije: “mira Samir, que yo...su hija está embarazada”... “*hijodeputa*, te voy a matar”; fue a la cocina,

cogió un cuchillo, y si no llega a ser por el hermano que le hizo la *trabanqueta* y se cayó... Entonces vino la Guardia Urbana y yo les dije que había una niña que estaba embarazada y que por favor subieran porque a mí me había sacado un cuchillo. No pasó nada, estuve un mes sin subir a su casa y luego todos contentos: “*bli, bli, bli, bla, bla, bla*”, pues se murió el bebé con un año y medio de un ataque al corazón».

Tras la muerte de su hija, la pareja se disolvió y Dave reabrió diferencias del pasado con su familia (madre y hermana) e intensificó el consumo de cocaína por vía pulmonar, buscando soluciones a su situación por todo el territorio español, hasta iniciar un consumo intenso de heroína por vía parenteral. Así lo explicaba:

«Yo empecé a consumir heroína cuando murió mi hija. Yo intenté suicidarme tres veces con 26 años. Fui a Tarragona...yo ya lo había probado 5 veces ó 10, sí yo lo sé, pero yo seguí con la *coca* (cocaína), la vendo y yo iba con mi amigo Fran, que se tiró de un séptimo piso. Tenía problemas psicológicos. Eso fue con 27 años en la misma época. Y entonces, pues bueno ahí ya tomaba heroína pero no tanto... yo me fui a vivir con mi hermana a Santa Coloma, en la Calle Roma, pero yo no me llevaba bien con ella. Entonces no podíamos hablar, teníamos problemas... entonces mi madre le decía “como yo pago el piso, tú hermano tiene que estar aquí y es mi hijo”. “Entonces no quiero problemas”. Mi madre era una mujer buena, sana y no sé cómo se dejó dominar. Yo me *monté en el hombro* pero no con maldad, yo por las drogas pero mi hermana (de dos años menos) *se montó* por maldad. Entonces, yo me fui de ahí para desengancharme de la *coca* a Galicia... yo la heroína la había probado, pero yo sólo tenía problemas con la *coca*,... yo lo probé, me *pinché* 10 veces. No lo esnifé, ni lo fumé, desde el primer día fue *pinchado* porque yo le dije al chaval que me explicara tal como era y ya fue directo. Aparte, yo lo quería por la vena, no quería ni fumar ni esnifar, yo quería *pincharme*. Es como que tú tienes mucho dinero y dices “o me compro un buen coche o no...” Yo dije “me lo voy a meter por lo bueno, por lo fuerte”,... Lo probé, me fui a Galicia porque yo tenía una prima y me *enganché* otra vez a la *coca* porque allí la *coca* está muy buena, hay unos bares que *tal y cual*. Mi madre me enviaba dinero, luego me fui a Tarragona y allí conocí a una gente que tenía el VIH y la A, la B y la C (hepatitis) que vivían de *okupa*. Allí vivía mucha gente pero abajo sólo vivíamos nosotros. Eso es cuando allí, seguramente *pillé* la hepatitis C. Allí empecé a *meterme, a meterme, a meterme* con mucha cantidad... heroína, porque yo nunca me he *pinchado* (inyectado) la cocaína, fumaba *bazuco* (crack) y si que esnifado». (Dave, “fiestero”, 1978)

4.5. De las rutinas del consumo a los problemas económicos y judiciales

En los inicios de un proceso de drogodependencias el consumo de heroína y/o cocaína reporta una serie de beneficios para paliar los malestares de los consumidores. Con el tiempo, surge la necesidad diaria de una búsqueda constante de drogas para anular o paliar los efectos negativos que produce en sí mismo el consumo continuo de sustancias. En ese proceso, confluyen, tanto los problemas personales, como aquellos que se suceden en toda la ritualización del consumo de drogas; desde la obtención de dinero para costearse las drogas, hasta la práctica del consumo y la valoración de los efectos alcanzados. A medida que se intensifica el consumo y las drogas toman la centralidad de la vida de los usuarios, se producen una serie de problemas económicos y judiciales que se suman a los problemas de salud, familiares y sociales.

4.5.1. Bajo rendimiento laboral

Las vidas laborales de los participantes suelen ser cortas o inexistentes. La falta de estudios o de instrucción en un oficio, las altas tasas de paro en épocas de crisis laboral, como la actual, y las escasas oportunidades de trabajo junto con el proceso de drogodependencias conducen a obtener, en pocas ocasiones, trabajos precarios en cortos períodos de tiempo. Entre los participantes iniciados en la heroína en los años 80, apenas se hace referencia a la vida laboral. Ramón, Juanjo y Julián en sus presentaciones explicaban que pronto se dedicaron a la delincuencia (hurtos, robos y venta de drogas) y que, en el caso de haber trabajado, ha sido en periodos cortos sin contrato o con contratos precarios. En los iniciados en los años 90, algunos participantes terminaron los estudios básicos o se iniciaron en el mundo laboral aunque no de forma exitosa. Jonatan y Miguel hablaban sobre estos períodos:

«Después del Mercabarna estuve en un McDonald's, que fue cuando estuve con mi novia. Estuve un par de meses, es que de dos meses no he pasado de ningún trabajo. También trabajé en una empresa de transportes multinacional con carga y descarga, con el traspalé. Estuve un mes o mes y medio. Siempre cobraba y me liaba por ahí. Siempre la misma». (Jonatan, "rutero", 1984)

«He intentado trabajar y lo he hecho en varios sitios. Mi primer trabajo fue a los 16 ó 17 y ya estaba *enganchado*. He trabajado repartiendo paquetes, en la cadena de producción. Duré poco, tres meses como mucho. Luego he trabajado repartiendo pizzas, que hacia unas pellas (no ir a trabajar) que flipas. Me llevaba las pizzas y no llegaban. Luego he

trabajado de *paleta* (albañil) pero esporádicamente, de días. Hace muchos años que no he trabajado; la última vez, trabajé menos de un mes montando antenas y eso hace al menos 2 años con un colega. Tuve bronca porque tomaba heroína y él me decía que iba un poco dormido. El chaval tomaba cocaína y como que no le molaba la heroína». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Es habitual entre los usuarios realizar etapas cortas con trabajos no cualificados manteniendo dificultades para compaginar el consumo de drogas. El bajo rendimiento conduce a la pérdida de estos trabajos y a un continuo cambio de empleos y de dificultades para mantener el consumo de drogas. En otros casos, hay usuarios que sobrellevan el consumo de drogas, compaginando el desempeño laboral con otras actividades para costearse el consumo. Dave así lo recordaba:

«Me vino un chico, un amigo y me dijo “oye Dave, ¿quieres trabajar con x persona?” y yo le dije “pues sí, pues por qué no”, joder, era una carpintería, ¿vale? Yo, era mi primer día y me llevaba mi bocadillo como cualquier persona con tu bocadillo. [...] Ese chico era traficante y yo a raíz de eso, me comentó si yo quería *desto* y yo le dije “pues sí, no estaría mal, tal y cual” y él me dijo a la primera semana “mira, yo te voy a comprar una moto”. Me compró una moto, me saqué el permiso, bueno, no, porque a los 16 años ya no hacía falta sacarse el permiso. Entonces me compró una moto me iba al Gran Velvet, al Chasis, al Cóncor a un montón de discotecas que tú ya te puedes imaginar de aquellos tiempos. Me iba con 300 pastillas en *los huevos*, me ponía en una *punta* a vender, a vender, a vender...llevaba pastillas, llevaba *chocolate* (hachís), llevaba cocaína, menos heroína, ese chico nunca traficó con heroína. [...] Ese me venía y me decía “niño, toma un gramo de *coca y métetelo*” y yo me cogía el gramo de *coca* y me lo *metía*. Y empezaba a *bufar* (esnifar), a *bufar* y a *bufar*... pillaba unos *colocoques que te cagas* y así íbamos a cada faena, a cada faena que era *súper-guapa*, porque íbamos a los pisos y nos *metíamos rayas*... “Oye, mira, que nos han llamado de otro sitio y tenemos que ir a otra calle..., venga que la puerta está mal...” y entonces nos llamaban diciendo “oye que este chico nos decía que me lo iba hacer todo bien y mira como me lo ha dejado” y decíamos “no se preocupe, ya pasamos el cepillo”. Le teníamos que sacar la puerta y teníamos que hacerlo y así íbamos. [...] Bueno, aquí estuve hasta que le cogió la policía porque iba a hacer un *trapicheo* a Eindhoven. Era un traficante *de gran escala*. [...] Pues bueno, lo cogieron y se acabó». (Dave, “fiestero”, 1978)

Dave, se mantuvo durante un largo tiempo trabajando de comercial, de reponedor o en la hostelería, aunque, siempre realizando trapicheos paralelamente. Sin embargo, entró en un proceso profundo de drogodependencia tras la muerte de su hija que le condujo a buscar soluciones terapéuticas y a impedirle volver a trabajar.

Las trayectorias laborales más regulares aparecen en usuarios que intensifican el consumo de drogas en edades adultas. Por ejemplo, Kike recordaba su etapa laboral antes de la “crisis”:

«Mis ingresos hasta ahora venían del paro, después del subsidio, se llama PREPARA. Es un fondo europeo que pone subsidio, lo que pasa que te pone más pegos que antes en el paro. Antes te lo daban automáticamente y ahora tienes que demostrar que estás buscando trabajo, te piden una serie de requisitos que antes no te pedían. Tardas más en cobrarlo, antes el paro lo cobrabas automáticamente. Cuando yo trabajaba y me iban bien las cosas, le dejé dinero a un amigo, amigo, 12.000 euros y ese amigo me ingresa 200 euros y pico todos los meses. ¿Ayuda familiar? Siempre que trabajé no le pedí ni un duro a la familia, pero dos años para aquí sí que tuve que llamar a mi madre para pedirle ayuda. Nunca abusé de eso. Nunca trapicheé, sólo a los 16 para pagarme mis *porros*, vendiendo *posturas* de 5 *porros* para costearme». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Los usuarios que han trabajado en la construcción y otros oficios relacionados tienen dificultades para encontrar trabajo. En esta situación, como muchos otros jóvenes desempleados en el actual escenario de crisis, viven en un estado de incertidumbre e inseguridad con dificultades de asegurarse un futuro en una etapa más adulta.

4.5.2. “Buscarse la vida” y “buscarse causas”

La intensificación de consumo de drogas conlleva, en los usuarios, a la búsqueda de diferentes métodos para poder costearse las drogas, desde métodos legales (mendicidad, prestaciones económicas, prostitución, etc.) a métodos ilegales (hurtos y robos).

El consumo intenso, como ya hemos visto en el apartado anterior, genera dificultades para compaginar la actividad laboral con la búsqueda de dinero complementario para la financiación de las drogas. En muchos casos, la pérdida de trabajo conlleva la necesidad de solicitar prestaciones económicas por desempleo.

Dave hablaba sobre cómo se las ingeniaba para subsistir con el cobro del PIRMI (renta mínima de inserción) y la mendicidad:

«Luego cuando ya llevaba 2 ó 3 años conociendo la calle, conocí el Àmbit (centro de reducción de daños del Raval) y me hicieron la ficha porque era para gente que tomara heroína, que buscara trabajo, para poderte reinsertar...Entonces, una asistenta (trabajadora social) que se llama Silvia, no la que está ahora, me hizo llevar muchos papeles, moverme *pa'riba* y *pa'bajo*, tal y cual. Yo llevé la *desto* para cobrar la PIRMI. Entonces en un mes ya cobraba mi PIRMI. Al primer mes, lo normal me lo gasté todo...los dos primeros meses, y al tercer mes, me puse bien, me cogí una habitación y me puse bien, y fui bajando todo. Llevo viviendo en habitaciones desde 2008. Ahora aquí, ahora allá... yo estoy viviendo empadronado sin residencia específica. Yo pago una habitación que me dejan y ya está». (Dave, “fiestero”, 1978)

Mick relataba cómo sobrevivía con el paro en una época que intensificó el consumo:

«Para mí se complica el consumo a los tres meses de probarlo *por la vena*, tendría unos 24 ó 25 años. Lo volví a probar al cabo de dos semanas, luego a la semana siguiente, luego a la semana más, luego tres días seguidos, al cabo de dos días *pum*; al cabo de la semana era casi cada día. De probarlo a los tres meses, ya estaba enganchado. *Buscándome la vida*, no trabajaba, cobraba el paro, o sea que el paro me lo gastaba en esto. Coincide que llevaba un año que me separé de mi hija». (Mick, “fiestero”, 1981)

También, entre los usuarios es muy común utilizar diferentes técnicas de mendicidad como pedir dinero o la voluntad a cambio de objetos (pulseras o pañuelos) en lugares específicos del centro de Barcelona (metro, pasos de cebra, etc.).

Dave y Jonatan, me contaron cómo conseguían el dinero para subsistir en épocas de consumo intenso:

«Bueno, sí, si no me quedaba más remedio y me faltaba algo de dinero... he pagado casi 300 euros por una habitación, pedía en la calle. Siempre con mi educación y con mi dignidad y con todo. Que me lo daban bien, que no me lo daban, pues nada. Con ese dinero me he llegado a comprar ropa, o una bolsa o me he comprado lo que he necesitado. Porque claro, no me llegaba con ese dinero». (Dave, “fiestero”, 1978)

«Aparte de hacer robos, algunas veces he estado pidiendo en las estaciones, fue una época que estaba cansado de denuncias y juicios. Iba a Sants o Plaza Catalunya y me ponía a pedir. Pedía dinero con la carta de salida de prisión y me daban 3 ó 4 euros, pidiendo con educación y a lo mejor me hacia 40 euros en nada pero claro, luego me *desfasaba*». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Las prácticas ilegales más habituales empleadas en los inicios y a lo largo del consumo diario son los hurtos, robos y la venta menor de sustancias. Además, las entrevistadas refieren haber realizado la prostitución (actividad no regulada) como otro método de obtención de dinero. Esmeralda, Erika y Vanesa la habían ejercido en la zona de Can Tunis, en la llamada *recta* de Zona Franca. Vanesa recordaba esa época y cómo realizaba otras artimañas para costearse el consumo:

«Acabé en Can Tunis loca perdida, muy mal, muy mal. Te ibas en autobús, todo a tu merced, *bolas a 5 pavos*. Te *ponías* hasta las *trancas*. Era el 96 ó 97 cuando conocí Can Tunis me fui para allí. Me *buscaba todos los días la vida* para ir a *chutarme* no hay mucho más que contar (refiriéndose a la prostitución). Luego necesitas para comer, para tabaco y para muchas cosas más pero primero *chutarte*. Yo cogía el 38 con cosas robadas y los mismos agentes de seguridad del bus, te hacían bajar para írselo a vender a los gitanos. Yo les vendía pañales, con tantos niños, toma pañales. Me daban dos *bolas* por cada paquete y llevaba 4. Dos de una y dos de otra». (Vanesa, “fiestera”, 1973).

Vender y revender *bolas* o medicación prescrita, es uno de los métodos habituales para conseguir dinero en épocas de consumo intenso. Ramón me habló de una época en la que se dedicaba de forma regular a la venta de dosis:

«Yo tenía mi pensión y me buscaba la vida. Lo primero para la niña, para comer y pañales, luego para comida y si nos sobraba para una *fiesta* o dos. O si no a vender. Estaba en sección abierta en el 96 y estaba vendiendo. Vendía 40 ó 50 *bolas* (dosis) diarias y luego a dormir en sección abierta. No tomaba siempre, porque había analíticas lunes, miércoles y viernes. Había los Rohipnol, Tranxilium (benzodiazepinas) o *porros*, era lo único que podía. *Coca* y heroína cuando podía porque un positivo ya te regresaban». (Ramón, “rutero”, 1962)

Si bien la práctica ilegal más generalizada en el inicio y durante el consumo intenso son los hurtos y/o robos con fuerza. Alexis me habló de una época en la que, para costear el

consumo propio y de su pareja, ella, se dedicaba al “robo al descuido” (hurtos). También, me contó los problemas en la relación sentimental que empujaron a su pareja a *buscarse la vida* realizando robos con fuerza:

«Yo me dedico al descuido, hurtos. Yo no robo con cuchillos, ni navajazos, ni prostituirme, ni meter tirones... bueno, una vez metí un tirón. Nada de armas blancas, lo mío es ir a restaurantes, vestirme, me gustaba mucho la ropa buena, no como ahora que estoy cansado de robar, siempre robando, ya estoy muy cansado de la mierda vida esta. [...] Luego me junté con un chico de aquí, con el Sami, un yugoslavo. Poco a poco, me comía la cabeza, yo robaba para él también. Lo más que me he llevado ha sido 10.500 euros. Todo en billetes de 500 euros, menos 500 euros que iba en billetes de 100, 50 y 20. Me decían que era tonta porque estaban sólo conmigo por el dinero. Yo no quería *coca*, yo estaba enganchada a la heroína y a las pastillas y me enganché a la *coca* por él. Yo me iba a robar y volvía con 200, 300, 500 con lo que fuera, aunque fueran sólo 50 euros, que nunca volvía con eso, porque si encontraba 50 euros seguía trabajando. Me decían “encima vivís en la calle, con todo el dinero que has tenido y duermes en la calle y haces caso a este...nos damos cuenta que está contigo sólo por el dinero”. [...] Yo le decía “oye, me faltan dos billetes de 500 que no puede ser”, “no, acuérdate de ayer con el *colocón* que compramos no sé cuantas de *coca*...” “¿sí?, ¿Y dónde dejamos los billetes de 500?, si tenemos que ir siempre al banco a descambiarlo o a las Caixas”. Me hacía el *coco* así. Lo dejé por una pelea, en una discusión se levantó y me dio un puñetazo en el ojo. Él venía a buscarme y le decía “déjame que eres un interesado y un muerto de hambre”. Ni siquiera se buscaba la vida, tenía que coger hasta que se me hinchó el coño y le dije “tío, que yo no puedo buscarme la vida para comer los dos y para drogarnos los dos”. Empezó a reventar todos los coches, donde dormíamos». (Alexis, “parroquiana”, 1981)

Otra de las prácticas son los hurtos en centros comerciales. Edgar me contó sus funciones en este tipo de actos para conseguir dinero en épocas de consumo intenso de cocaína:

«La cocaína sube progresivamente pero no te pide un consumo diario. La heroína la tomas un día y a lo mejor al día siguiente no tomas, la cocaína no tiene fin...si tienes 2.000 euros te los gastarías. Con la *coca* tienes ansiedad de pillar más, con la heroína *te pones* y ya está. Yo no pido y no robo, sólo entro en los supermercados para que me vigilen a mí mientras otros están levantándolo». (Edgar, “rutero”, 1974)

Finalmente, otros toman la opción de cometer robos directamente a personas. Jonatan y Javier me hablaron de épocas en las que trabajaban ocasionalmente, pero de cómo pronto comenzaron a cometer robos con intimidación:

«Me *busqué la vida* y me cogí una habitación por aquella zona, el Raval. Empecé a conocer todo eso y a los 21 *caí* en jóvenes, en la Trinidad, robo con intimidación. Estuve trabajando 2 ó 3 meses, no me llegaba *la pasta, la liaba*, llegaba tarde, llegaba drogado, hasta que la mujer, la dueña me dijo que así no podía estar y me fui. Llego al Raval y desde ahora. Entré en la Trinidad 6 meses, salí bajo fianza que me lo pagó mi madre y me volví a casa porque perdí la habitación y todo, ahí estuve unos cuantos meses, no me acuerdo de todo. Ahí otra vez, a mí siempre me ha gustado la vida fácil, *tete*. Yo me meto en un Zara o en un Pull and Bear y me llevo 40 perchas y me voy corriendo y si me van a pillar las tiro como he hecho muchas veces. También he hecho 3 robos con intimidación, en un Prenatal y una farmacia. Le saqué un *cútex* (sic) pequeño y me fui a La Mina y no me dio tiempo a llegar a *los bloques*. Me pilló la policía y ya estaba en la comisaría la dueña de la tienda». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«La cosa empeoró y me di cuenta cuando a los 20 años trabajaba y me fundía 800 euros en una semana. Fumaba cocaína (*crack*) y vi que no podía seguir así. Empecé con un colega que me enseñó a *cocinarme* todo con amoníaco. Me di cuenta que tenía un problema cuando me distancié de todo y me vi solo. No te importa nada, robas a tu hermano que también lo he hecho, padres o lo que sea para consumir y te das cuenta que se te ha ido de las manos. Robaba a mi hermano grande o pequeño, oro o lo que fuera. [...] He sido acusado por robo con fuerza. Tendría unos 25 años, iba con un colega que iba del mismo palo. Él tenía un año menos que yo, íbamos por los cajeros con un cuchillo, es lo que tiene en *mono*. Íbamos tapados y le robábamos a cualquier persona. La droga te lleva a eso a cometer cualquier locura para tener eso. Lo hice varias veces hasta que me cogieron. Estaba *enganchado* a la heroína y entonces... tenía 20 ó 21, estuve en la cárcel». (Javier, “rutero”, 1986)

Estos actos delictivos conducen a entrar en el circuito judicial, siendo muchos sentenciados a cumplir penas en prisión. En esta situación se suma una nueva lucha, resolver la situación penal, codeada con los problemas para sostener un consumo de drogas a diario.

4.5.3. El circuito jurídico-penal

Prácticamente todos los participantes han tenido problemas con la justicia, aunque no todos han tenido que cumplir condena en prisión. Entre los 16 entrevistados formalmente, once han estado en prisión, de los cuáles cuatro tienen experiencias en las prisiones de menores: Ramón, Julián, Alexis y Jonatan. Ramón me habló de su experiencia por las prisiones de menores y Alexis de su paso por los centros de menores y los centros penitenciarios de menores y de adultos:

«Yo ya empecé a los 16, iba con una bicicleta haciendo *la sirla* (robar) y me metía lo que fuera, tabaco, bolsos, lo que fuera. Eso fue por el 77/78 y en 79, entré. Me metían en reformatorios, pero me escapaba. Luego entré en menores. No éramos muchos, éramos 3 ó 4 y nos tenían limpiando por ahí. Entré en Tarragona 3 meses, y yo y otro limpiábamos por fuera la acera y me enviaba *un picoletto* (Guardia civil) a comprar enfrente tabaco, un paquete de Ducados. Era muy parecido a *la Modelo* pero con 3 galerías nada más. Salí absuelto. Luego hicieron espacios para el bis a bis. Y las comunicaciones. Antes no había, ahora sí tienes bis a bis, y 2 comunicaciones semanales. Por eso los mayores *flipamos* con lo que hay ahora, para nosotros es un colegio, antes no era ni un colegio ni nada, era un patio donde nos apuñalamos los unos a los otros. Era la época de *los notillos*, cuando *el Vaquilla*, subía para arriba de los tejados enviado por los mayores, a los menores ahí, *a liarla*. A tirar tejas o lo que fuera, mandado por los mayores». (Ramón, “rutero”, 1962)

«Tendría 15 años, fue en la época que me puse más rebelde. Los del EAIA (Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) decían que yo era una mala influencia para mis hermanos. Yo quería estar con mis hermanos, entonces, salí peor y mis hermanos lo pasaban mal. La asistenta (trabajadora social) les comía la cabeza a mis hermanos. Decían que yo iba a ser una persona como mi madre y mi padre. Mi hermana se escapó una vez porque quería estar conmigo. En el centro de Lérida, me daban cada día 300 pesetas y yo me compraba un *Fortuna*, me lo fumaba en 2 ó 3 días. El cambio me lo guardaba hasta que conseguía 2.000 pesetas para cogerme un billete. Cogía y me escapaba. También me iba a la discoteca grande que había allí con 4 salas, la *Waldentron* a las afueras de Lérida. Cogía y saltaba por un tercer piso. Hasta los 16 iba con aquellos amigos y un señor mayor. Luego vino la policía y sacaron hasta el arma y yo con un cuchillo diciendo «que no, que yo me quedo con mi familia». Mi abuela lloraba al ver esa situación, yo con el cuchillo jamonero, ¿por qué me tenía que ir?

Luego estuve en *Trinidad, Modelo, Brians*...Yo entré a la cárcel con 15 años, en verdad, pero yo decía que tenía 16. Entré en Trinidad, yo dije que tenía 16, porque, si no hubiera ido a un centro de menores. Primero entré por 15 días, luego por dos años. Cuando entraba, entraba por 15 días, un mes, dos meses...luego ya me bajé todas las causas. Venían unos abogados los martes y les dije que me bajarán todas las causas, hablé con mi abuela y dijo que era mejor. Salí en el 2000 con 18 años, en menores ya no me querían. De ahí me fui en primer grado a la 5ª de *la Modelo* que es donde se pagaban los primeros grados. Salí y duré nada robando, duré poco tiempo sin robar ni nada». (Alexis, “parroquiana”, 1981)

En muchos entrevistados, las detenciones y las entradas y salidas en prisión se vuelven habituales. Julián resumía su historial penitenciario relacionado con la venta de drogas y robos y Esmeralda explicaba la infinidad de detenciones que había tenido y su paso por prisión:

«Mis condenas van relacionadas con robos para la droga y por tráfico. Con 16 años entré por primera vez en *menores* de Sevilla y después con 19 años en *la Modelo*. En *la Modelo* estuve preventivo 20 meses, después me juzgaron, me cayeron 4-2-1 y eso lo pagué en el 98, 99, 2000 y luego estuve 7 años, entré en 2004 y salí en el 2011. Ahora tengo un juicio el día 1 de enero y estoy en libertad condicional, acusado de tráfico. Por menudeo. Nunca he hecho una medida alternativa». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«En relación a los delitos, tengo un historial que pesa para las dos manos. Cada vez que me cogen en el juzgado me dicen “hija mía”, pero eso fue de los 20 a los 30. De los 30 para adelante no tengo casi nada. La primera entrada estuve un año en Wad-Ras (centro penitenciario de mujeres de Barcelona). Tuve un robo con fuerza e intimidación, iba con gente que iba al lado, yo pecaba con ellos pero nunca he intimidado a nadie. Una vez me quise defender, cogí una barra de hierro, vino la policía y los que estaban viendo dijeron “está la barra debajo del coche”. Todas estas cosas han pasado de los 20 a los 30. Entré por esto con 20 y estuve un año. Salgo a los 21 y vuelvo a entrar a los 24 otro año. Vas a Wad-Ras y acabas en Brians. Ahora llevo dos años en libertad y desde entonces no he hecho nada. En los calabozos he estado 7 veces y cumpliendo condena 2 veces. La primera un año y la segunda un año y medio. Ha sido por cómplice porque yo ir directamente no he hecho nada. No estoy por robar ni nada. Ahora estoy acusada contra la salud pública porque me *pillaron* con 4 *papelás* en el pecho por hacerle un

favor a un chico de aquí, me *pilló* dos por 20 euros y la policía me *pilló* haciendo *eso*. Me *metieron* contra la salud pública. Como la otra vez, que llevaba unos zapatos que me los habían dado en el CAS y la policía decía que los había robado, ¡porque me quieren meter presa! Actualmente...el otro día vino la asistente social y el médico a un juicio, de 4 años se me han quedado en una multa de 20 euros. Ahora me faltan *dos cosillas* más, el día 13 tengo forense y este viernes 7, tengo otra cosa, nada...una por una multa por un hurto que es lo de los zapatos y el 7 tengo que ir a que me den una sentencia». (Esmeralda, “parroquiano”, 1974)

Otros participantes me hablaron de muchas condenas cortas que, a veces, se solucionaban pagando una multa. Vanesa me explicó que, normalmente, pagaba las multas o que había tenido que entrar en prisión por muy poco tiempo. En el momento de la entrevista, estaba pendiente de otra condena corta:

«He sido acusada por robo. Siempre robos, hurtos. Robos, no. He tenido muchas, la verdad que sí. Tengo que ir a pagar una y tengo que hablar con el abogado para ver si la pago o no. Es el pago, no prisión y si no, tendré que hacer *rollos* de esos de la comunidad (trabajo en beneficio de la comunidad). Hace mucho que tengo hurtos pero sólo he entrado una vez en prisión y por un mes, por no pagar. Siempre me he ido escapando, no me han pillado. Me han pasado tantas cosas. Tengo una causa pendiente, de momento una, pero no lo sé. Me lo lleva en Àmbit-dona (programa de atención sociosanitaria). Nunca he hecho una medida alternativa y nunca se me han ofrecido». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

Edgar me explicó que había tenido condenas largas pero que, en los últimos tiempos, había tenido que entrar en prisión por poco tiempo, por el impago de multas:

«He sido acusado por delitos y faltas...tuve una causa de 6 años, del 2002 al 2008. En la actualidad no tengo causas pendientes. Tengo multas por consumir en la calle por la noche. A horas varias por estar consumiendo, el material nunca lo tiro. Recojo lo mío y *el* de otros. Me multaron 5 veces, ponen 180 euros por cada una. Si no pagas se convierte en días de prisión. Son unos 25 días y estás 1 por 2, estás unos 12 días. Es lo que decimos una cura pequeña de desintoxicación. Cuando estamos enganchados, dejamos de pagar las multas para entrar en prisión y cuando salimos volvemos a consumir un poco menos. Sales y con poco te sube de otra manera. Es una cura de 15 días pero sólo lo hacemos con la cocaína». (Edgar, “rutero”, 1974)

Mick me explicó cómo, en varias ocasiones, pudo evitar entrar en prisión por quedar absuelto o por pagar la multa:

«Estuve en calabozos y salí con pena de prisión, para un año pero me lo hicieron pagar con dinero o trabajos sociales. Primero con 18 años, pero antes salí siempre absuelto. Era menor. A otro colega 6 años, a otro año y medio y a mí un año. No pagué nada de esta, el fiscal me pedía un año y salí absuelto. Era menor, 16 ó 17. De los 18 años 20, me cayó una pena para 6 meses de prisión si no pagaba 4 mil o 5 mil euros, si no pagaba antes de las 13 del mediodía. Yo tenía 23 años y mi ex mujer se movió y al final mi padre, mi madre no tenía dinero, nadie tenía dinero, y se le ocurrió a mi madre llamar a mi padre. Tenía negocios muy buenos, tenía *pasta* y mi padre me pagó la salida. Iba a La Modelo y al final no fui. La última fue hace poco por un cúmulo de causas. Tenía varias causas que no fui y se me juntó un desacato a la autoridad. Eran dos robos con un desacato porque me peleé con un policía y se me juntaban 3 ó 4 cosas. Tenía que pagar más de un año y medio, al final pagué 4 mil y pico de euros. Lo fui pagando fraccionado cada mes. Ahora no tengo nada pendiente y todo lo he pagado de forma económica». (Mick, “fiestero”, 1981)

En otros casos, la condena, además de acompañarse del pago de una multa, viene dictada junto con una serie de medidas alternativas como método de devolución del delito. Éstas pueden ir desde trabajos a la comunidad a controles de orina y seguimientos en el CAS. Entre los participantes entrevistados, Ramón y Esmeralda seguían una medida alternativa pero finalmente tuvieron que entrar en prisión. Jonatan, me habló de diferentes oportunidades de medidas alternativas que no pudo cumplir con éxito:

«Mira que me han dado la oportunidad de irme a una comunidad buena que vale 1.500 euros, a Egueiro para la condicional y no lo he aprovechado. Duré en la calle 5 días y mira que estuve a punto de decirle, a la médico del CAS de Brians 1, que no estaba muy seguro de irme a la comunidad que iba a *meter la gamba*. Fue en 2011, cuando hice la medida alternativa pero quebranté, fue la última vez que estuve en prisión. Luego el juez me *metió* los 12 meses que me quedaban en prisión. Pero no me metieron el quebrantamiento. [...] También me metieron en el centro de día de la calle Belchite de L’Hospitalet. En 2009 o 2010 estuve allí. Cumplía medida alternativa pero llegué hasta el culo y me *regresaron*. Mira que estaba bien porque íbamos por las tardes dos veces a la semana a un polideportivo *tope de grande*. Por las mañanas hacías tu terapia y comías

allí y todo. Siempre *la estoy cagando* y mira que me dan oportunidades». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Finalmente, muchos participantes nunca han sido acusados de ningún delito. Sin embargo, por el tipo de vida precaria, han sido sorprendidos con comportamientos incívicos que no han trascendido más allá de una falta administrativa. No obstante, muchos usuarios deben ir a prisión por el impago del cúmulo de faltas administrativas.

Dave y Cris me explicaron los motivos de algunas de las multas que han tenido:

«No, no, no.... yo ya no trafico con nada. Nunca he estado en un calabozo. Tampoco tengo ninguna multa por *pincharme* en la calle porque yo no consumo en la calle. Sólo tengo multas de metro por colarme y no llevar billete». (Dave, “fiestero”, 1978)

«Nunca he sido acusada de nada ni he estado en los calabozos. Soy *blanca* (sin antecedentes) completamente. Tengo multas por llevar *bolas*. Hace un año y pico nos quitaron un par de *bolas*. A los 21 ó 22, fue la primera vez que estábamos en la calle y estuvimos 9 meses y esta es la segunda vez que llevamos 3 años. En esta vez, nos quitaron 7 ó 8 *bolas* en la boca y me llevaron a juicio pero quedó en nada la cosa. Me quitaron *las bolas* y no estuve en calabozo. Por consumir en la calle, de momento, no me han multado». (Cris, “rutera”, 1985)

Los problemas con la ley y los ingresos en prisión, son situaciones que rompen con las trayectorias de los usuarios que buscan solución desde los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias, imposibilitando, en muchas ocasiones, la continuidad de los tratamientos o procesos de derivación, para resolver sus problemas del consumo de drogas.

4.6. Perder el país y mucho más: procesos migratorios negativos

En los últimos años ha aumentado la diversidad y el porcentaje de extranjeros que hacen uso de las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. Las zonas de procedencia a destacar son: El Norte de África (Argelia y Marruecos), Europa del Este (Rumanía, Georgia, antigua Yugoslavia, etc.) y otros países europeos comunitarios (Italia y Francia). Por ejemplo, en un estudio realizado entre julio de 2001 y diciembre de 2002 en la unidad de Reducción de Daños de Can Tunis (Anoro et al., 2003), el 67% de los usuarios eran españoles, 14,5% ciudadanos del resto de la Comunidad Europea; 9% de países europeos no comunitarios; 8% del norte de África (Magreb); y el restante 1,7%,

procedían de África y América Latina. En la actualidad, en un estudio para determinar el perfil de los inyectores de Cataluña, realizado entre 2008 y 2009 (Folch et al., 2012), el 58,7% de los usuarios eran españoles, seguido del 23,5% procedentes del Europa del Este, 9,2% de otros países europeos y un 6,6% de África. También, en un estudio realizado durante 2011 en el Espacio de Inhalación Asistida del CAS Baluard (Lago y Henar, 2012), el 65% eran de origen extranjero, destacando los italianos (12%) y los del Magreb (11%).

Existen diferentes causas por las cuales los usuarios procedentes de estas zonas se inician en el consumo de drogas en Barcelona o lo intensifican, en el caso que ya hayan generado una drogodependencia en el país de origen o en el itinerario migratorio hasta llegar a su destino actual. Ejemplificaré los casos de las personas procedentes del norte de África, Italia y de Europa del Este que son las tres zonas con mayor porcentaje de usuarios en los centros de reducción de daños de Barcelona.

4.6.1. Norte de África: buscando una vida mejor

Entre los grupos migrados que he conocido a lo largo del trabajo de campo, los procedentes del Magreb son los que llevan más años en España, sobre todo de Argelia y Marruecos, siendo menor las personas procedentes de zonas subsaharianas. En general, las personas de estas zonas vienen buscando una vida mejor, arrastrados por la pobreza y los daños colaterales de los conflictos bélicos y violentos en su país de origen. Con el tiempo, se han encontrado con diversas dificultades, como no regularizar su situación en España o no tener oportunidades laborales, que han conducido al desencanto y a la desmitificación de todo el proceso migratorio. En origen, eran consumidores de cannabis y derivados, pero al llegar a Europa se inician en el consumo de heroína, sobre todo por vía pulmonar, consumo que sobrellevan realizando hurtos, robos y otros actos delictivos que les conduce a tener problemas con la ley y a intensificar el consumo de drogas.

Por ejemplo, a principios de julio de 2013 conocí en el SAPS a Said, un “parroquiano” de este centro sociosanitario y del CAS Baluard. Said es fumador de heroína y después de 30 años en España, no se planteaba volver a Argelia de ninguna de las formas. Decía: «Soy franco-argelino. Los nacidos después de mayo del 62 no tienen derecho a reclamar la doble nacionalidad, yo sí la tengo». Entonces le pregunté si tenía papeles. Said

aclaraba que “no, hay que ir a Francia... yo no he ido, pero sólo es cuestión de solicitarlo y firmar. Cada 15 años bajo a Argelia para dar mi conformidad de mantener la doble nacionalidad. Mi padre luchó contra los franceses en su día, estuvo en la cárcel por política. Yo salí de allí en 1981”. Le pregunté si no había pensado en volver a Argelia pero con cierta ofuscación respondía: “Yo allí ya no tengo nada que ver, son 30 años fuera. A veces me envían fotos de los hijos de mis hermanas y otros familiares y me tienen que poner, por detrás de la foto, quién es quién. Ya no tengo nada que ver con aquello».

Un caso similar es el de George, caboverdiano de unos 60 años, “fiestero” del CAS Baluard, consumidor de heroína por vía pulmonar de forma ocasional. Así resumía su proceso migratorio:

«Llevo cerca 40 años aquí, vine joven pensando que aquí habría algo pero como muchos, te das cuenta que aquí a la gente también les falta trabajo. Yo vine pensando eso, pero ya no puedo volver. Si tuviera dinero, montaría una discoteca allí pero son muchos años. Yo he vivido como he podido pero hace un tiempo que he cumplido una condena de 9 años... 4 en Brians, 8 meses en La Modelo y 5 en la Roca (Quatre Camins)... no sé, espero no volver, pero nunca sabes qué puede pasar... llevo años aquí y la vida es difícil pero mírame la edad que tengo y lo bien que estoy. Por suerte no tengo ninguna enfermedad, sólo me tengo que cuidar con la alimentación».

Sin embargo, otros usuarios desean regresar a su país pero la vergüenza o las consecuencias de confesar las malas experiencias por Europa, frenan o alargan el proceso para volver a sus países de origen. Por ejemplo, Dimi, un “rutero” consumidor de heroína y cocaína por vía parenteral, que acudía a las SCH del Raval y de la zona del Fòrum y La Mina, se planteaba volver a su país, Mauritania. Una tarde de finales de febrero de 2013, mientras consumía en el espacio de venopunción asistida (EVA) de la SCH del CAS Baluard, hablaba con otro usuario sobre sus frustraciones familiares y de su proceso migratorio:

«Yo fui marinero militar... después me vine a aquí a España y trabajé de bailarín en Ibiza, gané mucho dinero y me lié con una rusa con la que tuve un hijo. Luego fuimos a vivir a Almería. Yo viví bien y ahora nada. A ella la tengo en Rusia y no puedo ver a mi hijo. Yo la he querido mucho a ella, pero ella más a mí, pero los árabes somos muy mentirosos... yo tenía otra mujer en Mauritania y una hija. Dos mujeres y dos hijos...

me lié muy mal y tuve muchos problemas. Llamé a mi mujer de Mauritania y me pidió el divorcio. En mi país tengo casa pero no puedo volver y entonces me *lié* con las drogas... ¡no sé qué hacer con mi vida! No puedo volver, yo no soy el mismo, soy otra persona. Si me ve mi hija me va a ver mal, van a saber qué he estado haciendo... tengo mal aspecto, la cara estirada. Van a saber que *ando con la droga* y me da vergüenza, ya no puedo volver pero no puedo quedarme en Europa».

Meses más tarde, a mediados de junio de 2013, Dimi explicaba a una profesional del EVA del CAS Baluard por qué comenzó a consumir drogas. Así expresaba su malestar: «Estoy harto de esta vida y de la droga. Tengo 51 años y mi problema son las mujeres, por eso me dejó mi mujer de Mauritania. Yo empecé así. Había tomado de muchas maneras pero hace un tiempo, hace 2 años, en Zona Franca me inyecté con una chica que se llama Joana, me pasó su jeringuilla y por suerte no tenía SIDA. Desde entonces que me inyecto, esto es una droga de mierda que está destrozando mi vida con todo lo que yo tenía en mi país. Tenía mi mujer, mi vida y ahora estoy aquí *buscándome la vida* y cada día necesito 300 euros para vivir».

Al año siguiente, entre abril y mayo de 2014, Dimi decidió volver a Mauritania. Una vez establecido en su país, continuó manteniendo el contacto por vía telefónica con los profesionales de “El Local” de la Mina. Según los profesionales, Dimi decía en sus llamadas de teléfono que “nunca más volveré. Mierda de Europa, mierda de droga de cocaína”. Los profesionales de “El Local” de La Mina se alegraban de que Dimi volviera a su casa y fuera bien acogido por su familia. Sin embargo, tras el verano, después de cerca de 6 meses en su país, Dimi volvió al barrio de La Mina refiriendo que la situación en su país no había sido satisfactoria, razón por la que había decidido volver a España.

Otro caso, sobre el retorno al país de origen, es el de Rachid y Omar, dos “parroquianos” de unos 55 años del CAS Baluard y SAPS, fumadores de heroína, que después de 30 años en España, decidieron volver a Argelia. A principios de diciembre de 2012, Rachid y Omar me hablaron sobre la situación en Argelia mientras tomábamos un café en el Club (calor y café) del SAPS. Rachid, explicaba: “Yo me quiero ir a mi país, algún día. Hace más de 10 años que no hay guerra y ha crecido”. Omar, a su lado, explicaba con más detalle: “Sí, nosotros tuvimos a los franceses, teníamos educación y los echamos en los años 60 pero con el anterior gobierno lo tuvimos mal. En los 80 se

quedaban con toda la riqueza, consiguieron echar a Francia del poder del petróleo, pero el gobierno se lo quedaba todo, fósforo, petróleo, hierro, todos los recursos. Nosotros estábamos mejor que los marroquíes. Ellos tienen a Mohamed VI que es Dios, patria y Rey, todo es suyo. Marruecos ha avanzado pero son muy estrictos y no dejan hacer nada. Hubo uno que puso en una tienda un cartel “Dios, patria y Barça” y lo metieron un año en la cárcel. Se metió por medio los derechos humanos. Pero allí, en Marruecos, puede que avancen porque Mohamed VI ha dado apertura porque es listo, se ha juntado con judíos y ha estudiado en Europa y EEUU, pero Argelia ha crecido mucho. En los 80 tendrían que haber tenido metro pero no pudo ser hasta hace poco. Argelia y Egipto son los únicos países africanos con metro. Argelia está creciendo y yo me quiero ir con mi familia. Allí, en Argel, tenemos un bloque con tres pisos que podría ser para toda la familia. Yo tengo 2 hermanas con hijos y dos hermanos. Estaríamos 3 hombres y sería para toda la familia. Aquí ahora no hay nada. Rajoy dijo que *bajaría* 3 millones los parados y ha pasado de 3 a 3 más. Llevamos cerca de 6 millones de parados y aquí no estamos haciendo nada”.

A principios de diciembre de 2013, Rachid y Omar decidieron volver a Argelia. Mientras fumaban heroína en el espacio de inhalación asistida (EIA) del CAS Baluard, Rachid nos habló al profesional del EIA y a mí sobre la decisión: “Oye Sergi y Rafa...nos volvemos a Argelia, ya toca después de 25 años. Aquí ya no estamos haciendo nada, nos hemos hecho mayores. Allí no podremos hacer nada de lo que estamos haciendo. No *baida*, no *gabra* (no blanco, no polvo en árabe– refiriéndose a la heroína). Vivir y disfrutar de la playa. Aquello es como Lloret de Mar. Cuando queráis, veniros a ver, os esperamos. Nos habéis cuidado mucho aquí”. En los días siguientes no volvimos a saber nada de ellos, ni tampoco hasta la finalización del trabajo de campo.

Los consumidores de las zonas del Magreb son los inmigrantes más veteranos que acuden a las SCH. Generalmente, son usuarios de tipo “parroquiano” o “fiestero” que consumen heroína por vía pulmonar sin desarrollar graves problemas de salud (sobredosis y/o enfermedades infectocontagiosas). Sin embargo, la situación legal no regularizada de muchos de ellos impide que encuentren trabajo y obtengan cobertura sanitaria por sus propios medios. Para conseguir dinero, para el consumo, tienen que

cometer actos delictivos que les lleva a tener problemas con la justicia. Muchos tras pasar varios años en España, se plantean volver a su país de origen.

4.6.2. Italia: un país duro con los consumidores

Los italianos son otro de los colectivos destacados que aparecen por los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias de Barcelona, durante los últimos 10 años. Generalmente, son usuarios *okupas* y/o *raveros* que iniciaron un consumo recreativo de estimulantes (éxtasis y cocaína) y psicodélicos (LSD, ketamina, etc.) aunque, pueden haber iniciado un consumo intenso de drogas ya en su origen, antes de venir a España. Las razones para emigrar a España son diversas. Un profesional italiano del SAPS, y una alumna italiana que realizaba una tesina de máster en este centro sociosanitario, me explicaron algunas de estas razones. El profesional del SAPS explicaba en la entrevista lo siguiente:

«Lo de Italia lo entiendo muy bien. Pasan muchos chavales que quieren aparentar, en una sociedad muy cerrada. O vas a una discoteca pija donde no te van a dejar entrar por la ropa o ir a un lugar que puedas hacer lo que quieras, una *rave*. En cambio, en España, todo es posible en cualquier, sitio, lugar y hora. Aquí los chavales no lo tienen que hacer todo, sin ser rompedor. En Italia, es más fácil encontrar una marica loca para reivindicar que aquí. En el consumo de drogas también es así. Los italianos vienen aquí, las razones más fuertes son salir del país por problemas legales, no cuidados a nivel sanitario, Barcelona tiene una red de Reducción de daños muy grande que no hay en Italia, *okupar* es posible, es una ciudad donde hay muchos italianos y es fácil ubicarte, aquí son más abiertos que en Italia. Vienes aquí y es más fácil integrarte en general, no se juzga por la ropa o lo que haces. Esa razón es muy clave. La droga cuesta menos, la calidad es más alta. Hay un conjunto de patrones que hace quedarse. En Holanda había tantísimos italianos por lo mismo, una cultura abierta, unas leyes más abiertas, en Italia por un gramo de porros vas a la cárcel por meses. No creo que pare el flujo migratorio».

La alumna, sobre mediados de noviembre de 2012, me explicaba en el Club del SAPS lo siguiente: En Italia está vetado el tema de la Reducción de Daños y está muy criminalizado el consumo de drogas. Puedes entrar en tratamiento de metadona pero entre que consumes y haces un tratamiento no existe ningún tipo de intervención. De hecho, en un estudio realizado en el SAPS sobre consumidores italianos (Farci y Kistmacher, 2013), éstos refieren que los servicios de atención sociosanitaria a las

drogodependencias en Italia, son muy estrictos en los seguimientos y tratamientos con respecto a los de Barcelona y no existen en su país servicios que trabajen desde la óptica de reducción de daños con consumidores en activo.

Al parecer, los barrios como el Raval y La Mina son muy populares entre los consumidores de drogas en Italia y muchos usuarios viajan a Barcelona conociendo, de antemano, los barrios de compra-venta de drogas y los centros de atención a las drogodependencias. A finales de enero de 2014, realizando trabajo de campo en la unidad móvil de Zona Franca, una educadora me explicaba que “los de Italia vienen aquí porque saben que Barcelona es un buen lugar, por la droga y los servicios. De hecho, nos hemos encontrado con usuarios que vienen de allí y ya conocen o han oído hablar de la Mina”.

Gina, una “rutera” italiana, consumidora de cocaína y *speedball*, *okupa* y de no mucho más de 25 años, ya conocía Barcelona, de oídas, a través de sus contactos en Italia. Por diferentes razones, emigró a Barcelona e intensificó su consumo de drogas, teniendo varios problemas con la ley. A finales de enero de 2014, en el comedor del CAS Fòrum, Gina me habló de su consumo de drogas:

«Yo en Italia consumía los fines de semana y no era un problema; pero luego, ya fue *liarme* y tomaba ketamina. Se hacía intramuscular, pero yo me lo metía directa en vena y eso da muchos problemas, sobre todo para orinar. Luego, mi problema era la cocaína y acabé en la calle. Italia no es como aquí. No hay este tipo de centros. La iglesia es muy dura con el tema de la droga, sólo hay un centro en Roma. Yo me vine a España porque me habían hablado bien... total, yo estaba en la calle y jodida, ¿qué iba hacer allí *pinchándome*? Entonces, pensaba que aquí en Barcelona habría *crack* y así dejaba de *pincharme* pero sólo encontré *crack* en Valencia u otros lugares pero no aquí en Barcelona. Yo es que no sé *cocinar* y si *cocinas* sale muy poco».

Días más tarde, a principios de marzo de 2014, conversando con un educador social del CAS Fòrum sobre Gina me explicó lo siguiente:

«Gina lleva mucho tiempo en la calle, aquí, en Barcelona y cuando *se ha visto llena de mierda* se ha puesto en contacto con su padre. La última vez, después de coordinarme con su padre y mantener varias conversaciones, decidió volverse, pero cuando ya habíamos pasado el control policial, sabiendo que tenía cosas pendientes...estaba ya dentro del avión y se dio la vuelta y nos la encontramos otra vez aquí. Ha entrado en

prisión hace poco, ahora estuvo en Wad-Ras (centro penitenciario de mujeres de Barcelona) por 2 ó 3 meses, pero a lo mejor le caerá algo más».

Desde entonces, Gina sigue cumpliendo condena en el módulo de mujeres del centro penitenciario de Brians 1.

También, Gio y Francesco, dos “rutereros” italianos, okupas, sobre la treintena, me hablaron sobre las razones de su estancia en España y las dificultades para volver a Italia. A mediados de febrero de 2013, Gio y Francesco estaban consumiendo en el EVA del SAPS. Gio explicaba, preocupado, sobre la detención de un amigo que había intentado traer hachís de Marruecos: “Han pillado a un amigo mío haciendo *un pase* y yo había invertido 1.000 euros y no sé dónde está mi amigo. Iba a Marruecos a por varios kilos de hachís y lo han *pillado* y no sé si está allí o en Italia”. Le pregunté cuál era su preocupación. Gio expresaba que “en Marruecos a los extranjeros se les trata bien. Yo tengo un amigo que estuvo por lo mismo y sólo estuvo un año y medio en la cárcel. Allí es mejor cumplir condena que en Italia. Mi amigo fumaba porros y jugaba a la PlayStation en la cárcel de Marruecos. [...] No sé, *estoy hecho un lío* porque me van a reclamar el dinero que yo he invertido, era prestado. No sé qué voy hacer, voy a tener que dar excusas. No sé si volverme a Italia y entregarme a la policía. Debo 3 años y medio de cárcel, los cumplo y ya pensaré”. Sin embargo, Gio, no parecía convencido de volver a Italia, a lo que yo le preguntaba “¿Qué pasa en Italia?”. Su amigo Francesco se adelantó para decirme que “en Italia están muy duros, aquí en España y Marruecos la ley es más floja. Allí ya no dan indultos. Hace años los daban pero ahora nada de nada, puto Berlusconi!”. Y Gio reafirmaba que “es muy difícil allí. Te vas a la cárcel, te pueden dar trabajo en la condicional pero tienes que informar dónde vas cada día y tú imagínate, tu jefe si sabe que has tenido delitos...no te queda otra que vender drogas, hacer un *buen pase* y a vivir”.

Para los europeos comunitarios, como los italianos, la ciudad de Barcelona es un lugar fácil para *okupar* una vivienda y obtener y consumir drogas. También, consideran que Barcelona es una ciudad bien equipada, con servicios para la atención a las drogodependencias en comparación a otras ciudades de Italia. Asimismo, las políticas y leyes en materia de drogas (tenencia y consumo) son mucho más laxas. Estos hechos, y

otras cuestiones personales, generan que muchos de los consumidores de drogas de origen italiano prefieran residir en Barcelona y sus alrededores.

4.6.3. Europa del Este: regímenes, guerras y apertura a Europa

Dentro de este gran colectivo son destacables, en la actualidad, los llegados de países de Europa del Este comunitarios, como Rumania y Bulgaria desde 2007, y los de países no comunitarios, como Georgia y otros países de la antigua Yugoslavia. Muchos vienen con la esperanza de encontrar una vida mejor y las facilidades de movilidad, entre los procedentes de países de antiguos regímenes comunistas ya pertenecientes a la CEE, emprenden un largo viaje hasta Barcelona. En general, las personas que acuden a las SCH ya tenían un problema de drogodependencias en su país de origen, pero éste se ha visto intensificado en todo el proceso migratorio hasta llegar a Barcelona. Los motivos para quedarse en Barcelona son: la disponibilidad de diferentes drogas, la facilidad para *buscarse la vida* y la amplia oferta de dispositivos asistenciales para las drogodependencias de esta ciudad. La procedencia de los drogodependientes ha ido fluctuando coincidiendo con diferentes hechos políticos de los diferentes países y de la CEE. Una profesional del CAS Baluard que trabajó en Can Tunis y otro profesional del mismo CAS, me hablaron sobre este aspecto:

«Yo en Médicos Sin Fronteras me encontraba los casos de rusos que se habían escapado de RETO⁷⁶. Me había encontrado dos mamás rusas en el despacho, de Can Tunis, con cajas de bombones para buscarles un centro a sus hijos porque se habían *dejado* 5 mil dólares y se habían escapado. Vinieron porque era una pareja de rusos jóvenes. Allí no había centros de tratamiento, porque eran como cárceles y los enviaban aquí y lo que les vendían allí, no era la realidad. Allí, consumían opio y aquí era heroína cortada y necesitaban más *picos* para ponerse, porque aquí la heroína estaba muy cortada. Llegaron muchos usuarios de Rumanía y Georgia. Muchos georgianos y aprendimos a hablar georgiano y teníamos las normas en ese idioma y decíamos “hola” en su idioma. Vinieron chicos que habían vivido muy bien antes de la caída del telón de acero y se vivieron unos años con mucha miseria y la gente salió del país con mayor o peor fortuna. A los jóvenes que se les prometió...tenían buenos estudios y era uno de los países con más calidad de vida de los países comunistas. Estaban rodeados de países

⁷⁶ En un estudio realizado entre 1999 y 2001 en el SAPS de Creu Roja (González et al., 2003), los ciudadanos del Europa del Este que más destacaban eran de Rusia, de las ciudades de Moscú, Ekaterinburgo, San Petersburgo, Zurgut, Samara y Rostov.

que ya no eran de la Unión Soviética y entraba mercancías y ellos tenían sus *Business* (negocios), pero sus movidas aparte. Tenían una apertura capitalista con unas condiciones comunistas. Se encuentran, de pronto, sin nada 10 años después de la caída del telón de acero. En todos estos países no entró la droga como en los países capitalistas y toda la información que teníamos aquí de los años 80, la reprodujeron más tarde allí y aquí. Aquí, ya veías cosas en rumanos como pincharse chicos de 19 años en el cuello o robando con una jeringuilla. A nivel de consumo no saben consumir. Los georgianos y rumanos no se cuidan y no saben mucho de los mecanismos de contagio. Quizás los georgianos se cuidaban más pero, actualmente, igual ves a los españoles bastante más deteriorados con consumos de benzodiazepinas...». (Profesional Baluard)

«Mira, al principio venía gente de Yugoslavia cuando se desmembró. Venían de las guerras y cuando ya los teníamos educados, pues éstos la liaban mucho, dejaron de venir... siempre vienen grupos que van fluctuando. Venían muchos de golpe y desaparecían de golpe. Luego vinieron los georgianos. Éstos se les veía que eran gente currante, que cuando dejó de haber trabajo se enganchaban y venían por aquí. Luego vinieron los rumanos. A éstos se les dio el pasaporte para viajar por toda Europa y empezaron a moverse y acababan aquí. Años atrás yo trabajé en Médicos del Mundo de Valencia y venían de otro rollo. Venían buscando comunidades terapéuticas y luego se escapaban... allí en Valencia había heroína y luego aparecieron negros que vendían el *crack* ya cocinado y se engancharon todos». (Profesional Baluard)

Goran, un “fiestero” del SAPS de alrededor de 40 años, consumidor de cocaína vía parenteral en días ocasionales, me habló a mediados de junio de 2013 sobre la diáspora de los yugoslavos por la Europa occidental durante los conflictos bélicos de 20 años atrás. Mientras estábamos tomando un zumo en el Club del SAPS, Goran me explicaba lo siguiente: “Yo salí de Yugoslavia y primero fui a Italia, como la mayoría”. Yo le pregunté: “¿tú eres de Bosnia?”. Goran me explicó que su familia y él se repartieron por Europa para *buscarse la vida*: «Toda mi familia está repartida por Europa cuando empezó la guerra. Mis tíos viven en Alemania, otra tía vive en Madrid y se va a ir a Alemania. Nos movemos por donde podemos. Siempre nos hemos *buscado la vida* como podemos. Yo tengo 41 años, 3 hijos y 6 nietos y robo desde los 7 años. Siempre he robado y he ganado para vivir pero alguna vez he hecho mucho dinero y *me he liado* bien con la coca (cocaína)».

Otro día, a principios de abril de 2013, estuve hablando con Irakli en el Club del SAPS. Es un “parroquiano” del SAPS y del CAS Baluard que consume heroína por vía parenteral de forma ocasional. Lleva en España menos de 10 años. Vino tras los conflictos y problemas económicos durante el cambio de gobierno en Georgia. Irakli inició un consumo intenso en España. Me explicaba que “llevo 8 años en España y soy de Georgia”. Me interesé por su decisión de emigrar hacia España: “Y ¿cómo que viniste aquí? ¿Está mal tu país?”. Irakli con tristeza explicaba que: “Vine porque allí no hay nada. Es un país destruido, está fatal, hay pobreza... Mi país estaba muy bien con el comunismo, tenías trabajo, estudios, casa, comida... Tenías todo y había trabajo, si no trabajabas casi tenías que ir a la cárcel”. Al preguntarle si la cárcel en su país es dura, Irakli respondió que “sí, mucho frío. En mi país dejó de haber calefacción de un día para otro. Ahora en la cárcel se pasa mal.” Entonces, me interesó de qué había trabajado en España. Irakli se quejaba de la situación de paro en España: “Yo siempre he trabajado en la construcción con paisanos, aquí he levantando bloques de pisos, haciendo cosas. Ahora aquí no hay nada”. En relación a su situación actual, le pregunté si no había pensado volver a su país. Irakli respondía con nostalgia de su país y se maldecía de su situación actual: “En mi país no hay nada, está todo mal. No había muchas drogas. Yo me montaba *fiestas* con rusas y nos juntábamos 5 ó 6 con una botella de vodka y lo pasábamos bien, ahora nada. Y aquí, mira, *liado* de vez en cuando con *el caballo*”. A Irakli, después de hablar conmigo, le tocaba su turno en la ducha.

Los colectivos de usuarios de Europa del Este han aumentado en los últimos años. Suelen ser usuarios de tipo “rutero” o “parroquiano” que desarrollan graves problemas de salud, relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral. Muchos viven indocumentados, sin tarjeta sanitaria y con dificultad de encontrar trabajo por lo que desarrollan formas de conseguir dinero al margen de la ley que les llevan a tener problemas con la justicia.

4.7. Problemas de salud e itinerario terapéutico de las drogodependencias

El consumo de drogas, de forma intensiva, reporta graves consecuencias a la salud que junto a los problemas personales, económicos y legales, conducen a los consumidores a reflexionar sobre el rumbo de sus vidas. Los consumidores buscan asistencia en los centros sociosanitarios u otras medidas terapéuticas por decisión propia, por presión familiar o por obligación desde las instituciones judiciales. En este apartado, analizo los

problemas de salud relacionados con el consumo de drogas y los itinerarios terapéuticos que desarrollan los consumidores.

4.7.1. Problemas de salud: “monos”, sobredosis, infecciones...

Diariamente, los consumidores corren el riesgo de sufrir graves daños a la salud relacionados estrechamente con el uso de drogas por vía parenteral en situaciones difíciles para realizar un consumo higiénico y seguro. Los daños recurrentes son las reacciones adversas (intoxicaciones agudas y sobredosis) y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Además, también sufren los daños del síndrome de abstinencia a sustancias. En este apartado, se analiza la vivencia de los consumidores acerca de los daños sufridos y las decisiones tomadas como reacción a éstos. Sobre las causas de los posibles daños, relacionados con el consumo de drogas, en ambientes insalubres y el uso de drogas por vía parenteral véase el capítulo 5 y 6, respectivamente.

Las consecuencias negativas más graves del consumo de drogas son las muertes por sobredosis. Todos los participantes, excepto en los de tipología “rutera”, intentan evitar a toda costa este tipo de riesgo. Para ello, los usuarios realizan diferentes prácticas de protección para no sufrirlas (consumir la dosis en dos tomas, acudir a una sala de consumo, consumir acompañados, etc.). Por ejemplo, Vanesa me habló de una sobredosis que sufrió en Can Tunis en una etapa “rutera” que le llevó a una serie de problemas de salud generando una serie de cambios en su estilo de vida:

«Me pasó en Can Tunis... yo digo que fue un accidente de moto, pero fue de un *pico* y me quedé de sobredosis. Me quedé más de 24 horas del mismo lado y la sangre no me circulaba,... Fue por la pose en la que me quedé. Mira qué cicatriz llevo en el brazo,...la sangre no me circulaba,... yo digo que fue de un accidente, porque a nadie le importa si fue de un *pico* o de una pala. Eso me pasó en Can Tunis. Me pasó en una cueva y estaba invitando a una chavala, *me dejó tirada* y hala!. No querían llamar a la ambulancia, no sé por qué, pero me dejaron tirada allí. Pasó un hombre con un perro y vio que el perro le decía algo, me vio a mí y llamó a la ambulancia. Me pillaron medio muerta, estuve dos meses en coma, se me pararon los riñones, estuve haciendo diálisis y me dieron 5 paros cardíacos. Estoy viva porque me lamió el perro, hijo. Sólo sigo tratamiento para los antirretrovirales. No sigo nada más porque tengo un corazón muy fuerte». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

También Esmeralda me habló sobre las consecuencias a nivel cardíaco que le reportó las reacciones adversas al consumo de *crack*:

«Me tengo que operar del corazón si no, me muero. Fumaba cocaína en base y *me jodí* las cuatro válvulas. Tres se han puesto bien solas y una se ha quedado un poco abierta. Eso pasó hace años y estuve ingresada dos meses en el hospital. Hace dos años y aquí estoy muy bien. Me han dicho que si se me hinchan las piernas o me dan pinchazos en el pecho que me ingresarán y me harán 4 rajadas para intervenirme y me la cerraran porque cuando bombea me vuelve sangre y no debería pasar». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

En ocasiones, las sobredosis están relacionadas con intentos de suicidio. El deseo de morir, en etapas de consumo intenso, es un tema recurrente en muchos de los participantes. El suicidio puede estar relacionado con el malestar del problema personal o el diagnóstico de una enfermedad crónica, como el VIH. Llegados a ciertos extremos de desesperación los entrevistados hablaban de diferentes episodios de autolesión y tentativa de suicidio. Edgar me habló de episodios en una época de consumo intenso:

«Hace 15 años ya me había metido algún que otro *pico*, pero a partir de ahí ya empecé a consumir con más frecuencia. Sin ningún tipo de control, fue un *intento de destrucción masiva* hacia mi parte. Fue machacarme, me quería autodestruir y consumía, tomaba de todo. Me hacía *picos* de cocaína con J&B (whisky). No era por consumir, era porque me quería morir. Era un intento de desaparecer. Tomo conciencia que el consumo es un problema a partir de *pillar* el VIH». (Edgar, “rutero”, 1974)

El diagnóstico de una enfermedad infectocontagiosa es una de las peores noticias que reciben los consumidores. En un estudio sobre el perfil de los consumidores de drogas por vía parenteral de Cataluña (Folch et al, 2012), se detectaba una prevalencia del 70% de hepatitis C y un 30% del VIH. No obstante, a lo largo del trabajo de campo detecté que el diagnóstico de hepatitis C, no se toma con tanta preocupación como el de VIH. La hepatitis C se considera una enfermedad lenta que durante años puede no producir ningún síntoma visible. Mientras que, aunque el VIH/SIDA también cursa de forma lenta, la infección de este virus se asimila peor por tratarse, aún, de un cuadro clínico crónico que no tiene curación y con serias consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales.

Jonatan recordaba la situación de deterioro que le produjo la confirmación del diagnóstico del VIH y cómo precisó ayuda de especialistas:

«De salud estoy destrozado. La hepatitis C me la diagnosticaron en 2008 y el VIH en septiembre de 2012. Me lo detectaron en Baluard, vi el *papelito* y dije: “que me lo voy a hacer” y me salió positivo. A partir de ahí, empecé el tratamiento en el Hospital de Bellvitge. Yo creo que me infecté 100% en Zona Franca. Fuimos allí, habíamos cobrado y nos fuimos con lo justo con 3 ó 4 *insulinas* (jeringas). Estuvimos *metiéndonos* y se nos acabó el material. Le cogí *la chuta* a mi colega, la lavé un poco y con toda *el ansia*, no pensé que me iba a contagiar. La hepatitis C creo que la cogí con una prostituta o algo. Sí, me había pinchado pero siempre había tenido mucho cuidado. No sé, a lo mejor, un filtro, una cazuelita, cualquier cosa que te descuidas un poco con *el colocón* y lo pillas. [...] Esto se me vuelve central, una época que me daba todo igual. En Baluard me tuvo que tratar el psiquiatra. Había uno calvo que venía de Vall d’Hebron que me tuvo que tratar. Con el tema del VIH *caí en picado*. Era consumir, era que no quería vivir, quería quitarme la vida. Me tuvo que poner antidepresivo y todo. Lo pasé fatal y tuve la ayuda de todos. No quería vivir. Fue a los 5 ó 6 meses de salir de prisión». (Jonatan, “rutero”, 1984)

También, Vanesa y Erika me explicaron sus experiencias y los períodos que dejaron de tomar la medicación antirretroviral a consecuencia de sus problemas personales y el consumo de drogas intenso:

«En tema salud, tengo de todo. En el 2000, me diagnosticaron el VIH; de ahí me pasó la hepatitis C, igual. Antes, no me ha había hecho una analítica. Fue en un centro, me quedé embarazada que lo perdí, me sacaron sangre y me lo dijeron. Me quedé *buah*, se me cayó el mundo encima, para qué vivir. Tú no sabes la que se te viene encima, muy fuerte. Lo pillé por compartir jeringuilla con una amiga que me dijo que no lo tenía. Empecé a tomar los antirretrovirales, estuve un tiempo sin tomar, hasta que no me di cuenta que no quería aceptarlo. Vi que las defensas me bajaban, tenía 200 y pico defensas, muy chupada y ya rápido. Ahora me medico y todo». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

«Tengo VIH y hepatitis C y creo que lo cogí por aguja. Sí, compartiendo material con una persona que ya sé. Ahora sigo mi medicación y de momento no sigo Interferón porque estoy del hígado bien. Me diagnosticaron el VIH hace años. Yo estuve en un

centro en Tarragona, CECAS, y allí empecé la medicación pero cuando salí, después de un año y medio con el alta, me perdí y ya dejé de tomar medicación, dejé de todo y me empecé a perder otra vez. Me quedé mal pero he vuelto con mis abuelos, tomo la medicación y me he vuelto a recuperar. No sólo es por la medicación también es por la gente. Me ves hace seis meses y estaba hecha una mierda. Estoy mejor ahora que lo estoy haciendo sola que hace 3 años que lo hacía en un centro». (Erika, “pasajera”, 1983)

A lo largo del trabajo de campo he detectado que los consumidores, en fases de consumo intenso, tienen serias dificultades de realizarse las pruebas diagnósticas para confirmar las posibles infecciones y de hacer seguimiento farmacológico y terapéutico de la enfermedad. Entre los consumidores existe ambivalencia ante el diagnóstico relacionado con el miedo y el escepticismo de haberse contagiado, a causa de una mala praxis en la preparación de las dosis o el compartir jeringuillas. Además, existen una serie de falsas creencias sobre el contagio y las prácticas de consumo que ponen barreras para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Por último, el padecimiento del síndrome de abstinencia a opiáceos y/o cocaína es otro de los problemas de los consumidores que les lleva a buscar soluciones terapéuticas para evitarlo. Es una consecuencia que intentan evitar todos los usuarios, excepto los de tipo “fiestero”, los cuales, sólo consumen de forma ocasional sin desarrollar este tipo de malestar. Dave, “fiestero” en el momento de la entrevista, me habló de cómo experimentó el síndrome de abstinencia a opiáceos, recorriendo diferentes ciudades del Estado español, para buscar soluciones a sus malestares:

«Entonces, a partir de allí me fui a Valencia, a Sevilla y es cuando conocí a otro *perla que te cagas*. Ahí fumaba, no me pinchaba, porque allí no se pincha se hace *rebujaio* que eso engancha más. Es *coca* (cocaína) con *caballo* (mezcla también conocida como *speedball*) y quieres más, quieres más y cuando se acaba, quedas mal y tienes ganas de ir a robar. Pero con la heroína, no; si tú tienes dos dedos de frente te metes un pico y *yastá* y te quedas bien. Yo mira, ahora me he metido y estoy bien. Aquello, era como la *base*, fumas y quieres más y más. Fumabas, fumabas y fumabas. Luego me fui a Lérida que tenía un amigo y luego a Valencia donde me entró un frío, un frío que tenía, unos temblores y digo “¿qué me pasa?” y yo le dije a un pavo que conocí en un bar “vamos a *pillar coca*...mira que tengo estos síntomas ¿de qué será?”. Me dijo “¿tienes fiebre?”,

“no”, “¿qué has tomado?”, “he tomado caballo”, “pues yastá, tú lo que tienes es *el mono* (síndrome de abstinencia)”. Entonces me explicó, porque yo no sabía nada, de nada, de nada. Entonces tuve que coger el tren más rápido hacia Barcelona y me fui al CAS». (Dave, “fiestero”, 1978)

Pallarés (1996:30) refiere que la dependencia física más o menos puede ser objetivada por la correlación de síntomas. Sin embargo, advierte que muchos usuarios, desde los servicios asistenciales, realizan demandas similares al síndrome pese no haber desarrollado tales síntomas. Por lo tanto, el síndrome de abstinencia muchas veces se construye simbólicamente por los factores psicosociales y culturales de los consumidores. Si bien, desde la clínica estos signos y síntomas, físicos y psicológicos, se diagnostican con diferentes escalas de valoración para la monitorización del proceso (Fernández Miranda y Pereiro, 2007:20-22). En el caso de la cocaína, también se manifiestan una serie de signos y síntomas que se desencadenan en un proceso secuencial de tres fases (*crash*, abstinencia y extinción) que comienza en el momento de la interrupción del consumo, bien sea por agotamiento o por la falta de cocaína (Llopis, 2001:153-155). En un estudio realizado en Barcelona, se constata que el aumento del nivel de consumo produce la necesidad o deseo de aumentar la cantidad (*craving*), conllevando problemas económicos y produciendo síntomas psicológicos como la ansiedad, insomnio y fatiga, entre otros, que se experimentan a nivel físico (Díaz, Barruti y Doncel, 1992:198-207).

4.7.2. Itinerarios terapéuticos de las drogodependencias

Los consumidores, al sufrir malestares sanitarios y otros problemas de tipo social y legal, emprenden diferentes caminos terapéuticos para hacer frente al consumo intenso de drogas. No existe un orden predeterminado en el itinerario terapéutico pero, para facilitar el análisis, divido este apartado en cuatro puntos según las experiencias de los entrevistados; desde los que inician tratamiento en centros cerrados o de régimen residencial (comunidades terapéuticas), unidades de desintoxicación y prisiones, y continúan su tratamiento en la comunidad, en los CAS y centros de día, a los que comienzan el tratamiento en los CAS, o los que desde el CAS u otro tipo de centros ambulatorios solicitan ingresar en comunidades terapéuticas u otros centros similares. Además, los consumidores hablan de diferentes formas de atención al margen de la red asistencial para dar solución al consumo intenso de drogas.

4.7.2.1. De los centros cerrados al seguimiento ambulatorio

Entre los participantes hay casos entre los que el primer tratamiento, para las drogodependencias, no se inicia de forma ambulatoria. Los que inician tratamientos en comunidades terapéuticas, argumentan la necesidad de separarse del medio en el que habitan, para dejar de consumir y para reflexionar sobre sus problemas relacionados con el consumo y los diferentes problemas que les lleva a éste. El paso por comunidad terapéutica, lo encuentran como un periodo positivo pero el problema surge al enfrentarse a la salida, por lo que muchos al volver al barrio o durante algún permiso vuelven a consumir, cayendo de nuevo en un consumo intenso.

Vanesa me habló de su experiencia en una comunidad terapéutica y cómo, a la salida de ésta, probó diferentes recursos hasta iniciar el tratamiento con la metadona en la actualidad:

«Fui a la comunidad porque una *tía* me llevó a la monja (Sor Genoveva, fundadora de la Obra Social Santa Lluïsa de Marillac, fallecida a mediados de julio de 2015) que me envió a la comunidad *donde cristo perdió la alpargata*. Estuve 2 años pero salí con tantas ganas, el tema es que *el coco* no te lo trabajan. Ahí es el fallo. Salí con 27 de la comunidad terapéutica pero al salir *me metí del tirón*, fui a por droga. Aquí en el Raval, la droga está a la orden del día. Hice lo de las pastillas, también me hice la cura del sueño en una planta de desintoxicación, estuve en Terrassa en Alba (unidad de crisis sociosanitaria) pero no recuerdo en qué año. Allí funciona a base de pastillas. Una semana y te curas, pero yo no vi que funcionara porque volví otra vez *a la mierda*. Vuelves a caer porque no te trabajan *el coco*. En la cabeza está el mal porque es una enfermedad. Ahora es cuando hago tratamiento, antes había tomado metadona para quitarme el *yuyu* y nada más. Ahora hago seguimiento por primera vez. Después de Alba voy a CECAS (piso terapéutico), pero dejé de ir porque me aburría, no me motivaba nada de lo que tenían. Tienes que tener un aliciente para salir de las drogas en esta vida. Si no tienes la mente ocupada, *chungo*, sólo piensas en drogarte y no *mola*. En prisión no hice nada, sólo estuve un mes *cagao* y *mondao*. Actualmente, tomo 90 de metadona, empecé con un 40, vi que me costaba dormir, tenía *el mono* y empecé a subir. Tengo que venir todos los días excepto el fin de semana que me dan el *take-home* (dosis para tomar en casa)». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

Mick me habló sobre su expulsión de una comunidad terapéutica, por dar positivo en una analítica de drogas y cómo acudió a un CAS para continuar el tratamiento, hasta la actualidad:

«Cuando entré en Proyecto Hombre (comunidad terapéutica), con el único que me hablaba era con mi tío. No me hablaba con mi madre y con mi abuela prefería tenerla al margen porque es muy mayor la pobrecita, sabe todo pero intento no darle mucha *caña*. [...] Cuando entro en Proyecto Hombre ya puedo hablar todo con mi madre. Yo era muy cerrado sentimentalmente, pero a mí Proyecto Hombre me ha ayudado mucho para tener sentimientos, poder descubrirme a mí mismo. He aprendido a remover todas las cartas, ponerlas en su sitio y te sientes tan relajado, tomas el control de tu vida. Ahora, lo tengo todo barajado, aunque esté montando lo de la empresa y tenga a mi hija los fines de semana. Lo tengo todo mezclado si no, no consumiría. Poco, pero estoy consumiendo. [...] Al final, salgo de la casa de Proyecto porque al año y medio vuelvo a consumir. Seguí yendo al programa durante 3 meses hasta que se dieron cuenta. Al final me descubrieron y me echaron. Seguí consumiendo y a los 8 meses me di cuenta que estaba muy metido y comencé el PMM (programa de mantenimiento con metadona). Estuve dos meses sin consumir, volví a tomar con la metadona, me la fueron subiendo y hasta ahora estoy un mes consumiendo y dos sin consumir. Los últimos dos años he estado así, hace 3 días consumí. Cuando salí de Proyecto volví a casa de mi abuela y vivía mi madre. Tenía que estar ahí para tener un seguimiento con el PMM. Cuando salí de Proyecto, me moví para entrar en PMM y no tener que consumir. Sólo consumía muy esporádicamente con el PMM, una vez a la semana o cada 15 días. Cuando me preguntaron qué consumía, le dije la verdad al médico de CAS de Sants...sólo me llevo bien con el 10-12% de los psicólogos y médicos, el resto no me interesa. Entiendo sus maneras de tratarte como tonto, sé que lo hacen así, pero que no me interesa ese juego para ponerte en extremo o para que saltes, he aprendido mucho en Proyecto Hombre y no me gusta que vayan como por detrás, prefiero tratarlo de cara en temas serios como esto». (Mick, “fiestero”, 1981)

Los consumidores, tras fracasar en los tratamientos en comunidades terapéuticas, buscan atención a las drogodependencias en el medio comunitario, acudiendo a los CAS y/o solicitando el tratamiento de mantenimiento con metadona.

En otros casos, los consumidores no consiguen acceder a los tratamientos para las drogodependencias y lo realizan al ingresar en prisión. El ingreso en prisión supone romper con el medio habitual donde se consume drogas. Si bien, la prisión no es garantía de estar apartado del consumo de drogas pues en su interior proliferan todo tipo de sustancias, sobre todo cannabis y derivados, heroína, metadona y psicofármacos no prescritos (Bañuls et al., 2013). En prisión, existe la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico o psicológico para el consumo de drogas.

Miguel me explicó las dificultades que tuvo para iniciar tratamiento con metadona en un CAS y como este tuvo que iniciarlo dentro de prisión:

«Yo entré en la cárcel en 2004 para los 6 meses. Antes de entrar me iba a ir al CAS a pedir un tratamiento, llegué y le dije a la secretaria que quería un tratamiento porque estaba enganchado a la heroína. Pensaba que me daría hora para mañana y así no tomaba más heroína. Me dio para dentro de 3 meses, ¡tócate los huevos! Entraba preso en una semana y quería entrar estando en tratamiento. Que tienes que estar 3 meses en espera. Si consigo tres meses sin tomar heroína para qué quiero tomar metadona, si ya estoy *limpiado*. En una semana sin tomar heroína, ya te has limpiado, consigues la abstinencia física. La psicológica es diferente. *Me cagué en su puta madre* y luego me fui preso. Cuando la volví a ver, le pedí disculpas. Empecé la metadona en prisión y me prescribieron un 20 (miligramos) y cada semana me fueron subiendo hasta 120 si no me equivoco. Me lo daban en dos veces, 60 y 60. A la tarde bajaba a enfermería y me daban el otro 60. Me he desintoxicado de la metadona dos veces y me he vuelto a meter. Una vez me desenganché y al cabo de un mes y medio, volví. Me pinchaba *coca* pero era *el caballo* lo que me hacía ilusión. Volví al CAS y como tenía la ficha me cogieron enseguida. La segunda vez fue lo mismo. En prisión, me salí de la metadona cuando estaba en el 6. Estaba a un 10 y me bajaron un 5 y un 5. He vuelto porque tomaba otra vez heroína, cocaína también pero no *tan a saco*. Luego cambié la heroína por la cocaína». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Los consumidores, tras salir de prisión, tienen la posibilidad de vincularse a los CAS para continuar el seguimiento a los tratamientos a las drogodependencias prescritos. Miguel a la salida de prisión volvió a su CAS de referencia para retomar el tratamiento, tras una desintoxicación dentro de prisión.

4.7.2.2. Seguimiento ambulatorio en los CAS y los centros de día

Entre los participantes que comienzan tratamiento ambulatorio para las drogodependencias, el lugar para pedir tratamiento son los CAS, sobre todo para tratarse el consumo de heroína. El tratamiento de elección desde los años 90 son los programas de mantenimientos con metadona, regulado en España por el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero. También en los últimos diez años también se ha introducido el tratamiento con buprenorfina o buprenorfina/naloxona, regulado en Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, aunque se limitaba su uso al entorno hospitalario. Estas condiciones no se modificaron hasta octubre de 2003, eliminando la condición de uso hospitalario y sustituyendo la condición de estupefaciente por la de psicótropo. Si bien, en 2005, se informa que no sería financiado por el Sistema Nacional de Salud (Álvarez, 2005), por lo tanto debe costeárselo el paciente por lo que este fármaco no ha podido extenderse de la misma forma que la metadona.

En la muestra son pocos los que comienzan estos tratamientos como primer recurso para dejar o reducir el consumo de heroína. Uno es Dave que, tras sufrir los efectos del síndrome de abstinencia, estando en Valencia viajó a Barcelona a solicitar tratamiento a su CAS de referencia donde le detectaron que estaba infectado de hepatitis C. Así lo relataba:

«Me fui al CAS, me dieron la metadona y me hicieron unos análisis y a partir de ahí me dijeron que yo tenía hepatitis C. Me lo diagnosticaron a finales de 2008. Empecé con un 30 que no tendría que haberlo hecho porque el médico, el imbécil, me la puso cuando yo sólo llevaba 3 meses metiéndome heroína. Me podría haber dicho «mira toma unas pastillas, lo puedes pasar mal, no te enganches a esto» y el tío me dio metadona. El médico se equivocó, ... Es el peor CAS de Barcelona... Son unos *cabrones*, *hijosdeputa* que no tienen perdón de dios...la Generalitat por favor, no valen nada...por mi hija que está muerta. No me dan las pastillas que me tiene que dar». (Dave, “fiestero”, 1978)

Kike por su lado, comenzó tratamiento con buprenorfina/naloxona en Galicia, unos meses antes de trasladarse a Barcelona. Así lo explicaba:

«Cuando ya llevaba años, me fui a centros de drogodependencia. Allí son diferentes, son centros que dispensan medicación pero no son narcosalas (sala de consumo higiénico). Te dan metadona, Suboxone (buprenorfina/naloxona), para ayudarte. La metadona, la cogía en la calle cuando lo intentaba dejar, rebajándola totalmente aunque

me costara sufrimiento físico. Lo hacía en Galicia, aquí sólo una vez. Era cosa mía, no era tratamiento. El tratamiento que tuve fue con Suboxone allí y aquí. Ahora estoy con Suboxone, pero los días que tomo heroína no me lo tomo porque te da síndrome de abstinencia. [...] En todos los centros de drogodependencias hay psicólogos que te ayudan mucho. En Galicia te recomiendan que vayas con un acompañante y en mi caso era mi pareja. Una vez les dije que si se lo decía a mis padres y me recomendaron que si eran mayores para qué los iba a preocupar. Fue cuando lo dejé con mi chavala...comencé tratamiento sin apoyos». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Para los consumidores de heroína comenzar el tratamiento con metadona o buprenorfina es una solución para paliar el malestar del síndrome de abstinencia y la búsqueda diaria de dinero para consumir heroína. Desde los CAS, los usuarios piden ayuda para resolver problemas de carácter sanitario, social y legal.

También, muchos participantes, buscan ayuda en centros de día, normalmente vinculados a los CAS o entidades dedicadas al tratamiento en comunidades terapéuticas y pisos terapéuticos. Los participantes infectados por el VIH, suelen pedir ayuda en centros de día u hospitales de día especializados, con el objetivo de llevar un seguimiento más específico que ayude a paliar los efectos del consumo y los problemas relacionados con la comorbilidad de esta enfermedad.

Edgar me explicó que, después de llevar varios meses en la calle tras salir de prisión, hizo seguimiento de analíticas de orina en el CAS Arc de Triomf sin demasiado éxito, solicitando a continuación ayuda en la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña (ACASC) para un seguimiento holístico de sus problemas:

«Nunca he estado en ningún centro, sólo he pedido la metadona en prisión. En prisión he ido a grupos de drogas para ver si me daban los permisos, seamos sinceros. A la que ves que no te van a dar nada, coges y les dejas con su charla *psicodélica*. Actualmente, voy al CAS de Arc de triomf para hacer analíticas por mi cuenta y para ver si no consumía pero a la que se me han comenzado a doblar las cosas y he empezado a consumir, lo dejé. Quiero empezar a ir al psicólogo porque mi situación personal ha empeorado. De momento, voy al psicólogo del ACASC que es el que me lleva y me ayuda a afrontar mi situación». (Edgar, “rutero”, 1974)

Juanjo también me contó que, después de muchos años sin ningún tipo de tratamiento o seguimiento, inició una vinculación con ACASC para hacer un seguimiento de su enfermedad e iniciar unos trámites para ingresar en un piso terapéutico y desaparecer de Barcelona:

«He recaído 40 veces. Esta vez estoy recibiendo una ayuda muy importante. Tengo ayudas de todo tipo, para lo bueno y para lo malo. No estoy indetectable y debería estar tomando antirretrovirales desde hace mucho tiempo. Quiero entrar en el piso de ACASC. Mi intención no es quedarme en Barcelona, es marcharme a Asturias que tampoco quiero. Pero a mí me da igual Asturias que... es cambiar totalmente *el chip*. Tengo los papeles arreglados para la Paga No Contributiva, ya tendría la paga y me quedaría unos meses en Barcelona, 4 ó 5 meses y para primavera marchar. Quiero irme seguro. Esto es un cambio de vida, puedo haber cambiado de sitio pero no de vida total. Es como empezar sin pasado, suena mal pero es así. Hay puertas que cuesta cerrar, pero las tienes que cerrar. Barcelona me gusta mucho pero no me quiero quedar aquí, Barcelona no tiene mucho secreto». (Juanjo, “parroquiano”, 1964)

Para los consumidores “parroquianos” con graves problemas de salud acudir a los centros de día es una buena opción para tener una continuación de los procesos de drogodependencias y de los problemas concomitantes derivados del consumo intenso de drogas.

4.7.2.3. De los CAS a los centros cerrados

Muchos usuarios después de llevar un tiempo en seguimiento desde los CAS y no encontrar mejorías a su situación, inician trámites para una derivación a una comunidad terapéutica u hospital para realizar una desintoxicación o estabilización en unidades de patología dual, plantas que tienen el objetivo de tratar la comorbilidad psiquiátrica y de drogodependencias.

Miguel me explicó que desde su CAS le habían derivado en varias ocasiones a unidades de salud mental sin demasiado éxito y que también, le habían propuesto un ingreso en la Unidad de patología dual de Martorell, argumentándome los motivos para no ingresar en este tipo de centro:

«Desde el CAS, me han enviado de un sitio de drogadicción a un sitio de patología dual, al Duran y Reynals en frente de Bellvitge. Luego a Martorell a un sitio de monjas, casi

dos meses, y no se les ocurre otra cosa que enviarme a Sant Boi porque decían que yo tenía una enfermedad mental. Esto hace 2 años. La primera vez en Martorell y hace un año en otro sitio. [...] Ahora tengo que ir por robos con fuerza que *me he comido*. Tuve que ir a buscar el papel y todavía no he pagado ningún mes. Si no pago un mes me pongo en busca y captura pero ¿cuál es mi técnica? el día 1, tengo entrevista para ir a un centro de desintoxicación. A ver cuánto tardan en cogerme. Si estoy en un centro, me lo canjean como medida alternativa. Te envían 6 ó 8 meses a una comunidad y luego a un piso para que te adaptes a la ciudad. Si me lo dan, tengo que ir a los juzgados a informar. [...] Estoy en un programa de medidas alternativas y voy al CAS al psiquiatra. En el CAS estoy un poco desorientado porque no me ayudan mucho en ese sentido. Me han tardado dos semanas y en una ocasión me enviaron a un centro psiquiátrico y yo sólo estoy de drogas y depresión de no tomar drogas. [...] Yo, ahora, pido por tercera vez que me envíen solo a un sitio de drogadicción. No Proyecto Hombre, sino a una comunidad terapéutica, pero no esa, porque yo soy muy escrupuloso y tengo paranoias que tengas que estar con 80 personas y luego te hacen pedir por la calle, hay comida podrida, yo qué sé. Me habían aconsejado que va mejor Remar (centro de reinserción evangelista) que Proyecto Hombre». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Julián me explicó los motivos que le habían llevado a solicitar un ingreso en comunidad y en qué consistía el proceso:

«Tomé metadona por primera vez en el 1997, en la calle. La he dejado y he vuelto, la he dejado y he vuelto,... no he hecho ningún tipo de terapia. He hecho seguimiento de analíticas en el CAS, pero bueno. También seguimiento en el CAS de Brians. Nunca lo he intentado dejar por mí mismo. A primero de año, estuve en Alba (unidad de crisis) y bueno, estuvo bien pero no fui a ningún lado después. Actualmente tomo metadona, trunkimazín y cocaína. Me llevan en Martorell. No tomo medicaciones por mi cuenta. Estoy pendiente de hacer un ingreso porque me piden una condena por vender pastillas y algún robo en tiendas. Tengo una entrevista para ir a Alba y después irme a una comunidad. A ver qué tal». (Julián, “parroquiano”, 1970)

En otros casos, muchos usuarios que hacen seguimiento en el CAS, tienen que ingresar en prisión por no tener opción de cumplir una medida alternativa en una comunidad terapéutica o similar. Dentro de prisión se les da continuidad al tratamiento

farmacológico (metadona y medicación psicotrópica) e inician las terapias o seguimientos para las drogodependencias ofertados por las instituciones penitenciarias.

Juanjo me explicó su comienzo en el programa de metadona en su CAS de referencia y cómo continuó el tratamiento dentro de prisión hasta desintoxicarse:

«He hecho todo tipo de tratamientos. La primera época, fui al CAS Garbivent a mediados de los 90. Aunque estaban preparados, no tenían la información que había ahora. Había una doctora, Ana, que era mi doctora en el Garbi y en la cárcel. Era fantástica porque ella sabía lo que estaba consumiendo y allí sabía que tomaba heroína y metadona y me subió la metadona. Era otro *rollo*. He tomado metadona por etapas, la he tomado por un tiempo y siempre la he dejado en la cárcel». (Juanjo, “parroquiano”, 1964)

Ramón me explicó que había tomado la metadona en sucesivas ocasiones dentro de prisión hasta dejarla y cómo en alguna ocasión le habían prescrito naltrexona⁷⁷ para evitar recaídas durante la situación de tercer grado con derecho a permisos:

«He estado unos 16 años en metadona y lo de la naltrexona. La dejé en prisión, en Brians, poco a poco sin enterarme y sólo iba a grupos de tratamiento y poco más. He estado en metadona o Barceloneta o prisión. Hace años, estando en prisión *me dieron caña* y me obligaron a entrar en naltrexona para los permisos o iba dentro. Me dieron el tratamiento en el CAS y estuve quince días limpios y lo empecé a tomar porque, si no, te podían dar taquicardias si no estabas limpio». (Ramón, “ruterero”, 1962)

Los consumidores inician tratamiento ambulatorio con la esperanza de controlar y paliar los efectos negativos del consumo de drogas. Sin embargo, ante la suma de problemas relacionados con el consumo intenso de drogas, solicitan ingresar en dispositivos residenciales (comunidades o pisos terapéuticos) para continuar un tratamiento con más exigencia. En casos peores, muchos consumidores deben ingresar en prisión, donde pueden continuar con el tratamiento ya iniciado en la comunidad.

⁷⁷ La naltrexona es un antagonista para los opiáceos y opiodes que se prescribe con el objetivo de bloquear el acceso del agonista al receptor opiáceo a nivel molecular, evitando así los efectos de los agonistas opiáceos, entre ellos la analgesia, la euforia y los cambios fisiológicos que producen estos agonistas. El objetivo es evitar la ingesta de opiáceos y así reforzar el deseo de no consumir, reduciendo la dependencia física y de tolerancia de los opiáceos (Ochoa y Madoz-Gúrpede, 2005).

4.7.2.4. Métodos de autoatención al margen de la red asistencial

Los entrevistados refieren utilizar diferentes métodos para dejar de consumir por su cuenta. Uno de los métodos más populares entre los entrevistados, es dejar las drogas sin ningún tipo de apoyo farmacológico o psicológico, a lo que llaman vulgarmente *dejarlo a pelo*. Ramón y Kike intentaron en varias ocasiones dejar la heroína por su cuenta, pero no pudieron conseguirlo, debido a los malestares de los efectos adversos del síndrome de abstinencia. Así me lo explicaron:

«Mira yo no he pasado mucho mono, pero me he dado cuenta que he estado *atrapadillo pinchándome caballo* (heroína). Yo siempre he sido de fumar, y he estado tiempo en prisión pero cuando he salido y me he *pinchado* he visto que iba a peor. No tendría que haber dejado la metadona, que la *dejé a pelo* como aquel que dice. Lo dejé todo y salí; y otra vez con la mierda esta. A lo mejor lo he dejado por mi cuenta pero he durado 6 días como máximo. O he aguantado fumando poco, pero al final *pinchando* hace más efecto». (Ramón, “rutero”, 1962)

«Para dejarlo, al principio lo había hecho por voluntad propia, lo que pasa que no sabes lo que es *un mono* hasta que pasan unos años. Tú te ves capaz y le pierdes el miedo. Eres capaz de dejarlo porque si te tiras 10 días sin tomar ves que no es tan fuerte porque aún no sabes lo que son los síntomas de *un mono* (síndrome de abstinencia), *mono*. Pero después de un tiempo es muy difícil quitarte por sí solo». (Kike, “parroquiano”, 1979)

La práctica más extendida para dejar las drogas es el uso de benzodiazepinas (Trankimazin, Rivotril, Diazepam, etc.) sin seguimiento médico obtenidas a través de la compra a otros usuarios que las obtienen por prescripción médica desde su CAS de referencia. En algún caso, también se realizan intentos de desintoxicación consumiendo hachís y/o alcohol. Dave me habló de cómo en ocasiones se desintoxicaba de la metadona consumiendo pastillas y porros:

«Yo, de la metadona, paso bastante. Yo creo que es peor la metadona que la heroína porque luego *los monos* son más fuertes. Yo, por ejemplo, cuando he querido dejar la heroína sé que en 7 ó 8 días sin tomar ya no tienes *mono* y ya está... a base de algunas pastillas, algunos *porritos*, tienes que hacer un poco de esfuerzo y *te quitas*». (Dave, “fiestero”, 1978)

Miguel me explicó que, para afrontar las pesadillas causadas por la cocaína, había tomado grandes cantidades de pastillas:

«Cuando lo he dejado he tenido un montón de paranoias como que la gente me toca o algo. Cuando no tomo, no duermo mucho, bueno no duermo casi, me tengo que comer un montón de pastillas. Me tengo que comer 15 rivotriles de 2 miligramos a las 19 de la tarde y antes de las 8 de la mañana ya estoy despierto y ya puedo bajar a la calle. En esos casos, tomo un montón de rivotriles y frankimazines». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Edgar por su lado lo había conseguido tomando alcohol:

«Nunca he probado una práctica oriental o alternativa. Nunca he probado algo religioso, ni borracho, ni colocado. Para la cocaína nunca he hecho algún tipo de terapia. Desde que empecé a los 18 años, ha sido *coca y speed*. Cuando he estado en metadona ha sido más fácil no tener consumos. A lo mejor el fin de semana sí consumía pero no era *a saco*. Cuando he dejado la *coca* ha sido de forma natural, máximo lo he dejado a base de borracheras. A lo mejor, encerrarme en casa de un colega con whisky y cervezas y *pillarme una turca* para quedarme *sobando*. A borracheras y así, te pasas los días de *mono*». (Edgar, “rutero”, 1974)

Los dos métodos anteriores se suelen acompañar de la búsqueda de actividades alternativas para evitar los itinerarios diarios de la ritualización del consumo. Berta y Jonatan referían realizar actividades deportivas o diferentes entretenimientos para no pensar en los síntomas negativos de la abstinencia a la cocaína y la heroína. Así lo explicaban:

«Por mi parte he intentado dejarlo haciendo ejercicio, vinculado a la lectura, la lectura es una cosa que me fascina, leo de todo. También me gusta la natación, es una cosa que echo de menos ahora en invierno. Soy una nadadora nata. Y estar con los *amigotes*, los veo todos los días. He ido a algún centro día, allí leo o hablo con los *amigotes*». (Berta, “parroquiana”, 1967)

«Con Facebook, *musiquita*, lo que fuera. Vivía en casa de ella cuando mi madre me echó de casa. Para que no me fuera a liarla, la chavala me compró la PlayStation 3, 200 ó 300 *pavos*, y una *mountain bike* para hacer deporte. Imagínate si me quería esa chavala». (Jonatan, “rutero”, 1984)

En los casos más forzados, la solución es abandonar el medio habitual de consumo cambiando o estando unos días fuera de la ciudad y volviendo una vez desintoxicados. Si bien, para muchos la vuelta a Barcelona es volver al circuito diario de consumo y a la

puesta en marcha de diferentes métodos para *buscarse la vida*. Por ejemplo, a principios de febrero de 2013, Alessia y Pedro conversaban mientras consumían en el EVA del SAPS. La enfermera le comentaba sorprendida a Alessia sobre su vuelta de Italia: “Si has estado una semana en Italia y has estado sin consumir, ¿cómo es que vuelves?”. Alessia con cierta confusión le respondía: “No lo sé...es esta ciudad”. Pedro confirmaba la afirmación de Alessia, mientras acababa de prepararse una inyección de heroína: “Sí, es esta ciudad...te atrapa como una araña. Alessia tú vales mucho, eres fuerte, no necesitas nada para dejarlo, no eres como yo que no puedo dejarlo. Yo estoy muy *liado*”. Alessia, un tanto exhausta: “Sí, es que no sé, mañana lo dejo”.

Javier me explicó cómo lo consiguió yéndose a la montaña, en un refugio precario, para dejar la cocaína y la heroína:

«Para dejar las drogas por mi cuenta, me he ido a la montaña para estar solo un tiempo. Vivía solo, en una *barraquilla* de huerto, estar solo allí, sin nada. En la cárcel lo dejé con metadona y luego te dan una medicación que no te dicen que es que te la dan disuelta que te deja atontado. Esa fue la primera vez que empecé en la metadona. No he probado ninguna otra cosa. Siempre he ido a centros abiertos pero estoy mirando para ingresar en algún sitio, pero no sé donde iré. Es lo único que veo factible para salir de esto». (Javier, “rutero”, 1986)

Los consumidores refieren que Barcelona es una ciudad que ambientalmente seduce a volver a consumir drogas. Sin embargo, alejarse de esta ciudad no se prueba como solución. Como me explicaba Javier, alejarse del medio de consumo debe acompañarse de una medida terapéutica, como la que proponía, ingresar en comunidad terapéutica, pues esta forma de autoatención y los diferentes seguimientos en prisión y en la comunidad no le habían funcionado.

4.8. Expectativas de futuro

En las narrativas de los entrevistados he analizado, como parte representativa, las trayectorias de vida de los usuarios de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. Éstos inician el consumo de drogas para superar los malestares generados en los procesos de socialización, y continúan con un consumo intenso de heroína y/o cocaína que les conduce a emprender una serie de itinerarios terapéuticos y/o por el circuito jurídico-penal.

Durante las entrevistas, los consumidores/usuarios de las SCH reflexionaban sobre sus expectativas de vida en la actualidad. En general, los participantes deseaban mejorar su calidad de vida controlando o dejando de consumir a diario o para siempre. Las argumentaciones eran diferentes dependiendo del tipo social del entrevistado⁷⁸.

Los usuarios de tipo “rutero”, refieren el deseo de buscar diferentes métodos para controlar o dejar el consumo diario, el cual, les reporta una serie de problemas insostenibles en su situación actual.

Ramón refería que su estado de salud es preocupante y que debe hacerse pruebas para el VIH y que en el CAS le habían ofrecido el programa de metadona para mejorar sus consumos:

«Ahora estoy *hecho polvo*. Hace mucho que tengo hepatitis C. El hígado lo tengo bien pero no puedo dar sangre. *El bicho* (VIH) no lo tengo. Me estoy haciendo pruebas porque no paro de *meterme* con uno y con el otro. A nivel de salud mental, estuve un mes desorbitado, menos mal que me ayudaron para que fuera al médico, me acompañaron al Mar (hospital). Se me acumuló todo, salí y me gasté todo el dinero que tenía. Ahora no tomo metadona aunque la doctora quiere *ponérmela*. Tomo Seroquel, diazepam y el *trankimazín*. Para las paranoias, oía voces, me peleaba con la gente. Me quedé en la calle y quise atracar dos coches y no me salió bien. Tengo que hacer algo ya». (Ramón, “rutero”, 1962)

⁷⁸ Resumidamente la tipología es la siguiente:

- a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, sobre los 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.
- b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.
- c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en el trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.
- d) “Fiestero”. Consumidor en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral.

Edgar se planteaba tomar una decisión para mejorar su estado de salud, afectado por el VIH y la hepatitis C:

«Tal como está mi situación familiar y de salud, tal como está mi hígado quiero tomar medidas de piso terapéutico para dejar de consumir. Antes no lo había hecho porque, mi salud, no lo requería pero ahora mi situación es bastante delicada. Ahora sigo consumiendo, sin mediación (antirretrovirales) y con el hígado tocado. Puedo acabar en cirrosis y no tengo defensas para hacerme el Interferón (tratamiento de la hepatitis C). Tengo que tomar una decisión, a lo mejor no duro 10 años pero, dentro de lo que dure, que sea lo mejor posible dentro de la condición que la salud me deje». (Edgar, “rutero”, 1974)

Los “parroquianos” refieren el deseo de no empeorar su situación y no intensificar el consumo a diario para poder replantearse, en un tiempo, un tratamiento con garantías que aumente su calidad de vida.

Kike se planteaba dejar la heroína para volver a trabajar y no cronificar el consumo:

«Actualmente, mi idea es dejar la heroína porque nunca estuve en esta *movida* y esta *movida* no va conmigo. Conocí mucha *peña del palo* pero al final se han salido y no son *tan del palo*. No estoy en contra de las drogas pero es todo lo que conlleva. De aquí a unos años lo veo cada vez más cronificado y cada vez me lo estoy tomando más en serio el tema de dejarlo». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Miguel se planteaba dejar la cocaína y comenzar a bajar la dosis de metadona:

«Actualmente estoy con la metadona a 60 (miligramos) y que yo sepa eso es para la gente que está enganchada a la heroína y yo hace 2 años que no tomo heroína. A lo mejor en un mes habré tomado *un pico*. No entiendo por qué no me la quieren bajar porque yo estoy destrozado por la cocaína [...] De la heroína me pasé a la cocaína. Por culpa de la cocaína se me va la memoria desde hace 2 meses y ya estoy hartito. Voy a poner una queja en el CAS porque no me quieren bajar la metadona y la metadona con la cocaína no tiene nada que ver. A lo mejor tomo una vez heroína porque es viernes por la tarde y no llego al CAS y han cerrado. A lo mejor he comprado metadona en otro sitio. La heroína no me da manía, la tomo porque me quita *el mono*». (Miguel, “parroquiano”, 1981)

Berta quería comenzar una terapia para dejar de consumir a diario y, así, mejorar su estado mental y hacer un seguimiento del diagnóstico reciente del VIH y la hepatitis C: «Hace un mes que me diagnosticaron VIH y VHC por compartir jeringuillas. He estado ingresada un mes, en el hospital psiquiátrico, por psicosis. Tengo brotes psicóticos hace muchos años, de jovencita. Sigo tratamiento para los brotes psicóticos y para el VIH aún no, porque estoy bien. Para tratarme de las drogas he pedido ayuda a nivel informativo y de tratamientos. Quiero seguir terapia de reinserción social para tratar de eliminar las drogas *de mi campo*, para vincularme a una nueva forma de vivir sin tener que estar constantemente drogándome. Marcarme una meta de funcionamiento normal diario. Terapia individual donde te expliquen qué puedo hacer para estar mejor». (Berta, “parroquiiana”, 1967).

Los “pasajeros” refieren el deseo de continuar ocultando su situación actual y recapacitar para buscar medidas que no les lleven a un consumo más intenso o, incluso, para alejarse del consumo a diario. Por ejemplo, a finales de junio de 2013, mientras hablaba en la puerta del CAS Baluard con Aarón, un “pasajero” que acudía a este centro a fumar heroína en el espacio de inhalación asistida (EIA), me explicó su estrategia para volverse a Madrid y dejar de consumir:

«Tengo que mirar de arreglarme para empezar a tomar metadona...en *el curro* estoy fatal. Los voy a denunciar por usureros...me contratan por 20 horas y luego me están llamando cada día y eso no es así y más unos tíos que están *forrados de pasta* y tienen mil restaurantes. Los voy a denunciar y sacarles lo que pueda...mañana tengo abogado a las 18h, a ver si saco 5 mil euros y me voy de Barcelona y vuelvo a Madrid. Aquí no estoy haciendo nada. A ver si me *quito, pillo la pasta* y me voy a disfrutarlos con mi niña que está en Madrid».

Sin embargo, los usuarios presentan dificultades para mejorar su calidad de vida y disminuir los efectos negativos del consumo intenso de drogas. Por ejemplo, Erika deseaba dejar de consumir y mejorar la relación con sus abuelos. Durante la entrevista a principios de abril de 2014, el deseo de Erika era el siguiente:

«Ahora voy al CAS de Nou Barris y estoy más mentalizada que cuando iba a CECAS (piso terapéutico del Centre Català de Solidaritat). Llevo medio año, a lo mejor me he metido alguna raya, medio gramo y alguna cerveza pero me ha sentado bien y no he tenido ganas de venir a la Zona Franca, ni nada. Totalmente diferente. Yo he tomado mi

decisión, aunque llevo unos días que se me *ha ido la olla*. Espero irme a casa y estar con mis abuelos, en casa de ellos me ducho y todo. He estado en la calle, pero mis abuelos son mis abuelos. Son con los que tengo que dar pero no sé dar». (Erika, “pasajera”, 1983)

Sin embargo, el consumo intenso en Zona Franca le llevó a sufrir una sobredosis fatal. Esta información la recibí de las educadoras de la unidad móvil de Zona Franca, a mediados de 2014, mientras estaba en el comedor del CAS Fòrum. Una de las educadoras me informó:

«Erika ha muerto de una sobredosis. Días atrás ya le había dado una sobredosis de heroína que remontó Carlos (enfermero de Zona Franca). La encontraron *los mossos* (Mossos d’esquadra) muerta y nos trajeron una foto para que la reconociéramos. En cosa de una semana le dieron 2 sobredosis. No estamos acostumbrados porque allí no suele haber nada de eso. Por lo visto, no sólo tomaba cocaína. Se sospecha que puede ser un suicidio».

Hacia finales del mes de abril de 2014 recibí dos nuevas informaciones sobre el caso de Erika. Una de ellas por parte de Juanjo, un “parroquiano” de Zona Franca, que ahora acudía al CAS Fòrum asiduamente:

«Erika tomaba heroína, poco, normalmente por la nariz; pero parece ser que *la mierda* se la vendió uno que vendía en la Zona Franca. A mí, me lo dijo *un puntero* de las Casas Baratas que ese vendía una heroína muy fuerte. Yo la había tomado por la nariz y me tiraba para atrás y casi me tuvieron que *pinchar el contrarrestante* (naloxona). Vendía una heroína que no era *hueso*, era como *hueso pero marrón*...muy fuerte...por eso se ha muerto esa chavalita».

También, dos días más tarde, hablando en el comedor del CAS Baluard con Josefa, una prostituta de Zona Franca, me explicó: “¿Te has enterado?, se ha muerto la Erika, igual no la conoces...”. Le respondí que sí la conocía. Josefa me explicó: “pues se murió de sobredosis...le vendió uno de allí que corta el caballo con mierda...no es de las Casas Baratas, es uno que vende en el Paseo (de la Zona Franca)”.

Los “fiesteros” refieren el deseo de no transformar el consumo ocasional en habitual para así no dejar de cuidarse y empeorar su situación actual. Mick, deseaba ajustarse la dosis de metadona para no continuar consumiendo ocasionalmente durante la semana:

«Fui al médico y le dije que quería bajar, estaba consumiendo y me dijo “cuando estés estable te bajaremos pero ahora como estás consumiendo te vamos a subir de 60 a 70 mg. y si en 70 no consumes durante un año, entonces bajaremos”. Lo que pienso que *la estoy cagando que te cagas*. Para mí las indicaciones están bien, no las discuto para nada. Si tengo que seguir los pasos, al menos tengo que estar un año sin consumir. Si desde ahora hasta junio estoy sin consumir ya me planteo empezar a bajarlo. No sé, si tengo que estar un año sin consumir... al final todo es fuerza de voluntad. Ahora consumí hace tres días y he vuelto a las andadas. Estoy consumiendo cada tres días más o menos desde hace dos meses. He estado tres meses sin nada y hace dos meses caí otra vez. Ahora estoy con la intención de dejarlo otra vez». (Mick, “fiestero”, 1981)

Vanesa deseaba seguir llevándose bien con su familia, mantener su estado de salud y buscar actividades para entretenerse y no recaer en el consumo a diario:

«Actualmente, mi apoyo es mi madre por todo, cuando he estado tirada en la calle...ella nunca me ha echado, fui yo la que se fue. Con mis sobrinos muy bien. Mi sobrino siempre viene conmigo porque le dejo margen para tocar las cosas. Mi relación con mi familia está bien. [...]Tomo rivotril para dormir porque si no, no duermo y los antirretrovirales me lo llevan en el Mar, estoy a 400 defensas⁷⁹, me han subido. Tomo 5 pastillas, 2 por la mañana, que se me han olvidado, y 3 por la noche, Kaletra y Kivexa (antirretrovirales del VIH). Luego, cada jueves vengo a terapia (CAS Baluard) pero yo lo que quiero es hacer cursos, me apetece hacer inglés que tengo que ir a mirarlo. Hay que tener la mente ocupada que si no me fumo *un porro* y para qué. Tengo nociones de Internet pero me gustaría estudiar ofimática». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

Desde 2001, año en que se instaló la primera SCH en Barcelona, los usuarios acuden a este tipo de instalaciones como parte del proceso de drogodependencias. En las SCH, continúan consumiendo, solicitan tratamientos, piden ayuda para cubrir sus necesidades básicas y reflexionan sobre el futuro. Pero hay usuarios que no siempre van. En el siguiente capítulo, analizo y comparo cuáles son las argumentaciones que llevan a los entrevistados a consumir en la vía pública, en viviendas y en las SCH.

⁷⁹ Una persona sana o con VIH estabilizado tiene por encima de entre 500 ó 800 CD4.

CAPÍTULO 5. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA VÍA PÚBLICA, VIVIENDAS Y SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO

En este capítulo analizo y comparo las prácticas y discursos de los usuarios que consumen drogas en la vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico (SCH). En cada una de estas situaciones se profundiza, a partir de las entrevistas semiestructuradas a los consumidores/usuarios de las SCH y el diario de campo, en la construcción del riesgo, es decir, los aspectos positivos y negativos, así como las medidas de protección que se emplean en cada uno de estos contextos. El objetivo es el de aprehender las lógicas de consumo de los consumidores/usuarios de las SCH⁸⁰, para una mayor comprensión de las ventajas y desventajas que interiorizan los participantes en cada una de las situaciones con el fin de discernir elementos clave para la promoción de la salud.

5.1. Consumo en la vía pública

5.1.1. “Consumir en la calle es sensacional”: aspectos positivos del consumo callejero

Los participantes consumen en la calle por diferentes razones. Desde un punto de vista funcional, los usuarios no pueden consumir siempre en las SCH porque no abren las 24 horas del día, quedando muchas horas sin cobertura. En otros casos, los usuarios han sido expulsados por actos violentos o incumplimientos de las normas. Estos dos aspectos los exploro en los apartados 7.3.2. y 7.3.6. En este apartado examino cuáles

⁸⁰ Resumidamente la tipología es la siguiente:

a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, sobre los 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.

c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en el trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.

d) “Fiestero”. Consumidor en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral.

son las argumentaciones para consumir en la calle, pese a tener la posibilidad de realizarlo en las SCH cuando están abiertas.

Una tarde, a mediados de febrero de 2014, realicé la recogida de jeringuillas con las educadoras de calle del equipo de la unidad móvil de la Zona Franca por la zona del Fòrum. Nos aproximamos a una rampa que accede al subsuelo de una parada del TRAM de la Zona Fòrum. Íbamos provistos de pinzas y contenedores amarillos, ambos materiales específicos para la realización de esta tarea de recogida de material de consumo usado. Al acceder al lugar, nos encontramos con una pareja de usuarios “rutereros” conocidos de origen alemán: Rudolf, de alrededor de 40 años y Claudia, de veinte y pocos años. Ambos estaban junto a una madera alargada donde exponían los diferentes artilugios para prepararse una dosis de cocaína. Al pasar por su lado, nos saludaron y sin apenas levantar la cabeza con un “hola” escueto. Mientras recogíamos las jeringuillas, acabaron de preparar sus dosis y comenzaban a buscarse las venas para inyectarse las dosis, presionando el brazo con un torniquete (*smart*). Consiguieron encontrarse la vena y realizaban varios bombeos de forma pausada, esperando los efectos de la cocaína. Al acabar de recoger alrededor de 10 jeringuillas, ascendimos para volver al nivel de la calle, no sin antes despedirnos de la pareja. Entonces, una educadora me comentaba: «Estos no van a la sala porque dicen que *se rayan* mucho y que aquí les sienta mejor. Dicen que la sala es muy pequeña y los ruidos molestan, aparte que los dos consumen casi siempre juntos (el espacio de consumo del Fòrum solo tiene una plaza para consumir por vía parenteral)».

Otro día, a finales de junio de 2014, mientras realizaba el taller Reco.je (recogida de jeringuillas en la vía pública) con dos educadores de “El Local” de La Mina y José María (“ruterero”) y Pepe (“parroquiano”) dos usuarios, Pepe me explicó dónde consumía en ocasiones en la calle y sus razones. Después de recoger una veintena de jeringuillas entre unos matorrales de las vías del tren, Pepe me indicaba un poyete de cemento, próximo a la vía para explicarme: “Mira, ¿ves esto Rafa?...aquí suelo venir yo. Aquí se está bien. Queda apartado y está más o menos limpio”. Tras la explicación, los educadores decidieron cruzar las vías y nos adentrarnos en una zona llena de árboles y arbustos, donde había diferentes “puntos de consumo” llenos de material desechado (jeringuillas, cazoletas, etc.). Pepe comparaba: “Mira, ¿ves lo que te digo?, este sitio está lleno de mierda y mugre. Allá atrás, por donde hemos pasado, es mucho mejor...es

mejor que ir a una sala de consumo”. Entonces le pregunté: “¿Pero por qué es mejor?”. Pepe respondió: “Pues porque *estás a tu rollo*, estás más tranquilo con tu *cuelgue* y nadie te da voces, ni ruidos...estás al aire libre sin que nadie te diga nada y disfrutando, lo único que te puede pasar es que te salga *la poli*”. Raúl que iba detrás de él, le aconsejaba: “Deberíais organizaros mejor e ir a consumir a la sala”. Pepe se excusaba: “Sí, pero no estáis todo el día abierto y para nosotros no hay hora. A lo mejor cuando has conseguido dinero son las 20h, y ya habéis cerrado. Hay gente que consume sólo una vez al día, como yo, pero hay otra que consume todo el día a todas horas y no quiero nombrar a nadie (refiriéndose irónicamente a José María)”.

En las entrevistas, los usuarios también argumentaban cuáles son las sensaciones y las motivaciones de consumir en la calle. Por ejemplo, Julián (“parroquiano”), Javier (“rutero”) y Juanjo (“parroquiano”) comparaban la especificidad de consumir en la calle con respecto a hacerlo en una SCH:

«La ventaja es...es otra manera, porque ahí (sala de consumo) con los chillidos y los gritos no te lo *pones* a gusto. En la calle te *pones* en un rincón, estás pendiente de la gente, pero te lo *pones* más a gusto». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«En la calle es más tranquilo, puedes consumir donde quieras, te puedes esconder... Bueno, puedes estar en grupo y puedes hablar con más gente, estar 7 ó 8 personas... estar hablando, estar a tus anchas... Aunque la sala esté abierta, por las prisas te vas... si acabas *de pillar a la gitana*, pues como estás al lado, consumes al lado...» (Javier, “rutero”, 1986)

«Si estás en un sitio tranquilo, estás en un descampado, pues bueno, es más relajante que una sala. La sala ¿qué tiene? Tienes la tranquilidad que nadie te va a venir a molestar, pero es que es una tontería pensar en una sobredosis, no vas pensar en la sobredosis. No lo piensas nunca ni en la sala, ni fuera. No puedes pensar que te va a dar una sobredosis porque si no, no lo harías. A veces, es *como te pilla el cuerpo*». (Juanjo, “parroquiano”, 1964)

Las razones de consumir en la calle se relacionan con los efectos de las sustancias y su vivencia en colectividad. En el caso del consumo de cocaína, se argumenta que la experiencia es más tranquila que consumiendo en las SCH. En la calle se tiene más

sensación de libertad, compartiendo los efectos con otros compañeros. Además, en la calle no se tiene que hacer cola para utilizar la SCH y en el caso de sufrir paranoias, los usuarios refieren que es más llevadera que consumiendo en un espacio cerrado por paredes. En relación a la heroína, el argumento es que se está más tranquilo, sin molestias de seguir las normas de las SCH o las impertinencias de otros usuarios.

En general, el consumo en la calle es una práctica extendida entre los participantes de tipología “rutero” porque realizan un consumo de mayor nivel: con mucha frecuencia, todos los días y a todas horas. Si bien, muchos “parroquianos” también lo realizan en la calle, en ocasiones, para tener una experiencia más intensa del consumo.

5.1.2. “Consumir en la calle es peligroso”: aspectos negativos del consumo callejero

El consumo de drogas en la vía pública reporta unos beneficios a los consumidores. Sin embargo, consumir en la calle tiene su cara negativa. Por ejemplo, a finales de julio de 2014, Miguel (“parroquiano”) me explicaba, mientras tomábamos un zumo en el comedor de “El Local”, un accidente que tuvo en las vías de La Mina: “Hostia, no te lo he contado...el otro día me dio un chungo en las vías. Me metí un pico de coca y me caí hacia atrás y me abrí la cabeza. Uno de allí salió corriendo para avisar aquí y cuando *me entró la conciencia* tenía a la ambulancia, los mossos y los enfermeros de aquí...tenía sangre por la espalda y me obligaron a subirme a la ambulancia”. Le pregunté por qué consumió en las vías: “¿por qué te fuiste a las vías?”. Miguel me razonaba: “Pues la verdad...había cola, la gente sabe que tengo y *me rayan* y porque, aparentemente, quería estar solo y ya ves cómo me salió la jugada.”

El consumo en la calle reporta efectos negativos difíciles de evitar y/o manejar. Otros entrevistados hablaban al respecto; por ejemplo, Erika (“fiestera”), Mick (“fiestero”) y Cris (“rutera”):

«Si consumo en la Zona Franca me dan *paranoias*. Casi siempre me entran *paranoias persecutorias*. Si consumo en el autobús me sienta bien. En la calle manía persecutoria...empiezo a mirar que hay alguien, que me están persiguiendo». (Erika, “fiestera”, 1983)

«El problema es que te puede ver la gente, a veces hay críos que te pueden ver, aparte que la gente es muy guarra porque se dejan las jeringuillas tiradas por cualquier lado y que te puedes pinchar con cualquier cosa. Tienes que ir con 40 mil ojos donde y adónde

vas para no clavarte nada. Y ya te digo, aparte de eso, la policía, también tienes que ir esquivándolos. Tienes que ir “ostia, ahí viene la policía, vámonos para otro lado”. Otra desventaja es que hay menos sitios para consumir para poder esconderme de la policía y los críos y la gente». (Cris, “ruterá”, 1985)

«En la calle no hay ninguna ventaja...tienes la desventaja que te interrumpen, sobretodo consumiendo *caballo* (heroína)...te interrumpen en tu ritual, no te *mola* que te hable nadie, no estás tranquilo, te estás *quemando*... ¡pum! la goma, que no me vean, ¡pum! que viene alguien...recoge todo que no se caiga, que ¡pum! que ¡pam!, es horrible y la policía que te puede *pillar*. Además, si te da una sobredosis y si no lleva naloxona el colega o no hay nadie cerca o cualquier cosa y te *quedas*. Ese es el peligro». (Mick, “fiestero”, 1981)

Los consumidores de cocaína por vía parenteral refieren que, cuando se sufren las “paranoias”, en la vía pública les es difícil mantener la calma y soportar tales efectos en un ambiente desprotegido. Entre los consumidores de heroína por vía parenteral, se baraja el riesgo de sufrir una sobredosis fatal y tener dificultades de ser atendido para evitar la muerte. Los consumidores, de ambas sustancias, también remarcan otros aspectos negativos, como ser sorprendidos por el vecindario o la policía o infectarse de VIH y/o hepatitis B y C.

Otro aspecto negativo son los episodios de violencia entre los usuarios. Por ejemplo, a finales de septiembre de 2014, Juanito (“parroquiano”) me explicó, mientras hablábamos en el salón de “El Local” de La Mina, cómo le robaron otros usuarios en un descampado cercano al antiguo Local:

«Pues *tío*, yo, cuando iba al antiguo Local, al que estaba al lado del colegio, *me hicieron la pirula* unos que se suponía que eran amigos míos. Vinieron y yo estaba abriendo una *bola* con una navaja y uno me la pidió. Yo se la di y el muy *hijo de puta* me la *encaró* y me dijo “dame la *bola* pero ya” y yo pensaba que era de *coña* y le dije “*tío*, va, déjate de bromas” y otro me dijo “oye *tío* que va en serio...”. Ya hacía días que me habían intentado robar y, a mí, para que me roben me tienen que matar, es que me da igual, pues el *tío* ese quería que se la diera y yo que no y que no...el *hijoputa*, me quitó la riñonera, la *bola* porque me levantó del suelo y me empezó a zarandear hasta que me

salió la *bola* de los *huevos*...al final me quedé sin *bola* y si nada. Desde esa, que voy siempre con la navaja».

El consumo de drogas en la vía pública presenta riesgos para la salud, como son las sobredosis a opiáceos, las reacciones adversas a la cocaína, la falta de higiene, la transmisión de las enfermedades infectocontagiosas y la propia dificultad de realizar el consumo; riesgos sociales, como ser sorprendido por vecinos y transeúntes o recibir agresiones por parte de otros usuarios y riesgos de orden público, como ser sorprendido y denunciado por la policía.

Los consumidores de drogas por vía pulmonar también tienen problemas para consumir en la vía pública. Kike (“parroquiano”) hablaba al respecto:

«Claro que he consumido en la calle. Incluso en las famosas vías de La Mina que está lleno de *chutas* (jeringuillas), es muy difícil fumarse allí un *chino* (fumar heroína) porque tienes que buscarte un sitio de ladrillos que hay, meterte ahí en medio. Es más difícil fumar porque se estropea si no encuentras un sitio cerrado, pierdes mucho. En la calle no hay ninguna ventaja. Tampoco me gusta que te vean, que causa mala imagen. No, no le veo ninguna ventaja». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Consumir por vía pulmonar en la vía pública es difícil debido a las condiciones meteorológicas (viento, lluvia, etc.) que impiden que se pueda hacer una absorción óptima de las sustancias utilizadas. Además, es un consumo aparatoso y visible para transeúntes y policía.

Los “fiesteros” y “pasajeros” evitan consumir en la vía pública. Los “rutereros” y “parroquianos” aunque reconocen los potenciales daños de este tipo de consumo, refieren tomar una serie de medidas de protección que presento a continuación.

5.1.3. Medidas de protección en la calle

Aunque los participantes refieren que consumir en la calle es peligroso acarreado problemas sanitarios, sociales y de orden público, definen una serie de medidas de protección ante la imposibilidad o la decisión de no acudir a las SCH u otros espacios más seguros. Por ejemplo, a finales de junio de 2014, mientras realizaba la recogida de jeringuillas con los dos educadores de “El Local” de La Mina no encontramos con Pere (rutero) preparando una dosis de heroína sobre una mesita de cartón improvisada. Un

educador le preguntaba: “Hola Pere, ¿no lo puedes hacer en El Local?”. Pere respondía: “No gracias, es que si lo hago allí y pide el juez informes estáis obligados a informar y yo estoy luchando por mis hijas...no para la custodia, porque no estoy en condiciones, pero sí para poder verlas en otro lugar, no en un Punt de Trobada... ¿qué es eso que mis hijas me tengan que ver ahí? Yo, a ver, estoy *liado* pero cuando estoy con ellas ya voy con cuidado y ya cumplo con lo mío y voy entregando los informes que me hace la trabajadora social del CAS. A ellas, no les falta mi parte, pero las leyes ya se ve que están a favor de ellas. Mi ex tiene *el mango por la sartén* y si vengo aquí, así no consto”. El educador valoraba sobre los posibles de daños de consumir en la calle: “Pero, ¿ya valoras que igual aquí te puede pasar algo?”. Pere, confiado, le razonaba: “Claro, pero lo vuestro no es del todo confidencial y ya voy con cuidado y tomo mis seguridades. Si quisiera *caerme de boca* ya lo haría, tampoco hago *el doble tirabuzón*... me *pongo* lo justo sin ponerme malo”. El educador le ofrecía ayuda: “Pues si quieres, puedes hablar con nuestros educadores de El Local para que te puedan ayudar”. Pere se justificaba: “Ya miro de hacer bien las cosas. Antes estaba *liadísimo*, robando y así todo los días, ahora lo justo para no *liarla*”. Pere aportaba otra motivación para no ir a las SCH: no quedar registrado en la base de datos como usuario de “El Local” y evitar delatar su condición de consumidor en activo, en caso de que hubiera una orden judicial que lo reclamara.

Los entrevistados explicaban qué métodos utilizan para protegerse cuando consumen en la calle. Jonatan (“rutero”) y Miguel (“parroquiano”) hablaban al respecto:

«Siempre busco un lugar tranquilo, por ejemplo en las vías, pocas veces voy al parque. En las vías estoy tranquilo, voy a mi *rollo*. Normalmente con alguien porque la cocaína te da por estar con alguien, si estás solo *te rayas*. Te gusta estar en compañía y hablar con la gente y estar a tu *rollo*, con tu *paranoia* y tu *colocón*. Pero con la policía he tenido problemas. No de multarte por consumir pero sí me han llegado a quitar la droga en las vías. Pero también me han llegado a decir “o me dices quién te la ha vendido o te la quito”. Eso los Mossos d’Esquadra». (Jonatan, “rutero”, 1984)

En esos casos, él mismo explicaba qué hacía para resolver el problema:

«Pues decirle la calle, la que sea...me lo he inventado. Yo nunca he vendido a nadie ni he dicho nada. Le he dicho, no sé, “me lo han vendido en la Rambla de Pueblo Nuevo”

yo qué sé, por ejemplo. Yo nunca he dicho “me la ha vendido esta persona” ». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Yo me *pincho* en un parque que no pase nadie. El único peligro es la policía y si vienen les explico “oye mira, soy toxicómano y me estoy pinchando y no voy a tirar la jeringuilla y si me la quitas, voy a tener el *mono* (síndrome de abstinencia), y me voy a tener que ir a robar y vais a tener trabajo. ¿Qué sale más a cuenta? Déjame que me *pinche* que me vaya a dormir”. Me han pillado, sabes dónde está *la recta*, donde se ponen las putas. Una vez un *Mosso* me *pilló* y me hizo coger todas las *chutas* que hay por ahí, con dos dedos y él me enfocaba con la linterna y yo las iba cogiendo y tirarlas en la alcantarilla. A los *Mossos* si tú les hablas bien ellos se comportan. A lo mejor hay algunos que no, pero si tú les hablas claro, todo bien». (Miguel, “parroquiano”, 1981)

Las medidas de protección que toman los usuarios que consumen en la vía pública son: evitar consumir cantidades que no puedan tolerar y producirles sobredosis u otros efectos adversos; consumir en un lugar tranquilo en compañía; y en caso de ser sorprendidos por la policía, explicarles los motivos de por qué lo hacen en la vía pública de forma razonable y mentir sobre quién se lo ha vendido para darles una información como moneda de cambio, para evitar que les incauten y tener que delatar al vendedor. En pocos casos refieren llevar kits de naloxona para actuar ante una sobredosis de heroína. También, en pocos casos refieren ir provistos de material higiénico para el consumo, aunque por diferentes notas recogidas en el diario de campo me consta que por lo general los usuarios llevan material limpio cuando consumen fuera de las SCH. Sin embargo, no sucede siempre y es por ello que se produce la transmisión de enfermedades infectocontagiosas entre los usuarios.

5.2. Consumir en viviendas

5.2.1. “Consumir en casa es tranquilo”: aspectos positivos del consumo en la vivienda

Los participantes pocas veces refieren consumir en casa. Una razón es que una cuarta parte de los usuarios de las SCH no tiene vivienda y otra cuarta parte, la tiene de forma irregular (Clua, 2015; Folch et al., 2012). Lo normal es hacerlo en una SCH o en la calle. Sin embargo, en algunas casas de venta de drogas los vendedores permiten consumir. Por ejemplo, a principios de agosto de 2014, José (“parroquiano”),

consumidor de heroína por vía pulmonar, me habló sobre este aspecto en el PIX de “El Local” de La Mina. José pedía papel de aluminio al educador de “El Local”: “*Porfa, dame papel de plata*”. Este comenzó a recortarlo en trozos rectangulares. Yo le pregunté: “¿Sabes que en Baluard dan un papel especial para fumar?”. José se excusaba: “Sí, pero me queda lejos...yo este papel lo quemo y le quito el plástico y listo”. Yo le recordaba: “Allí tienen sala para fumar”. José me explicó: “Ya, pero yo *pillo* aquí y el gitano me deja muchas veces fumármelo tranquilo en su casa. Así no tengo que hacerlo en las escaleras de los bloques y que me vean los niños o broncas con los gitanos por estar andando por el portal...*no lo tengo mal para lo mío*”.

Kike (“parroquiano”) también me habló de los pisos de vendedores en el barrio del Raval:

«La primera noche que llegué aquí, a Barcelona, ya me llevó un taxista a calle Robador a casa de un rumano que vende que se puede fumar y se puede inyectar allí. Tienen cubos de esos amarillos para recoger *chutas* ahí y hacen *redadas* pero los rumanos rápidamente se reponen. Y siguen allí, lo conocí a los muy pocos días». (Kike, “parroquiano”, 1979)

En la ciudad de Barcelona sólo existe una SCH para los consumidores de drogas por vía pulmonar y con horario limitado de 11h a 21 horas: el CAS Baluard; debido a esta limitación, los consumidores por vía pulmonar, consumen en pisos donde los vendedores lo permiten para evitar las condiciones meteorológicas adversas que dificultan el consumo y para evitar los improperios por parte de la policía y transeúntes. Estos pisos en los que se puede consumir, regentados por pakistaníes (consumo inhalado) y por rumanos (consumo inhalado e inyectado) se localizan en los barrios del Raval y de la Mina.

Los consumidores por vía parenteral también hablaban sobre el consumo en sus casas, por ejemplo, Jonatan (“rutero”) y Javier (“rutero”):

«Cuando vivía con Janeth, mi novia checoslovaca, estábamos en la habitación del Raval consumíamos allí los dos. Para mí, la ventaja es que no tienes la *paranoia* de la gente, de que la gente te observa, te mira, etc. Estás en tu casa y estás tranquilo y no tienes la *paranoia* esa, la obsesión. Yo, por ejemplo, cuando me *meto* pienso que me miran, se rien de mí. La cocaína es *paranoia total*». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Cuando teníamos casa muchas veces consumíamos allí. Es más tranquilo...estás ya en tu sitio, estás tranquilo,...ahí ya te pones a dormir, estás relajado y estoy con mi pareja». (Javier, “rutero”, 1986)

El consumo de drogas en una vivienda permite la preparación y consumo de drogas con tranquilidad y sin ser molestado por otros usuarios o sin tener las presiones de las normas que se deben seguir en las SCH. También, en comparación al consumo en la calle, los consumidores refieren que de esta manera no son sorprendidos por los vecinos y policía consiguiendo de manera favorable los efectos esperados sin contratiempos. En general, es una práctica poco extendida entre los participantes que viven en casas familiares, siendo más común en aquellos colectivos “ruterros” que viven en casas *okupas*, como los italianos, o grupos organizados, como los georgianos.

5.2.2. “Consumir en casa es problemático”: aspectos negativos del consumo en la vivienda

El consumo de drogas en viviendas reporta, también, consecuencias negativas. A principios de diciembre de 2013, Ahmed (“parroquiano”), consumidor de heroína por vía pulmonar, me explicó por qué consumía en el EIA mientras fumábamos un cigarro en la puerta del CAS Baluard: “Yo vengo aquí porque vivía en una casa con varios pakistaníes y no se podía fumar...un día uno me vio lo que hacía y no le parecía bien y me dijo que no me quería en la casa. Al final me fui de esa casa y estuve una semana viviendo en la calle hasta que encontré una habitación. Pasé de pagar 250 euros a 300, por su culpa, pero ahora puedo fumar en mi habitación porque estoy solo en una para mí”. Yo le preguntaba qué hizo cuando le echaron del piso: “Y cuando te echaron de la casa, ¿qué hacías?”. Ahmed me explicó la solución provisional antes de comenzar a ir al EIA: “Antes iba a una casa de pakistaníes que si le comprabas mucho, 20 ó 25 euros de heroína, te dejaban fumar en el comedor...tenían como un comedor con asientos y te daban plata”.

Consumir en viviendas compartidas genera problemas de convivencia. Miguel (“parroquiano”) y Kike (“parroquiano”) hablaban sobre este aspecto:

«La familia sabe que me drogo pero nunca me han visto, se lo *huelen* pero pienso que nunca me han visto. A lo mejor, las pocas veces que lo he hecho en el comedor, me han visto y pienso que no. Es que en mi casa...mira, en mi casa, me da, me da mira, he

consumido y me arrepiento, aunque pienses que no; me arrepiento un montón porque después de haber consumido una vez, miré *pa' lante* y estaban las cenizas de mi tío que había muerto hace poco, en la habitación. Luego he consumido otras veces en el comedor pero porque estaba ya desesperado...normalmente, he preferido bajar y *pincharme* en la calle y subir a casa». (Miguel, “parroquiano”, 1981)

«Con respecto a las casas, cuando estaba en una okupa procuraba hacérmelo en mi habitación *de discreto*, incluso invitando a gente. Hubo un caso de una pareja...era una chica de 17 años que estaba hablando con un italiano de ir a La Mina y de repente, nos dicen “oye, ¿nos podéis *pillar* a nosotros?”, yo pensaba que era hachís porque era uno de 21 y otra de 17. Cuando dijeron que era heroína, ya me quedé *así*. Entonces, yo fui el primero en decir en esa casa *okupa* “mira, yo fumo, si queréis no fumo más en la casa, fumo en mi habitación, o no fumo más en la casa pero yo creo que aquí deberíamos decir que aquí nadie se *chute*, prohibido *chutarse* y más con una menor, porque no sabemos qué puede pasar y si a una menor le da una sobredosis lo que peor nos puede pasar es que venga la policía y nos joda la ocupación y *se nos va a caer el pelo* a todos”. Por eso, en vez de que yo se lo trajera, fueron a La Mina con nosotros y consumieron en las vías. Esa es la experiencia que tengo yo de consumir en casas. Yo, si estoy en una casa, no dejaría, sólo una vez dejé una *chutada* a un chico y fue cuando me *pinché* con una aguja y vaya mal trago pasé hasta que no se descartó que no tenía nada. Yo, a quién esté en un piso compartido que cada uno *se fume un chino* en su habitación lo respetaría pero, yo, para mí la aguja debería estar...bien sea una casa okupa, piso compartido o lo que sea, yo creo que las chutas deberían estar fuera de la casa y más en Barcelona que hay *10 mil chutaderos*». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Javi (“fiestero”), consumidor que sólo consumía en el CAS Fòrum y La Mina, me explicó otras razones mientras realizábamos el taller Reco.ge en la zona del Fòrum a mediados de abril de 2014:

«Yo *paso* de consumir en la calle, no lo hago para no tener problemas con la *poli*. Prefiero en una casa, pero tampoco...te da un *chungo* y ¿quién avisa a quién? ¿Al casero? “Oye que me ha dado un *chungo*, de *chutarme*...”. Le dices eso y, en nada, estás fuera de la casa». (Javi, “fiestero”)

Esmeralda (“parroquiana”), también comparaba el consumo en viviendas con respecto a otras situaciones:

«En una casa igual te encierras en la habitación y te encuentran ahí muerta, nada. Tiene que haber siempre una persona ahí al lado, pero una persona que sepa. No un toxicómano porque, un toxicómano, te va a quitar lo que tengas si te da sobredosis. Y le tienes que invitar o algo porque a un toxicómano, no va estar él al lado tuyo consumiendo y él mirándote. Le tienes que invitar para que el te ayude». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

Consumir drogas en viviendas, conlleva muchos problemas tanto a nivel sanitario como a nivel social. En relación a la salud y el consumo de cocaína, se corre el riesgo de sufrir graves alucinaciones y ansiedad difíciles de ser aliviadas desde una casa. En el caso del consumo de heroína por vía parenteral, se corre el peligro de sufrir una sobredosis y tener pocos medios para remontarla, mucho más, si se consume sólo o con personas que no saben asistirlos. Además, el consumo en viviendas, genera mala convivencia con la familia o compañeros de pisos, considerándose una falta de respeto hacia ellos.

5.2.3. Medidas de protección en la vivienda

En los casos que se decide consumir en una casa, aún sabiendo que se corre peligro de sufrir una sobredosis de heroína o una reacción adversa a la cocaína, los participantes exponen una serie de medidas de protección similares a las tomadas cuando se consume en la calle.

Por ejemplo, Manolito (“fiestero”) me explicaba a mediados de noviembre de 2013, mientras realizábamos en el taller RecoJe con el personal del SAPS, que no le gusta ir a las SCH y qué métodos de seguridad tomaba cuando consume en su casa: «Yo ya no consumo como antes, me pego mi homenaje pero no vengo aquí (indicando con las pinzas la muralla del CAS Baluard). A mí no me gustan las salas de consumo porque la peña te pide y te agobia. Yo lo hago en mi casa. Siempre me pongo el 112 en el móvil por si acaso. Hombre, yo no me quiero morir».

En general, las medidas de protección que utilizan los consumidores desde las viviendas son: consumir acompañados con gente de confianza, ir provistos de kits de naloxona

(antídoto de los opiáceos) y llevar móvil para poder comunicarse con un servicio de urgencias.

5.3. Consumir en salas de consumo higiénico

5.3.1. “Consumir en la sala de consumo es seguro”: aspectos positivos del consumo en las salas de consumo higiénico

Los consumidores no suelen iniciarse en el consumo de drogas por vía parenteral y/o pulmonar desde las SCH. La mayoría de usuarios se iniciaron en el consumo de drogas en épocas anteriores a la puesta en marcha de estos dispositivos o en ciudades donde no existen, siendo los espacios naturales del inicio en el consumo de heroína y/o cocaína por vía parenteral o pulmonar, la vía pública, las viviendas u otros lugares. Casualmente, entre los entrevistados, Mick y Jonatan se iniciaron en el consumo por vía parenteral en el CAS Baluard, aunque ya habían consumido heroína y/o cocaína por vía intranasal:

«De mi primer *pico* (inyección) no me acuerdo del todo, la verdad que no mucho. Empecé intravenoso con heroína, no la tomé antes por ninguna otra vía. Empecé cuando empezaba a moverme por el Raval y todos se *pinchaban* y pensé en probarlo. Vi que consumían y se *ponían* todos a gusto, *del palo* y yo quería ponerme así también. Yo vi tal, me fui a Baluard, me hicieron la ficha y consumí por primera vez dentro de Baluard. Yo no sabía *pincharme*, me tuvieron que pinchar ellos. No recuerdo ni quién fue. Tendría 20 ó 21. Llevo yendo a Baluard 7 ó 8 años desde el antiguo, desde que abrió prácticamente. Quitando que, a veces, me meto cocaína en la calle en La Mina, yo, siempre voy a una sala». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«A mí, me había invitado un colega a heroína por la nariz. Ese colega, al año me invitó *por vena*. Yo no sabía *pincharme*, me *pinchó* él por primera vez en Baluard. Ay no, me *pinché* yo, tampoco es difícil. Me costó un poco, me busqué la vena, le miré a él, y una vez dentro: pim, pam, pum. Nos dio el *globazo*, me empezó a dar besos y al cabo de un año murió. Murió de sobredosis en medio de una carretera, vivía en *Ámsterdam*». (Mick, “fiestero”, 1981)

Una vez se conocen las SCH, los argumentos de los participantes para acudir a estos dispositivos se articulan con los objetivos para los que fueron creadas. Los participantes refieren que acudir a una SCH permite realizar la práctica del consumo reduciendo

daños. Vanesa (“fiestera”), Berta (“parroquiana”), Miguel (“parroquiano”) y Kike (“parroquiano”) explicaban sus razones:

«Consumir en la calle es que lo veo un mal ejemplo, lo veo fatal porque lo ve un niño, lo ve cualquiera, te ve todo el mundo. Yo, esto de la sala lo veo muy bien. A mí dame sala. Además es más higiénico, nadie te molesta y *yastá*. Yo empecé yendo a la de Can Tunis y la verdad, era más limpio, más organizado...lo veía bien. No por ahí tirada en el suelo, *hecho un engendro*. (Vanesa, “fiestera”, 1973)

«Vengo a la sala por la asistencia médica...me aseguro que no me haga daño a mi misma...no me pueda pillar bien la vena, que lo pueda hacer de una forma sana, dentro de lo malo que lo haga bien. Es una seguridad para los consumidores. A los que nos gusta hacerlo podemos practicarlo de forma protegida, bajo control, y una forma que dentro de lo sano que sea menos malo. Y tener la confianza de que estamos protegidos por gente muy especial, ¿sabes? Que nos cuidan. Nos puede pasar cualquier cosa, o nos hacemos heridas a la hora de inyectarnos, de esta manera te haces menos heridas porque te autodañas...te autolesionas al inyectarte». (Berta, “parroquiana”, 1967)

«Viniendo aquí mejoras en salud, mejoras en dinero, y tranquilidad...dinero porque ya tienes ahí las *insulinas*, las *chutas* (jeringuillas), la goma, el agua, tienes para limpiarte, luego tienes tranquilidad que *los Mossos* no vienen y luego tienes con quien hablar un rato, mejora en eso. Estás protegido, la policía sabe que ahí se están drogando pero no pueden entrar. Tienen un respeto al sitio». (Miguel, “parroquiano”, 1981)

«Por seguridad, por tranquilidad...no por seguridad a nivel de sobredosis, seguridad a nivel policial. Si estás ahí, no debes tener miedo de que haya una *redada* que venga la policía, de que *tal*. Ya, el tema del inyectado es porque les puede dar sobredosis, a los que fumamos no nos da sobredosis. Es un sitio donde fumas más tranquilo». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Acudir a las SCH reporta la reducción de daños sanitarios porque se evitan sobredosis y, en caso de sufrirlas, se tiene asistencia para evitar casos fatales. En las SCH se dispone de material higiénico gratis y los profesionales ayudan a realizar la práctica del consumo con menos daños (búsqueda de la vena, evitar abscesos, etc.). Las SCH disponen de espacios para descansar y pedir ayuda de tipo sanitario, social y legal. También se evitan los daños sociales de convivencia por consumir en la calle y/o en

viviendas. En las SCH se consume sin ser sorprendido por la policía, evitando multas u otros problemas de orden público. El consumo de drogas en las SCH es una práctica que realizan todos los usuarios, aunque, con mayor frecuencia los “pasajeros” y “fiesteros” que intentan a toda costa evitar estos daños sociales y de salud. En el caso de los consumidores por vía pulmonar también se usan, normalmente, para realizar de manera satisfactoria y tranquila este tipo de consumo.

5.3.2. “Consumir en la sala de consumo es molesto”: aspectos negativos del consumo en las salas de consumo higiénico

Los usuarios refieren que consumir en una SCH supone una serie de problemas. Ramón (“rutero”), Edgar (“rutero”), Mick (“fiestero”) y Julio (“parroquiano”) hablaban sobre varios aspectos negativos del consume en las SCH:

«Los profesionales están ahí y te ayudan que si no, no vendría. Lo que pasa es pequeña y cuando hay cola... por eso te vas *al monte*: que si tienes que esperar, que uno prepare, que si el otro tal. No te puedes fiar, si vas a medias el otro se *carga* la suya bien y te da la que no lleva nada. A lo mejor se *mete* un 10 y te pasa un 5». (Ramón, “rutero”, 1962)

«La cocaína casi siempre en la calle y son muy pocas veces que consumo en la *narcosala* (sala de consumo higiénico). Primero por muchas razones, a ver, las *narcosalas* que hay aquí, en Barcelona, están hechas para gente que consume heroína. No puedes poner a alguien que consume cocaína en una silla, con alguien al lado con el *cermeño*; al de la cocaína, le da un efecto diferente que al de la heroína. Con eso te relaja y la cocaína es *paranoica* y a cada uno le da por rascarse, por mirar, y tú te sientas y te pega y te empiezan “va, venga, levanta”, “venga, recoge la mesa” y el otro te pide...eso hace que cuando *te enchufas* no estés a gusto. La diferencia de la heroína y la cocaína es que la forma de disfrutarla es muy diferente». (Edgar, “rutero”, 1974)

«La desventaja es la pesadez de la gente que no son tus amigos, ni nada, que están “eh Mick, *pum, pum* dame un *uno*”, “que no *tío*, ni *uno* ni *dos*” es un poco *rollo* depende de quién haya. Claro, llegas estás con x, y y *geta* y claro “hey, qué pasa” no me lo tiene ni que pedir “he *pillado* x quieres probar?” *pa, pa, pa*. Están *helicópteros* que ya antes de llegar “oye *tío*, por favor, que no se qué, que *pum*”, “oye mira” y está igual que tú hace dos horas, pues “ves tú y hazlo tú” y el problema es que lo has invitado algún día y luego tú le pides un poco, para poder ir yo hacer mi historia, y te dicen “no, no que sólo

tengo medio”, “pero, si es que sólo te pido un 0,2 (mililitros)” que es para activarme y poder ir cuando estaba muy *pillao* ». (Mick, “fiestero”, 1981)

«El otro día estaba en la sala, *partiendo el pico* con un *gilipollas* y tú sabes que, si subes el émbolo hasta arriba en una española, lo que queda entre el émbolo y la conexión de la aguja, al menos es un 3. No es como las americanas que lleva un tope arriba... pues el *hijoputa* me quería dar una que, al purgar, quedaba menos que la otra y le digo “pero tú *de qué vas* dándome una con un 3 menos, ni que llevaras 20 años *chutándote* y te pienses que soy tonto...”, ahora tengo 48 años. Y el *tío* que me quería dar una con menos diciendo que era lo mismo. Pues le dije “vale, pues si es lo mismo dame la otra” y el *tío* no quería. Pues le dije “pues ahora vamos fuera a partirnos la boca porque si la liamos aquí nos sancionarán” y nos fuimos fuera. Ya le habían avisado “cuidado con ese *pequeñín* que no es tonto y es muy bravo” y cogí y me lo llevé al parque y le pegué un guantazo que lo dejé fino. Con ese se han acabado *las medias* y las tonterías». (Julio, “parroquiano”)

Entre los consumidores de cocaína se extiende el argumento que dentro de una SCH los efectos de esta sustancia se experimentan de forma negativa produciendo malestar a sí mismo y hacia el resto de usuarios. Además, acudir a una SCH supone tener problemas con otros consumidores en diferentes situaciones: peticiones de invitación de otros usuarios, discrepancias en la repartición de dosis entre usuarios que han comprado una dosis a medias, ruidos e impertinencias de otros usuarios, etc. También hay problemas con los profesionales relacionados con la rigidez del cumplimiento de las normas: control del tiempo de consumo y el espacio entre consumo y consumo, discusiones para el cumplimiento de la norma, prohibición de ciertas prácticas de consumo, etc.

5.3.3. Medidas de protección en las salas de consumo higiénico

Ante las diferentes situaciones “molestas” los usuarios toman una serie de medidas al acudir a las SCH. Por ejemplo, a principios de junio de 2013, Paulus (“parroquiano”), usuario de cocaína que acudía al CAS Baluard, pude observar qué hacer ante usuarios que piden dinero o ser invitados a drogas. Apareció Samir y le dijo a Paulus: “Hola Paul, puedes dejarme unas monedas?”. Paulus molesto le contestaba: “Pero a ti, ¿qué te pasa? ¿Me pides dinero a mí y al resto? Aquí, somos todos consumidores, nadie te va a dar dinero...tienes dos manos y boca. Vete a pedir fuera...mira ves esto (le enseña unos

alicates)... yo me dedico a robar en supermercados, en tiendas, no pido a drogadictos, saco dinero con mis manos y si me cogen, me voy a la cárcel”. Samir le rogaba: “¿Y no me puedes dar un poco de lo que lleves (droga)?”. Paulus molesto le espetaba: “Tío, vete de aquí ya, déjame en paz”. Samir ante la negativa de Paulus entró en el CAS. Paulus cabreado decía: “Yo *flipo* con la gente...vienen aquí a pedir dinero, droga o lo que sea. Yo nunca invito y ni me junto con nadie. Un día les invitas y luego a ti te hace falta y a lo mejor *llevan y pasan de tu cara*. Qué se *busquen la vida* y me dejen en paz.”

En otra ocasión, a finales de marzo de 2014, Miguel (“ruteró”) me explicaba por qué iba al CAS Fòrum:

«Yo prefiero consumir en este CAS (Fòrum) porque es más acogedor. También vamos a la Mina pero allí es un rollo. Son 8 plazas y mucha peña. Un día desapareció una bola y el chico de allí cerró el centro y dijo que de ahí no salía nadie hasta que no apareciera la bola... pero pasaron 30 minutos y nada. Seguro que ya se lo había *metido* cualquiera. No hay respeto por nadie. Aquí eso no te pasa... la sala es para una persona y tienes al enfermero a tu lado... no te puede pasar nada y no hay agobios, lo único la cola».

Los usuarios que consumen en las SCH evitan tener molestias con otros usuarios utilizando diferentes estrategias: no invitar a drogas, no comprar sustancias a medias con personas que no son de confianza, preservar la tranquilidad dentro de la SCH y/o acudir a SCH pequeñas como el SAPS del Raval o el CAS Fòrum.

CAPÍTULO 6. CONSUMO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

En el capítulo anterior se ha evidenciado que los consumidores/usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH)⁸¹ consumen en la vía pública y viviendas en situaciones potencialmente peligrosas para contraer enfermedades infectocontagiosas y/o sufrir sobredosis relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral. En este capítulo se analiza por qué los usuarios de las SCH utilizan, mayoritariamente, esta vía de consumo. A partir de esta reflexión, se examinan los programas de reducción de daños, cuyos objetivos son reducir las re/infecciones por VIH/SIDA y hepatitis (B y C) y las sobredosis, ofertados desde los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias de Barcelona. Además, se estudia la implicación de las asociaciones de usuarios en las políticas y programas de reducción de daños.

Las SCH son espacios donde se prepara y se consumen drogas con las garantías de evitar al 100% las muertes por sobredosis y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, los usuarios no consumen siempre en las SCH por diferentes motivos como ya se ha visto; este hecho tiene graves consecuencias para su salud al utilizar espacios tales como la vía pública y viviendas, en los que no existe supervisión sobre sus prácticas por parte de profesionales. Según los estudios epidemiológicos de los últimos años de Barcelona y alrededores, más del 30% de los consumidores por vía parenteral, que acuden a los centros de reducción de daños de

⁸¹ Resumidamente la tipología es la siguiente:

a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, sobre los 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.

c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en el trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.

d) “Fiestero”. Consumidor en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral.

Cataluña, están infectados por el VIH y más del 70% de la hepatitis C (Folch et al., 2012:39) siendo preocupante el retardo en el diagnóstico de estas patologías en la ciudad de Barcelona (Brugal, Guitart y Espelt, 2013:29). Además, más del 50% de los usuarios ha padecido alguna vez una sobredosis (Folch et al., 2012:39); entre 2009 y 2012 las muertes por sobredosis se han mantenido alrededor de 65 casos en la ciudad de Barcelona (Brugal, Guitart y Espelt, 2013:29). Este último año, el 73% de las muertes se produjeron en domicilios y 12% en la vía pública, siendo la heroína la sustancia más detectada en un 75%. Cabe destacar que, en los últimos años, se encuentra la presencia de más de dos sustancias habiéndose producido un aumento de la cocaína, pasando de 15% en los casos de 1995 a un 58% en 2012 (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:57).

En la ciudad de Barcelona y alrededores se han desplegado una serie de programas de reducción de daños y tratamientos para paliar los efectos negativos del consumo de drogas por vía parenteral. Sin embargo, los consumidores/usuarios de las SCH presentan graves problemas de salud derivados de esta práctica de consumo, siendo preciso analizar cuáles son las causas de su elección, así como reflexionar sobre la efectividad y la optimización de los programas ofertados.

6.1. ¿Por qué se consume por vía parenteral en Barcelona?

El perfil de los usuarios de las SCH es mayoritariamente consumidor por vía parenteral. En el CAS Baluard, en 2013 los usuarios registrados consumían el 83% por vía parenteral y el 17% por vía pulmonar (ABD, 2014a:1); y en el SAPS, SCH próxima a Baluard, en 2012 se registraba 60% de usuarios por vía parenteral, 12% pulmonar, 9% ambas, 15% en periodos de consumo y no consumo (tratamiento y recaídas; no se especifica vía de consumo) y 5% en abstinencia (Creu Roja, 2013:8). En la unidad móvil de la Zona Franca (ABD, 2014b) en 2013 y “El Local” de la Mina (IPSS, 2015) en 2014, se registró que los usuarios por vía parenteral eran alrededor del 90% del total.

Los consumidores por vía pulmonar y nasal están menos representados por varias razones. En general, es un perfil de usuario con menos problemas de salud por lo que precisan menos cuidados y seguimiento desde este tipo de dispositivos. Pero, además, no existen SCH específicas para las prácticas de consumo de este perfil de usuarios de drogas. Este aspecto se trata más ampliamente en el apartado 7.3.3. El único centro sociosanitario que dispone de espacio para el consumo por vía pulmonar es el CAS

Baluard, siendo difícil la adherencia a los programas de este tipo de usuarios *invisibilizados*. El consumo por vía nasal es una práctica poco extendida y sólo se registran casos en “El Local” de La Mina.

Por lo tanto, los consumidores por vía parenteral son los que más acuden a las SCH de Barcelona. A continuación, analizo los condicionantes entrelazados que hacen que esta práctica sea la más extendida entre los usuarios que acuden a las SCH de Barcelona: a) la disponibilidad de sustancias en Barcelona; b) la economía e intensidad del uso de drogas por vía parenteral; c) la transición a la vía parenteral y la difícil transición inversa.

6.1.1. Disponibilidad de sustancias en Barcelona

Las sustancias disponibles en Barcelona son decisivas en el tipo de prácticas de consumo. En el caso de la heroína existen dos tipos: la heroína de color blanco (clorhidrato) y la heroína de color marrón (base) (Delàs, 2014:56-58; Hidalgo, 2007:307). La heroína blanca es conocida por los usuarios como *hueso* por su color con matices grisáceos y levemente amarillento o *whisky* por que adopta este tono al diluirse en agua bidestilada. La heroína marrón (o *brown sugar*) es más utilizada por vía pulmonar porque es más difícil de disolver que la heroína blanca precisando, para ello, el uso de ácido cítrico.

En Barcelona, como en Zaragoza y Mallorca, la heroína blanca es la que más se distribuye desde los puntos de venta (Manzanera et al., 2000). Este dato lo corroboran los consumidores. Por ejemplo, a finales de febrero de 2014, Jacinto (“parroquiano”) del CAS Fòrum me habló de su experiencia de consumo por varias ciudades de España mientras realizábamos el taller de recogida de jeringuillas: «No entiendo cómo aquí, en Barcelona, *le han dado a la aguja*. En Galicia la mayoría fuma. Allí, en las chabolas, entras, compras y te dejan fumar allí mismo. Lo hacen para que no salgas del barrio con nada y así no hay *marrones*. Ahora, no dejan *chutarse* (inyectarse) porque puede haber una sobredosis y eso supone un problema y puede haber muertos. Pero es que en muchos sitios es igual. Yo trabajé de camionero por toda España y allí donde llegábamos era lo primero que hacíamos, buscar dónde *pillar* (comprar) y siempre vi que en cualquier lugar se *pinchan* menos en proporción a Barcelona. Por ejemplo, en Lleida, Madrid, Sevilla...la heroína es marrón y si te la quieres *chutar* (inyectar) la

tienes que disolver con cítricos y *hostias* y eso invita más a fumarla. Aquí hay heroína blanca...es el único lugar donde he visto esa heroína y esa gusta más para *pinchar*».

Otro día, a principios de junio de 2014, Julio (“rutero”) también me habló sobre este aspecto en el “calor y café” de “El Local” de La Mina: «Yo, fuera de Cataluña, he visto *peña cocinando* (preparando para inyectar) heroína marrón de *putamadre* y eso es hacer el gilipollas porque te valdría más fumada y te daría más *pelotazo* (embriaguez)... yo sé que en países nórdicos hay heroína negra y eso es imposible disolverla, le das dos *mecherazos* sobre la plata y a correr. Es más, necesitas cítricos, limón y agua para *cocinarla* bien, mira yo (me enseña los callos de sus antebrazos), este brazo lo tengo así de *chungo* de meterme cítrico. Por eso, fuera de Cataluña *la peña* se inyecta menos que aquí».

La heroína blanca se consume más en Barcelona porque es el tipo de composición más distribuido en esta ciudad. Además, la facilidad de su disolución con agua bidestilada con respecto a la heroína marrón, fomenta que los usuarios lleven a cabo el consumo por vía parenteral.

La heroína marrón está menos extendida en Barcelona y en su caso, es más utilizada por vía pulmonar. Sin embargo, los consumidores que utilizan esta vía realizaban algunas valoraciones con respecto a los dos tipos de heroína. Por ejemplo, a finales de julio de 2013, Omar, “parroquiano” del CAS Baluard, me explicaba: «Yo fumo *caballo* (heroína) blanco porque *corre* más lento, el marrón es una mierda... yo el marrón no lo quiero, lo mando a la mierda». También, a finales de febrero de 2014, José, “parroquiano” del CAS Fòrum, me comentó algunas falsas creencias en relación al consumo de heroína por vía pulmonar: «La gente también se fuma la blanca pero es porque *corre* menos la gota y dicen que no *engancha* tanto, bueno eso creen porque *engancha* igual».

La distribución de heroína marrón en Barcelona es minoritaria. No obstante, en ocasiones, en algunos puntos de venta se distribuye este tipo de heroína. Aunque, en el resto de España es la más consumida por vía pulmonar, en Barcelona, muchos usuarios prefieren consumir heroína blanca. Los usuarios consideran que la heroína blanca es más fácil de manejar para fumarla y obtener mejores niveles de absorción, produciendo mayores efectos deseados que consumiendo heroína marrón.

En el caso de la cocaína, su consumo se produce más por vía parenteral que por pulmonar entre los usuarios de las SCH. Son dos las razones: a) En Barcelona no existen mercados de venta de *crack*; y b) Transformar la cocaína en *crack* y su consumo se considera complicado de realizar. En relación a este segundo aspecto, para obtener una cantidad considerable de *crack* se requieren cantidades muy por encima del nivel adquisitivo de los usuarios (medio gramo) y para *cocinarla* se precisa mucha destreza. A la cantidad a preparar se le tiene que añadir una décima parte de bicarbonato, mezclar con agua bidestilada, calentar hasta que se transforme en un aceite de color amarillo, dejar enfriar o añadir gotas de agua bidestilada y a continuación apartar las partículas de pasta resultantes del cocinado. Una vez reunidas las partículas, éstas se colocan en la pipa y se añade ceniza de tabaco para que ayude a la combustión del *crack*. Además, se introduce agua en la pipa para humidificar las cenizas y evitar aspirarlas por el tracto respiratorio.

6.1.2. Economía e intensidad del consumo de drogas

La heroína y la cocaína pueden ser consumidas por vía nasal, pulmonar y parenteral. Sin embargo, existen diferencias en la biodisponibilidad según la vía de elección. La vía más rápida de absorción es la pulmonar, no obstante, por vía nasal y parenteral las sustancias consumidas son mejor absorbidas. El consumo por vía pulmonar es mucho más aparatoso y en la combustión de la sustancia, en forma de *chino*, en el caso de la heroína, y en pipa, en el caso del *crack*, se pierde parte de la dosis por la dificultad de la absorción de los vapores que se desprenden en su combustión. Este hecho, unido a los escasos recursos económicos de los consumidores, hace que el consumo de drogas por vía parenteral esté más extendido.

Los usuarios que han consumido heroína por las tres vías, explicaban el porqué de la preferencia del consumo por vía parenteral. Por ejemplo, a principios de diciembre de 2012, Maurice (“pasajero”) razonaba sobre este aspecto mientras pedía ayuda para inyectarse heroína en la SCH del SAPS. Después de probar de inyectarse en dos intentos, Maurice pidió ayuda a la enfermera. Ésta intentó canalizarle (introducir la aguja en una vena sin inyectar la sustancia) en la mano y Maurice le rogaba: “Por favor, ahí no que me hace daño...aquí no...” Indicándole diferentes zonas de punción de su brazo derecho. La enfermera le razonaba: “Es que las tienes muy pequeñas...”.

La enfermera le encontró una vena en el antebrazo izquierdo con cierta dificultad. Ella le aconsejaba: “Maurice, deja ya de *pincharte*. Prueba de otra manera, prueba de fumarla o esnifarla...”. Éste, quejoso, le respondía: “Sí, solo me faltaba eso. Si *pinchándome* no me hace nada, menos aún si me la fumo...anda que no tendría que dejarme dinero.”

En las entrevistas también se hacía referencia a este aspecto. Por ejemplo, Julián decía: «El fumar es muy diferente, te fumas veinte *platas* de heroína al día y el inyectar te metes tres *picos* al día. Es distinto». (Julián, “parroquiano”, 1970)

En el caso de los consumidores de cocaína, las razones de la utilización de la vía parenteral tienen que ver con la intensidad con la que se siente la sustancia y la economía del consumo. Por ejemplo, a principios de abril de 2013, Kike (“parroquiano”) me habló sobre este aspecto mientras estábamos sentados en los bancos de la plaza Blanquerna (CAS Baluard): «Antes necesitaba 300 euros con la *coca* (cocaína) pero ahora sólo lo hago en caso de meterme una *fiesta*. A lo mejor me *pillo* 50 euros de coca pero ahora no hay *pasta* (dinero)». De hecho, Khalid (“rutero”), usuario que acudía para fumar *crack* en el CAS Baluard, me habló a principios de febrero de 2014, sobre la dinámica del consumo de esta sustancia: «La gente que fumamos *crack* necesitamos estar todo el día consumiendo, podemos estar 3 ó 4 días seguidos pero luego tienes que parar para descansar».

La cocaína es menos fármaco-estable que la heroína por lo que sus consumidores realizan consumos más intensos, precisando más disponibilidad de dinero para comprar esta sustancia. Los profesionales realizaban valoraciones al respecto. Por ejemplo, a principios de febrero de 2013, una profesional del SAPS me habló sobre la equiparación de los consumos de heroína con respecto a la cocaína en los últimos años: «Hace 3 ó 4 años era más cocaína y ahora casi todos están con la heroína. Mi teoría es que la cocaína es muy cara para mantenerla y necesitas meterte muchos *picos* (inyecciones). Yo creo que los que se *pinchan* al ver que, con la heroína, sólo tienen que *pincharse* 3 ó 4 veces al día ya está, no hace falta tanto dinero”.

De hecho, en los registros de las SCH, se demuestra la disminución de consumos de cocaína con respecto a la heroína. Por ejemplo, en el conjunto de las SCH de Barcelona,

en 2007 se registraron más 27.000 consumos de cocaína y más de 25.000 de heroína. En la SCH de “El Local” de La Mina, en el mismo año, se registraban más de 3.500 consumos de cocaína, alrededor de 4.000 de heroína y más de 1.500 de ambas mezcladas (*speedball*). Desde entonces los datos se han ido invirtiendo a un mayor consumo de heroína. En 2013, en las SCH de Barcelona se registraron alrededor de 20.000 consumos de heroína y más de 12.000 de cocaína y en la SCH de La Mina, más de 22.000 de heroína, más de 17.000 de cocaína y alrededor de 10.000 de *speedball*. No obstante, cabría estudiar con profundidad qué porcentajes y número de consumos, según sustancia y momento del día, realizan los usuarios de las SCH en la vía pública y/o viviendas, dado el sesgo que supone la actual franja horaria establecida en los servicios para el consumo supervisado para, así poder determinar si, efectivamente, existe una prevalencia del consumo de heroína sobre el de cocaína.

En la actualidad, se puede estimar al cruzar los condicionantes económicos y la disponibilidad de sustancias en Barcelona, que la heroína es la sustancia más utilizada por los consumidores/usuarios de las SCH con respecto a la cocaína. Consumiendo por vía parenteral el efecto es más intenso y se precisa gastar menos dinero. Mientras los usuarios de heroína precisan 3 ó 4 inyecciones diarias, los de cocaína no pueden seguir un patrón estable, pudiendo estar horas y días consumiendo constantemente.

6.1.3. Pasar a la aguja y difícil transición inversa

Otra de las razones del consumo por vía parenteral es la transición desde otras vías (la pulmonar y/o nasal) y la dificultad de promocionar el proceso inverso. Por las razones tratadas anteriormente y cuestiones personales, muchos usuarios de tipo “pasajero” y “parroquiano”, dan el paso a un consumo intenso por vía parenteral, cambiando a “rutero”. Según los profesionales, revertir el cambio de vía es difícil por diferentes razones. Dos profesionales reflexionaban al respecto:

«Yo he conseguido que alguno se lo esnife pero no le puedo ofrecer que se la fume porque no hay espacio. Se debería poner más salas de fumado para trabajar el cambio de vía. Con poner una terraza o una *carpita* es suficiente, no hace falta tanto extractor ni nada raro, un sitio que puedas fumar con la calma». (Profesional SAPS)

«Mira lo del cambio de vía es superdifícil. Yo he tenido mucho tiempo a gente, aquí, en el EIA (espacio de inhalación asistida) que luego han acabado en el EVA (espacio de

venopunción asistida) y para que vuelvan aquí es muy difícil. Por mucho que dispongamos de espacios y material, todo depende del *rollo* que ellos llevan, es muy difícil». (Profesional Baluard)

Los profesionales refieren que es una limitación no disponer de SCH específicas para promocionar la transición inversa hacia la vía pulmonar y/o nasal. No obstante, también se acusa como dificultad las cuestiones personales de los usuarios para tomar la decisión de realizar la transición inversa.

Los consumidores de drogas por vía parenteral que acuden a las SCH tienen graves problemas para la salud. Pese a que en Barcelona se dispone de espacios higiénicos para consumir y de una serie de programas de reducción de daños y tratamientos para hacer frente a las consecuencias negativas del uso de drogas por vía parenteral, se presentan serias dificultades para evitar o disminuir el número actual de casos de contagio de enfermedades infectocontagiosas y de muertes por sobredosis. Por lo tanto, cabe realizar un análisis para valorar cómo optimizar y hacer más efectivas las estrategias llevadas a cabo en Barcelona. A continuación, divido el análisis de los programas de reducción de daños en dos apartados. En el primero, estudio cómo disminuir la re/infección del VIH y las hepatitis (B y C) y en el siguiente, cómo reducir las sobredosis.

6.2. ¿Cómo puede disminuir la re/ infección de VIH y las hepatitis?

En este apartado no se analizan las salas de consumo higiénico (véase ampliamente en el capítulo 7) ni la cuestión del acceso a los tratamientos de las drogodependencias (véase el capítulo 8). En este apartado sólo expondré cómo reducir las infecciones en relación al consumo de drogas; en el apartado 9.1. se analiza, en parte, la cuestión de la infección del VIH por contacto sexual.

6.2. 1. Programas para promocionar el consumo higiénico

Las estrategias orientadas para evitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas son las SCH, los programas de intercambio de jeringuillas y los talleres de venopunción higiénica y cambio de vía de consumo.

6.2.1.1. Programas de intercambio de jeringuillas

Las jeringuillas y la parafernalia para el consumo por vía parenteral se dispensan desde los centros de reducción de daños, CAS, farmacias y otros puntos específicos de la ciudad de Barcelona y alrededores. No obstante, se evidencia la insuficiencia de estos dispositivos para cubrir la totalidad de los consumos por varios motivos:

a) Los centros que dispensan jeringuillas no están abiertos las 24 horas del día. En el barrio de la Zona Franca, la Unidad Móvil sólo está presente de tarde y aunque también hay farmacias, los usuarios no suelen acudir a ellas en el momento de ir a comprar y consumir drogas. En la zona del Raval, entre los diferentes dispositivos⁸² la cobertura es de 8 de la mañana a 1 de la noche. El barrio de La Mina y sus alrededores, tiene cobertura de dispositivos de las 11 de la mañana a las 24 de la noche, con “El Local” de La Mina, el CAS Fòrum y el punto PIX nocturno del CAP del Besòs, además de las farmacias de la zona. Por lo tanto, en general, los usuarios están desprotegidos en la franja horaria nocturna (para un mayor análisis de los horarios de las SCH, véase apartado 7.3.2.).

b) En general, las normas de los PIX no siempre están adaptadas a las necesidades los usuarios. En la mayoría de centros de reducción de daños sólo se dispensan dos jeringuillas y si se piden más se requiere al usuario que traiga las utilizadas para intercambiarlas. Esta norma es eficaz para disminuir el número de jeringuillas desechadas en vía pública, pero puede vulnerar las necesidades de los usuarios si estos precisan más. Por ejemplo, a principios de noviembre de 2013, Jaime (“fiestero”) acudía al CAS Baluard para solicitar jeringuillas. Al llegar al mostrador dio su número de usuario y le pidió material a la profesional: “Hola, ¿me puedes dar un kit? ¿Cuántas jeringas lleva?”. La profesional le contestaba: “Lleva dos, para darte más tienes que traer jeringuillas, ya sabes que esto es un intercambio...”. Jaime un tanto molesto le respondía: “Claro que lo sé pero para poder darte jeringuillas primero tengo que usarlas... ¿No me puedes dar más? Necesito 4 jeringas!”. La profesional se excusaba indicando el cartel: “Mira el cartel, si quieres tienes que traer más. De inicio te doy dos jeringuillas...”. Jaime, disconforme, exclamaba: “Pues bueno, vale...tú tranquila, si no tuviera dónde devolverlas las dejaría sin punta dentro de una lata”.

⁸² Estos son el CAS Baluard, SAPS y Local de calle Robadors (Àmbit), y el CAS Lluís Companys próximo al Arc de Triomf.

La medida de limitar la entrega de dos jeringuillas está hecha con la idea de promover que los usuarios se acostumbren a traer sus jeringas utilizadas y reducir el número de estas desechadas en vía pública, aumentando el porcentaje de jeringuillas recuperadas con respecto al número de jeringuillas entregadas. Aunque esta norma se aplica desde una óptica de salud pública, algunos profesionales opinaban que ésta se ejercía más bien desde una óptica de orden público. Por ejemplo, a finales de marzo de 2014, un profesional del CAS Baluard me explicó lo siguiente en el comedor: «Años atrás, se hizo un pacto con la policía y las salas de consumo. Se limitó el número de jeringuillas, pactándose que a cambio de dar una jeringuilla por otra jeringuilla, no se les quitaría la dosis en caso de ser cacheados».

Actualmente, se siguen utilizando este tipo de medidas en algunos centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias. Por ejemplo, los vecinos de la zona del CAS Fòrum emprendieron quejas vecinales, durante mayo y junio de 2014, por la presencia de jeringuillas utilizadas por los alrededores (parques, solares, etc.)⁸³. Esto generó que se pusieran normas drásticas en el PIX de este centro. El cartel informativo decía lo siguiente: “solo se dispensará una jeringuilla a cambio de otra (1 x 1), si traes un cubo lleno (con capacidad de 300 jeringuillas) se te dará un lote de 10 jeringuillas y si no traes jeringuillas sólo se te dará tres veces al día una jeringuilla”. En relación a estas normas, a mediados de junio de 2014, un profesional del CAS Fòrum pedía su opinión a Juan, usuario “parroquiano” de este centro. Juan reflexionaba al respecto: «el que ha puesto ese escrito es para darle un premio Nobel. La gente que va a las vías va *a saco* y no mira por nada, ni le ponen tapa, ni doblan la aguja... yo creo que lo que hay que hacer son más talleres Recoje, si se quiere hacer más educación, para que no tiren las jeringuillas. Para mí no es lógico ese cartel, vosotros estáis para dar un servicio y que la gente no tenga que reutilizar o usar jeringuillas sucias... y si no lo dais ¿qué mensajes estáis dando? ¡Al final es para castigarnos!».

Al limitar el número de jeringuillas, desde una óptica de orden público, se corre el riesgo de que los usuarios tengan una baja cobertura de jeringuillas nuevas. En algunas SCH se han buscado soluciones para dar mayor cobertura. Por ejemplo, desde el SAPS se dispensan el número de jeringuillas que precisen los usuarios y se promueve la necesidad que estos se habitúen a traer jeringuillas utilizadas. En “El Local” de La Mina

⁸³ Véase el siguiente enlace: http://www.zonaforum.cat/20140522_not_nc.htm

se lleva a cabo un “registro de usuarios con jeringuillas de reserva”. Este sistema consiste en que al usuario se le apunta en un listado tantas jeringuillas como traiga para tener una cartera de “reservas” y así este pueda llevarse tantas como requiera sin necesariamente traer jeringuillas utilizadas en el momento que las solicite. Este sistema es considerado por los profesionales como un buen método para concienciar a los usuarios de la necesidad de mantener limpio el espacio público y dar una mayor cobertura de los consumos en condiciones higiénicas.

Además, en general, falta fomentar que los usuarios se lleven jeringuillas consigo una vez abandonan las SCH (Bravo et al., 2009). Los usuarios muchas veces acuden a consumir a las SCH desprovistos de material porque desde éstas se lo dispensan y cuando abandonan el centro no se suele recomendar que pasen por el punto del PIX para llevarse jeringuillas nuevas por si fuera necesario consumir en otro lugar (vivienda o espacio público). Además, aunque en las SCH se suele tener todo el material necesario para el consumo por vía parenteral, no sucede igual para el consumo por vía pulmonar. Falta promover este tipo de material para facilitar que los usuarios puedan cambiar de vía de consumo tal como lo recomiendan varios estudios (Leonard et al., 2008; Pizzey et al., 2008)

c) Existen situaciones y decisiones personales, entre los usuarios, para no ir provisto de material higiénico de consumo. Tal como decía en el punto anterior, los usuarios abandonan las SCH sin llevarse material de consumo pero también esto sucede cuando van a comprar drogas. Entre los usuarios más veteranos de tipo “rutero” y “parroquiano” existe la creencia que ir provisto de jeringuillas da mala suerte. La razón es que ir provistos de ellas, en las zonas de venta, puede delatar ante la policía su condición de consumidores. Por lo tanto, si no existe la posibilidad o la decisión de consumir en la SCH tienen menos posibilidad de realizarlo con unas garantías higiénicas suficientes. Por ejemplo, a mediados de junio de 2014, mientras hacía la ruta de recogida de jeringuillas en las vías de La Mina, nos encontramos con Manuel (“rutero”). Éste, quería consumir en una zona próxima a los bloques de la calle Las estrellas. Al vernos, nos pidió jeringuillas: “Ey chicos, ¿me podéis dar una *americana*?”. Uno de los educadores le aconsejaba: “El Local está abierto y es mejor que lo hagas allí.”. Manuel, un tanto molesto, le respondía: “Joder, me acaba de parar la *poli* y me lo han quitado todo y he *pillado* aquí al lado y estoy harto... ¿no me la das?, la *pillito* del

suelo”. El educador respondió a sus necesidades, haciendo reflexionar a Manuel: “Mira, te la voy a dar porque es mejor que lo hagas limpio”. Manuel se lo agradecía: “Oye, gracias por dárme la pero no iba a cogerla del suelo...ya me hubiera apañado y les hubiera pedido a ellos (otros usuarios)”. El educador le reprochaba: “Oye, pues me parece bien pero esto no puede ser. Mira, primero no vas a la sala (SCH), no traes material y vas en chanclas. Te la doy pero a ver si vienes a El Local”.

Para aumentar la cobertura del material de consumo higiénico, se precisa aumentar los horarios, los medios y el personal para realizar este tipo de programas; promover los talleres de consumo higiénico (véase el siguiente apartado) y poner en marcha una serie de recomendaciones para aumentar la optimización y efectividad de estos programas que resumo a continuación (Clua, Tenza y Mínguez, 2015): una mayor coordinación y diversificación de los puntos de intercambio de jeringuillas; no limitar la distribución del número de los kits higiénicos; fomentar la dispensación secundaria de jeringuillas entre los usuarios; y dispensar material para todas las vías de consumo.

6.2.1.2. Talleres de venopunción higiénica y para el cambio de vía

Entre los usuarios existen falsas creencias y/o malas praxis del consumo de drogas por vía parenteral que potencian la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Pese a que las SCH son espacios donde se puede realizar el consumo higiénico y se tiene la ayuda e indicaciones para mejorar la práctica de la inyección por parte de los profesionales, no es suficiente para revertir las malas praxis en el consumo. Un profesional criticaba que se hubieran dejado de realizar este tipo de talleres:

«En Can Tunis hacíamos talleres de inyección y consumo higiénico y todo eso se ha perdido. Te vienen de rumanos y georgianos y no se hace porque creemos que ya lo saben pero te vas a la sala y te das cuenta que no saben. Pensamos que estamos en los 90, como nosotros, que teníamos la experiencia anterior de los problemas de la heroína. Todo eso pensamos, que ya se sabe y no todo el mundo lo sabe. Vienen a la sala y atiendes individualmente pero no los capacitas colectivamente. En Can Tunis hacíamos bola de nieve, educación entre iguales y eso se ha perdido». (Profesional Baluard)

De hecho, el objetivo de los usuarios cuando acceden al espacio de consumo es sentir rápidamente los efectos esperados de la sustancia, resultando muy difícil la promoción e interiorización de los diferentes pasos de una buena práctica, que pueda reproducirse

fuera de las SCH. Las falsas creencias y malas praxis más extendidas entre los consumidores de drogas por vía parenteral son las siguientes:

- Se cree que las hepatitis (B y C) se contraen al utilizar muchas veces la misma jeringuilla.
- Se cree que las hepatitis (B y C) están contenidas dentro de la droga consumida.
- Se desconoce que los virus del VIH y las hepatitis pueden transmitirse a través de los filtros, el agua bidestilada y las cazoletas donde se prepara la inyección.
- Se cree que el uso de filtros, cítricos y el cocinado de la sustancia con agua bidestilada elimina las impurezas de la sustancia.
- Se cree que con pincharse en la zona del cuello se alcanza antes los efectos de la droga porque va directo al cerebro.
- Se realiza la práctica del bombeo, sobre todo en el consumo de cocaína, porque se cree que, de esta manera, se alcanza antes y más intensamente los efectos.
- Se producen inyecciones en lugares comprometidos a conciencia, como la ingle y vena femoral, o por accidente en tendones o arterias⁸⁴.
- No se alternan las zonas de punción produciéndose callos u otro tipo de heridas que pueden infectarse causando abscesos.

En las SCH el presupuesto para talleres con usuarios se destina para los programas de “Agente de salud en sobredosis” (ASSO) y los Reco.je (recogida de jeringuillas en la comunidad), por lo que conviene más provisión de fondos y de personal para llevar a cabo la realización de talleres de venopunción higiénica. Además, se precisa buscar estrategias específicas como la promoción de talleres para el cambio la vía de consumo a prácticas menos nocivas (vía pulmonar y/o nasal) y la instalación de espacios de consumo específicos para los que consumen por vía nasal y/o pulmonar.

6.2.2. Diagnóstico y seguimiento de las enfermedades infectocontagiosas

En las SCH se realiza el control de las enfermedades infectocontagiosas con pruebas rápidas y/o analíticas de sangre. No obstante, los usuarios son reacios a realizarse la prueba para evitar malas noticias de un resultado positivo que confirme la infección.

⁸⁴ En las SCH de Barcelona, más del 90% de las punciones se producen en extremidades superiores (dato facilitado por Carmen Vecino – ASPB). En los últimos años, han disminuido las punciones en las extremidades inferiores y otras zonas de punción de riesgo (yugular e ingle). Por ejemplo, en CAS Baluard en el año 2011 se registraba 21% en zona inguinal y 30% en yugular (ABD, 2012:32) pasando en 2012 a 6% inguinal y 10% yugular (ABD, 2013:9).

También, al realizarse la prueba y confirmarse un positivo, se realizan interpretaciones que no se corresponden con las indicaciones de los profesionales. En una tarde de junio de 2014, me encontré a Miguel (“parroquiano”) en la sala de espera de la SCH de “El Local”. Se había hecho un análisis de sangre y acababa de recibir los resultados. Con cara de preocupación me quiso hablar de una mala noticia: «*Ey tío*, quería comentarte una serie de cosas... estoy *rayado* porque me han hecho una analítica de sangre y dicen que tengo hepatitis C y he ido al ambulatorio y creo que me están *tangando* (engañando), te quiero preguntar del tema». Miguel me pasó los resultados de la analítica donde ponía que era positivo en hepatitis C. Miguel un tanto enfado replicaba: «pues del CAS me envían al CAP y allí me dicen que debo ir al Clínic para ver al hepatólogo, ¿no crees que se están pasando un poco? ».

Como Miguel, a lo largo del trabajo de campo son muchos los usuarios que tienen desconfianza en los profesionales o están en una fase de negación que les impide seguir los pasos protocolizados indicados en caso de una posible infección (pruebas confirmatorias, valoración de tratamiento, etc.). También, pocos son los que saben realmente cuáles son las vías de infección. De hecho, Miguel me preguntó: “*tío* pero yo no sé cómo me he infectado”. Le respondí intentando que recordara: “¿has compartido material, filtros o cazuelitas?” Miguel me contestó que era imposible: “Qué va *tío*, tú sabes que yo soy muy metodoso y cuando reparto lo hago con material limpio”. Le recomendé que fuera al médico y para tranquilizarle le expliqué que en un 10-15 % de los casos de infección, la gente se cura de forma espontánea pero que, aún así, tenía que hablar con profesionales especializados. De nuevo, Miguel se reafirmaba en su desconfianza de seguir las indicaciones de los profesionales: «Yo no pregunto (a los profesionales), yo te pregunto a ti porque eres de confianza».

Un poco más adelante, en agosto de este mismo año, durante el trabajo de campo en “El Local” de La Mina, pude ver cómo Joaquim, un “rutero” de unos 50 años, se hacía una prueba rápida. Acababa de salir del hospital y le enseñó la analítica al enfermero para preguntarle preocupado: “¿qué pasa con la analítica?”. El enfermero tardó unos segundos antes de contestarle para comunicarle que le daba positivo a los anticuerpos del VIH. No obstante, éste le propuso hacerse la prueba rápida para comprobarlo. Joaquim aceptó, mencionando que «a mí me han dicho que no tengo... *porfa*, me la haces y me voy que tengo que estar en Baluard para mirarme lo del albergue». Le pedí

autorización para asistir a la prueba y pasamos a la camilla. Ahí, el enfermero le dio un pinchacito en un dedo e introdujo la sangre en una canulita de grosor milimétrico. A continuación, depositó la sangre en una tira reactiva y le aplicó el reactivo. Joaquim, sin acabar de ver el resultado, decidió irse, pidiendo que le guardaran el resultado de la prueba. Al final, pudimos observar que el test marcaba la raya del antígeno pero no del anticuerpo. Según la interpretación del prospecto, este resultado se debía interpretar como positivo pero no confirmatorio. De hecho, el enfermero explicó que Joaquim: «siempre dice que no es positivo pero la analítica y esto es positivo... de hecho, está a 250 CD4 (tipo de linfocito –glóbulo blanco- que actúa contra las infecciones)⁸⁵».

Los consumidores/usuarios de las SCH tienen dificultades para realizarse las pruebas diagnósticas para la detección de las enfermedades infectocontagiosas y en el seguimiento de las mismas, por la desconfianza a los profesionales de la salud y por cierto escepticismo de los resultados y diagnóstico de estas patologías.

Además, se debe añadir que en las SCH existen dificultades para la derivación de los usuarios a las áreas básicas de salud (véase apartado 8.1.). Sin embargo, en estos servicios de Barcelona se ha promovido la adherencia al tratamiento del VIH y seguimiento de la tuberculosis. Dos profesionales reflexionaban al respecto:

«El usuario está más concienciado. Antes era impensable que un usuario de drogas empezara un tratamiento con antirretrovirales (para el VIH). Desde el SAPS ya empezamos a mover todo el tema de tratamientos. La carga viral se empezaba hacer ahí. Eso fue por el profesional que ya metía caña. Se consiguió que el usuario tenga su medicamento y que venga a por él, aunque esté consumiendo». (Profesional Baluard)

«Los consumidores activos es más complicado pero con VIH y VHC tendrían que tener más apoyo social para hacer los tratamientos difíciles, concretamente el de la hepatitis C que es más complicada. Durante mucho tiempo, hemos dicho una frase bonita que son unos tratamientos de excelencia y tenemos que tener muchas cosas solucionadas antes de plantearla... casa, disposición, trastornos psiquiátricos, consumo controlado, etc., etc. No nos complicamos mucho y hay una excesiva diferencia entre el mundo del consumo y el mundo del tratamiento y eso es lo que tenemos por ahí». (Profesional SAPS)

⁸⁵ Una persona sana o con VIH estabilizado tiene por encima de, entre, 500 ó 800 CD4.

Por lo tanto, cabe reforzar la atención y promoción de talleres específicos para una mayor concienciación de la enfermedad. Además, se precisa la creación de protocolos de derivación a la red asistencial normalizada más efectivos, el seguimiento individual y/o talleres grupales para el cuidado de estas patologías y adherencia a los tratamientos.

6.3. ¿Cómo pueden reducirse las sobredosis?

En relación a las sobredosis, en los últimos años se mantiene la cifra de muertes por sobredosis en la ciudad de Barcelona. Las circunstancias de las muertes son consumir a solas, por vía parenteral y en viviendas (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:57). Sin embargo, en las SCH de Barcelona y Sant Adrià de Besòs se ha atendido más de 200 sobredosis anuales sin registrar ningún caso fatal. Entre los años 2009 y 2010 se produjo un cambio en la distribución de la atención de casos. En 2009 Barcelona atendió más de 260 casos y “El Local” de la Mina alrededor de los 70 casos. A partir de 2010 se han ido invirtiendo los casos con el traslado de los usuarios a la zona de La Mina. Desde 2012, en Barcelona se han atendido alrededor de 100 casos anuales y en La Mina, en 2014, ya se han registrado 130 casos por sobredosis⁸⁶.

En el capítulo 5 he analizado una serie de argumentos relacionados con el consumo en diferentes lugares (SCH, viviendas, espacio público) que se deben tener en cuenta en la aplicación de los programas de promoción de la salud (talleres) para evitar las sobredosis y otros efectos negativos. Existen una serie de medidas para reducir el número de casos por sobredosis: las salas de consumo higiénico (SCH), los talleres de atención en sobredosis y distribución de naloxona y los servicios de análisis de sustancias.

6.3.1. Talleres de atención en sobredosis y distribución de naloxona

Estos talleres se realizan en los centros de reducción de daños de Barcelona y La Mina, con el objetivo de reducir las intoxicaciones y muertes por sobredosis de opiáceos y psicoestimulantes. Consisten en cursos de 2 sesiones con pequeños grupos de

⁸⁶ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB) y Noemí González (“El Local” de La Mina – IPSS).

usuarios⁸⁷, en los que se explica los factores que producen las sobredosis, consejos para evitarlas y cómo actuar en caso de producirse.

La participación de usuarios en las SCH de la ciudad de Barcelona aumentó en 2009 y 2010, con cierta estabilización en los años sucesivos⁸⁸, siendo muy probable que disminuyan en los siguientes años por el traslado de usuarios a la zona de La Mina. Estos talleres se evalúan positivamente por ser efectivos para evitar muertes por sobredosis⁸⁹. La cobertura en Cataluña se puede considerar alta, siendo Barcelona la ciudad con mayor participación, pero se precisa desarrollar nuevas estrategias para atraer a más usuarios a este tipo de programas (Arribas-Ibar et al., 2014). También se ha evidenciado que, en general, los usuarios tienen dificultades para asimilar o relacionar los factores de las sobredosis, siendo mayor el desconocimiento en aquellos usuarios de países no comunitarios con ciertos problemas de barrera idiomática, sobre todo de Europa del Este (Sarasa-Renedo et al., 2014:150). Además, como se ha comentado al principio, más del 70% de las muertes por sobredosis se producen en viviendas (Brugal, Guitart y Espelt, 2013:57).

Para reducir las sobredosis es necesario aumentar este tipo de talleres y contar con la colaboración de los usuarios, los cuales pueden ejercer el rol de mediador, transmitiendo los contenidos a otros usuarios con problemas de barrera idiomática. Asimismo, es necesario que se realicen los talleres en viviendas, como casas okupas o similares, donde se producen consumos colectivos para una mayor autogestión de los efectos negativos del consumo. Además, en casos especiales de usuarios que tienen sobredosis

⁸⁷ En la primera sesión se les paga 5 euros y en la segunda, al completar el programa, se les retribuye con 10 euros.

⁸⁸ Por ejemplo, durante el año 2010 en el SAPS se formaron 44/49 usuarios y se distribuyeron 113 viales de naloxona (Creu Roja, 2011:9); en 2011, se formaron 77/111 usuarios y se distribuyeron 153 viales de naloxona (Creu Roja, 2012:9); y en 2012, se formaron 80/88 usuarios y se distribuyeron 216 viales de naloxona (Creu Roja, 2013:10). En el caso de CAS Baluard, durante el año 2011 se formaron 93 usuarios que participaron y se distribuyeron 178 viales de naloxona (ABD, 2012:67); y en 2012, se formaron 79 usuarios y se distribuyeron 94 viales de naloxona (ABD, 2013:76).

⁸⁹ Por ejemplo, en el SAPS los participantes de 2010 realizaron 13 intervenciones ante sobredosis (Creu Roja, 2011:9), en 2011, 11 intervenciones (Creu Roja, 2012:9) y en 2012, 17 intervenciones (Creu Roja, 2013:10). En el caso de CAS Baluard, los participantes en 2011 realizaron 19 intervenciones en sobredosis (ABD, 2012:67), y en 2012, 14 intervenciones (ABD, 2013:76).

a menudo dentro de las SCH, se precisa un plan de intervención individualizado, sobre todo con jóvenes y usuarios con gran deterioro físico de tipo “rutero” o “parroquiano”.

6.3.2. Análisis de sustancias

En los últimos años se ha desarrollado el servicio de análisis de sustancias en el CAS Baluard, con la colaboración de Energy Control (responsable de analizar las muestras recogidas)⁹⁰ y la participación del SAPS de Creu Roja. Esta estrategia consiste en que el usuario que lo solicite puede entregar una cantidad ínfima de la sustancia adquirida para ser analizada de forma cualitativa. El resultado tarda unos días.

Los principales adulterantes encontrados en la cocaína son la fenacetina, cafeína, levamisol, tetracaína y lidocaína. En la heroína, son la cafeína, dextrometorfano y paracetamol. Ambas drogas, se mezclan con diluyentes y con adulterantes farmacológicamente activos (Iannello et al., 2012; Lago, Sala y Rovira; 2013). En los diferentes análisis llevados a cabo por Energy Control, en 2012 con 48 muestras recogidas, de las cuales 71% eran de heroína, 12,5% de cocaína, 4% de *speedball* y 12,5% de efedrina, *legal high* y sustancias desconocidas, los adulterantes encontrados fueron los siguientes para cada caso (ABD, 2013:24-30):

- Heroína: 91% cafeína, 74% dextrometorfano⁹¹ y 68% paracetamol.
- Cocaína: 33% cafeína, 33% fenacetina⁹², 33% anestésicos locales (lidocaína⁹³ y tetracaína⁹⁴) y 33% levamisol⁹⁵.
- Speedball: se detectó dextrometorfano, cafeína y levamisol.

⁹⁰ La oficina de Energy Control está situada en la Calle Llibertat 27 de 17 a 22 h.

⁹¹ Fármaco opioide sintético utilizado para aliviar la tos. Analgésico retirado del mercado.

⁹² Analgésico local retirado del mercado que produce hepatotoxicidad.

⁹³ Anestésico local que por vía endovenosa produce arritmias.

⁹⁴ Molécula utilizada para calmar el dolor. Produce efectos antiarrítmicos y reducción del tono muscular. Puede producir hipersensibilidad en la piel.

⁹⁵ Fármaco utilizado en veterinaria para eliminar parásitos. Potencia los efectos estimulantes de la cocaína. Con el uso prolongado produce alteraciones en la sangre, cutáneas y cardíacas.

Los efectos secundarios observados más comunes como reacción a las sustancias consumidas son las alergias cutáneas (31%), cefaleas (15%), agitación psicomotriz (8%) ideas delirantes (6%) y mareos y vómitos (6%).

Además, en los últimos años se han detectado sustancias diferentes con efectos análogos (*legal high*). Por ejemplo, se ha detectado compuestos de catinonas (estimulante que produce euforia) y sustancias similares que se venden en *Smart Shops*, como nutrientes de vegetales, bajo el nombre de *Crystal* y *H2O* por el precio de unos 6 euros con una cantidad para unas tres dosis. Estas sustancias no está permitido consumirlas en las SCH. Sin embargo, los usuarios burlan el control establecido en los espacios de consumo informando que van a consumir cocaína. Una vez realizado el consumo se detecta una serie de efectos inespecíficos muy diferentes. Muchos la consideran como una especie de cocaína barata. Por ejemplo, a finales de julio de 2013, Ramón, un usuario “parroquiano” de 60 años, se encontraba bajo los efectos del *Crystal* en el CAS Baluard. Ramón, tras consumir en la SCH, salió por la puerta corriendo por la plaza Blanquerna sin rumbo fijo. Pepe, un amigo suyo, corría tras él sin poder alcanzarle. Ramón cruzó la calle sin mirar y los coches tuvieron que reducir la velocidad. Ramón, agotado, se apoyó en un árbol hasta desvanecerse y quedarse sentado en el suelo. Pepe lo alcanzó para acudir en su auxilio y ayudar a Ramón a levantarse. Al conseguirlo, volvió a retomar la carrera sin rumbo, realizando movimientos descoordinados y hablando rápidamente *uh-ah-ah-uuuah*. Al final, Ramón, consiguió calmarse y Pepe pidió una camisa a los profesionales para que su amigo pudiera cambiarse la que llevaba llena de sangre.

Aunque en las SCH no se observa un aumento alarmante de sustancias diferentes a la cocaína y la heroína, es preciso aumentar los medios para la recogida y análisis de muestras de sustancias, con el objetivo de aumentar el conocimiento de la composición de éstas y de sus efectos potenciales; también, para tener un mayor manejo y una atención más efectiva delante de este tipo de casos, en los que se producen efectos desconocidos a los habituales por las sustancias que se consumen normalmente.

En general, los profesionales valoraban que el análisis de sustancias es una estrategia necesaria para tener conocimiento de la composición de las drogas que proliferan en la ciudad y estar alerta de las consecuencias graves de las sustancias adulteradas. En el

CAS Baluard, periódicamente, se exponen listados de muestras analizadas en los que se especifican la composición y se alerta de las moléculas o sustancias encontradas que puedan conducir a graves daños. Sin embargo, los usuarios que consumen drogas intensamente (“ruterros”) no son sensibles a estas notificaciones o son escépticos respecto a estas informaciones. Por ejemplo, a mediados de marzo de 2013, las educadoras realizaban un taller sobre la composición de las sustancias en el CAS Baluard. Un usuario ironizaba las explicaciones: «Sólo sabe lo que lleva la sustancia el de *Breaking Bad*... da igual lo que lleve, a mí por ejemplo, vengo aquí porque me gusta fumar solo en la sala a mi rollo, que es lo que voy hacer luego... te enganchas a ese ritual».

O bien utilizan sus propios medios de análisis aunque puedan ser erróneos, valorando los efectos alcanzados. Por ejemplo, a mediados de 2014, mientras realizaba la recogida de jeringuillas en las vías de La Mina con los educadores de “El Local”, nos encontramos con Jaime que estaba preparándose una inyección entre unos matorrales apoyando la parafernalia sobre un microondas abandonado. Este disolvía la dosis de cocaína en una cazuela y puso un filtro medio sucio sacado del bolsillo. Pinchó la jeringuilla para absorber la dosis. Levantó la jeringuilla a la altura de la mirada para sacar las burbujas de aire que eliminó golpeando la cánula de jeringa y subió el émbolo para purgar hasta que decantó una gota del preparado por el bisel de la aguja. Antes de buscarse la vena, orientó la jeringa hacia la boca lanzando un mínimo del preparado en esta. Lo saboreó y nos dijo: «como siempre, esto no es *coca* (cocaína) ni es nada, es lidocaína...ves así sé a quién tengo que comprar y a quién no...a éste no le compro más».

La detección de los adulterantes en las sustancias obtenidas, bien sea a través de los análisis o porque el usuario no consigue los efectos esperados, sirve para que los consumidores puedan exigir a los vendedores una mayor calidad de la sustancia o cambiar de punto de venta. Por lo tanto, se debe promocionar más este tipo de servicio y hacer más hincapié en la responsabilización de los usuarios, en saber qué consumen para poder exigir a sus proveedores una mejor calidad en las sustancias adquiridas.

6.4. Participación de los usuarios en las políticas de reducción de daños

Las asociaciones de usuarios o plataformas multidisciplinares en las que se integran consumidores de drogas son colectivos implicados en las políticas de reducción de daños. Desde éstas se reivindican los derechos y deberes de las personas consumidoras de drogas, se sensibiliza a la sociedad general del problema y se participa en el diseño de estrategias de reducción de daños y tratamientos de las drogodependencias. Sin embargo, entre estos colectivos y las SCH no existe apenas conexión o coordinación. Son varias las razones:

a) Reducción de la actividad de las asociaciones de usuarios.

Estas plataformas nacieron de forma independiente con apoyo de la Administración. Muchas con el tiempo han quedado absorbidas por ésta en forma de entidad social como parte de la cartera de servicios de la atención en drogodependencias. Otras, aún manteniendo su carácter crítico, han perdido fuerza con la llegada de los recortes en sanidad y atención social, disminuyendo su actividad en los últimos años por la falta de apoyo.

b) Pérdida de líderes y de liderazgo de los actores más implicados.

En los años 90, con la creación de los programas de agente de salud, muchos de los líderes fueron absorbidos por la profesionalización, perdiendo o reduciendo éstos su carácter activista. Sobre todo, muchos de los líderes de los años 90 han fallecido o se han apartado del activismo por motivos de salud y por el desencanto con la relación establecida entre las asociaciones y la Administración. Un profesional del SAPS explicaba más razones del fracaso de las asociaciones de usuarios:

«Una cosa sorprendente es que las asociaciones de usuarios podían haber funcionado mejor, de hecho en Francia es el modelo que ha funcionado. Y esto parecía que tenía que ser una línea de trabajo en cuanto a reivindicación, manifestación... Luego no ha funcionado porque probablemente los intereses eran muy dispares y algunas de estas han avanzado en auténticas empresas, lícitas, porque todo el mundo tiene una tendencia a encontrar su espacio laboral y profesional. Esto hubiera sido una buena línea de trabajo, que las hay, pero es un colectivo tan dispar... Hay gente que está trabajando pero no representan... No es como los enfermos de insuficiencia renal que se sienten identificados, hay alguien que tiene cierta concienciación y hacen algunas cosas».

(Profesional SAPS)

c) Falta de promoción de las asociaciones de usuarios en las SCH.

En los tabloneros de anuncios de las SCH es fácil tener información de diferentes recursos para la atención a las drogodependencias y otras actividades para cubrir las necesidades de los usuarios; sin embargo, en ninguna es posible encontrar información de las asociaciones de usuarios o similares.

Además, en muchas ocasiones, los usuarios de las SCH se han vinculado a las asociaciones de usuarios gracias a la figura de agente de salud que ha hecho de puente, del mismo modo que lo ha hecho con los profesionales. Pero la figura del agente de salud ha ido perdiendo presencia en los últimos años debido a la falta de promoción y de diseño de programas y actuaciones con la participación de ellos, siendo cada vez más difícil que los usuarios encuentren un igual en las SCH. Son pocos los usuarios de las SCH vinculados a las asociaciones, apenas he contabilizado a dos de ellos. A finales de julio de 2014, José, “parroquiano” de “El Local” y miembro de una asociación de usuarios, me explicaba alguna de sus reivindicaciones en el comedor de este centro: «Yo estoy en una asociación y voy por el Bus de Sant Roc. Está bien, es para dos personas y tranquilito, casi te diría que es mejor que esto (“El Local”) pero está cada vez peor. Abrían de lunes a viernes y ahora sólo los martes y viernes⁹⁶. El 21 de julio con lo de los muertos por la guerra a las drogas (Día internacional por la memoria de las víctimas de la guerra a las drogas), estuve hablando con un técnico y se lo dije y parece ser que igual desaparece... una mierda!!! Cada vez recortan más y joder! ».

Además, en las entrevistas los profesionales y técnicos sugerían algunas recomendaciones:

«Hasta cierto nivel se debería desprofesionalizar las plantillas e incorporar a los propios afectados. Sobre todo a aquellos que no son aún adictos, aquellos que hacen un consumo lúdico. Debe haber los afectados que hagan de puente con los profesionales».
(Técnico ASPCat)

⁹⁶ El espacio de punción asistida (EPA) de Sant Roc (Badalona) se puso en marcha en julio de 2012 de lunes a viernes en horario de de 15:30 a 20:30. A partir de junio de 2014 recortó el horario de atención a martes y jueves de 15:30 a 20:30. Desde octubre de 2015 se ha reestablecido de lunes a viernes con horario de 15:30 a 19:30 (Información facilitada por Alicia Molina de Asaupam).

«Hay pocas asociaciones de usuarios. Hacen falta, pues, que se pronuncien, es lo que les hace falta a esta gente. Los profesionales saben pero los consumidores saben más. Si no se les escucha, no se tiene esa información. Estaría bien que los consumidores expliquen qué les ocurre para que se les entienda bien». (Profesional Baluard)

Se precisa incorporar la figura de los consumidores de drogas en los equipos profesionales (agentes de salud) y promover espacios donde los usuarios y representantes de las asociaciones puedan plantear sus reivindicaciones. Aunque desde el “Pla d’acció sobre drogues de 2013 – 2016” se considera aceptable la creación de empresas o cooperativas de usuarios para realizar trabajos de baja exigencia y la coordinación con los colectivos de afectados y familiares para la integración social y la aceptación de los consumidores (Brugal, Guitart y Espelt, 2013: 43), falta un trabajo conjunto de la Administración con las SCH y las asociaciones de usuarios para una mayor vinculación y participación de los actores principales en el diseño de las políticas de reducción de daños de Barcelona.

CAPÍTULO 7. LAS SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO DE BARCELONA

En este capítulo se presentan los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias con sala de consumo higiénico (SCH) que fueron estudiados. A continuación, se explica el funcionamiento y normas básicas de estos dispositivos. Por último, se analizan diferentes aspectos de las SCH con el objetivo de orientar y aportar líneas de actuación para mejorar la efectividad y optimización de estos dispositivos.

7.1. Las salas de consumo higiénico de Barcelona estudiadas

En este apartado presento las salas de consumo higiénico (SCH) donde realicé la investigación: el SAPS de Creu Roja y el CAS Baluard del barrio del Raval, la unidad móvil de Zona Franca, el CAS Fòrum del barrio de Sant Martí y “El Local” del barrio de La Mina en Sant Adrià del Bessós. Para conocer cuáles son las SCH de Barcelona y alrededores, véase el capítulo 3 y la tabla 3⁹⁷.

⁹⁷ También véase Clua (2015), artículo sobre las SCH en España en el período de 2000 a 2013, donde realizo una síntesis de la puesta en marcha de las SCH, los programas e intervenciones que desarrollan, el perfil de los usuarios, la prevalencia de consumos y reacciones adversas, la efectividad y las propuestas de mejora de los dispositivos estudiados y de los del resto del Estado español en ese período.

Centro	Localización	Año de apertura de la SCH	Horario	SCH	Prestaciones
Programa de Reducción de daños de Can Tunis	Barrio residencial de Can Tunis (Barcelona)	2001 - 2004	De lunes a domingo de 9h a 15h	Primero fue una carpa con 3 plazas. A principios de 2002 se puso en marcha en una unidad móvil para 5 plazas de consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa,
SAPS	Av Drassanes 13-15 (Barcelona)	2003	Lunes de 19:30 a 1:00h; Martes de 13:00 a 17:30h. Miércoles y jueves de 19:30h a 01:00h. Viernes de 14:30h a 20:00h.	2 plazas de consumo por vía parenteral.	PIX, atención sanitaria y socioeducativa, asesoría jurídica y calor y café. Zona de higiene con ducha y lavandería.
“El Local” de La Mina	Rambla Mina nº 2-8.	2004	De lunes a viernes de 11:00h a 19:00h, sábado y domingo de 11:00h a 15:00h.	2 plazas para el consumo por vía parenteral. Aumentó a 4 y en agosto de 2013 a 8 plazas por vía parenteral.	PIX, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café, zona de higiene, y asesoría jurídica.
CAS Baluard	Plaça Blanquerna s/n (Barcelona)	2004	De lunes a viernes de 8:45h a 22:00h. Sábado, domingo y festivos de 10:00h a 21:00h	5 plazas de consumo por vía parenteral. 6 plazas de consumo por vía pulmonar desde principios de 2009.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café, zona de higiene, análisis de sustancias y asesoría jurídica.
Unidad móvil de la Zona Franca	Calles d'Armes y Tortosa y calle Foc 112 (Barcelona)	2005	De lunes a viernes de 14:00h a 21:00h	3 plazas para el consumo por vía parenteral.	PIX, atención sanitaria y socioeducativa.
CAS Vall Hebrón	Pg. Vall d'Hebron 119 (Barcelona)	2005	De lunes a jueves de 11:00h a 14:00h y de 16:00h a 19:00h. Viernes de 11:00h a 16:00 h	3 plazas para el consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café, zona de higiene.
CAS Lluís Companys	C. Davant del Portal nou, s/n (Barcelona)	Pendiente de abrir en 2016	De lunes a jueves de 8:45h a 13:30h		PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café.
CAS Fòrum	C. Llull 410 (Barcelona)	2010	De lunes a viernes de 12:15h a 19:15 h. Sábado, domingo y festivos de 13:15h a 18:15h	1 plaza para el consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa, calor y café.
CAS Sants	C. Comtes de Bell-lloc, 138, baixos (Barcelona)	2012	Delunes a jueves de 12:30h a 14:30h y de 16:30h a 18:30h. Viernes de 12:30h a 14:30h	2 plazas para el consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa.
CAS Sarrià	C. Dalmases, 76 (Barcelona)	2012	Lunes y miércoles de 12:30h a 14:30h y de 16:30h a 18:30h. Martes y jueves de 16:30h a 18:30h. Viernes 12:30h a 14:30h	1 plaza para el consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa.
CAS Garbivent	Ctra. Sagrera, 179 (Barcelona)	2012	De lunes a jueves de 11:30h a 14:00h y de 15:00h a 17:00h. Viernes de 11:30h a 14:00h	2 plazas para el consumo por vía parenteral.	PIX, PMM, atención sanitaria y socioeducativa.
EPA de Sant Roc Badalona	Av. Marques de Montroig, 257 (Badalona)	2012	De lunes a viernes de 15.30 h a 19.30	2 plazas para el consumo por vía parenteral.	PIX, atención sanitaria y socioeducativa.

Tabla 3. Salas de consumo higiénico de Barcelona

7.1.1. Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitaria (SAPS)⁹⁸

El SAPS de Creu Roja Barcelona abrió en abril de 1993 e instaló el espacio de venopunción asistida (EVA) en octubre de 2003 en un antiguo almacén. Se sitúa en la zona sur del barrio de El Raval de Barcelona, en la Avenida Drassanes 25. Sus instalaciones se ubican en la segunda planta del complejo sanitario de urgencias del IMIM, el Hospital de Peracamps. Desde 2010 abre de lunes a jueves de 19:30 a 1h y los viernes de 13 a 20h, para todos los usuarios adscritos, aunque en otras franjas horarias se realizan otras intervenciones y actividades específicas para dar continuidad al seguimiento de los usuarios que no acuden en horario habitual. Anteriormente, abría de lunes a domingo, de 19:30 a 2h.

El SAPS mide unos 60 metros cuadrados y tiene cuatro espacios. En el primero está el programa de intercambio de jeringuillas (PIX), donde el profesional responsable dispensa el material para el consumo higiénico de drogas por vía parenteral y pulmonar, además de preservativos. Este mismo profesional, se encarga de gestionar el acceso de los usuarios al centro; el SAPS tiene capacidad para 16 usuarios. Junto al PIX está el espacio de venopunción asistida (EVA), un espacio reducido para el consumo inyectado de dos 2 plazas. Junto al EVA está la enfermería y el despacho de profesionales que se utiliza como oficina para guardar las historias de los usuarios y el material de oficina. Al final del pasillo está el Club, espacio de “calor i café” con cuatro mesas para que los usuarios puedan alimentarse y realizar actividades sociosanitarias. En este mismo espacio se encuentra el lavabo de profesionales, el de los usuarios, una ducha y un ropero, donde está la lavadora-secadora.

El Equipo que interviene de lunes a viernes se compone de dos enfermeras, una trabajadora social y dos educadores. El médico acude dos tardes, la abogada una mañana y la administrativa y la coordinadora acuden fuera de horario de atención directa.

7.1.2. CAS Baluard

El CAS Baluard es un centro gestionado por la Associació Benestar i Desenvolupament y de titularidad pública (ASPB), abrió en diciembre de 2004. Está localizado a menos

⁹⁸ Para una descripción más detallada véase Clua (2011), estudio realizado en el SAPS en 2010.

de 100 metros del SAPS y se ubica en un ala del edificio histórico del Museu Marítim de Barcelona, cedida por el Ayuntamiento de Barcelona. Al principio, era un centro de unos 60 metros cuadrados y amplió sus instalaciones en 2008 a 200 metros cuadrados aproximadamente, añadiendo un Espacio de Inhalación Asistida (EIA), entre otros espacios. El CAS abre de lunes a viernes de 08:45 h a 22:00 y los fines de semana de 10 a 19 h. No obstante, el EIA, abre de las 11h a las 21 h., horario ampliado en octubre de 2013 (antes cerraba a las 19 h.). Al principio, abría de lunes a domingo las 24 horas del día con un descanso de 6 h. a 7 h. de la mañana, pero desde 2009 se ha ido recortando la franja horaria sucesivamente hasta la actual.

La entrada al centro se ubica en la Plaça Blanquerna s/n, ésta conduce al primer espacio: el PIX. Desde el mostrador del PIX, se accede por la izquierda al área sanitaria y por la derecha al área socio-educativa. El área sanitaria se compone del PIX, que es por donde se recibe a los usuarios para darles acceso a la totalidad de espacios del centro. Al entrar al área sanitaria, hay cuatro espacios: el espacio de venopunción asistida (EVA) de 5 plazas, la enfermería, el espacio de inhalación asistida (EIA) de 6 plazas y una pequeña sala de entrevistas, en la que se realiza la acogida de nuevos usuarios. Al área social, situada a la derecha del PIX, se accede por un estrecho pasillo. En esta área está el dispensario del programa de mantenimiento de metadona de bajo umbral (una especie de enfermería), el comedor, de menos de 100 metros cuadrados con una capacidad de unas 20 personas, con 4 ó 5 mesas y un office pequeño desde el que se expone y prepara la comida. Detrás del office, está el baño adaptado y de mujeres, 4 duchas y dos lavabos para hombres y una ducha para mujeres, frente a un pequeño espacio donde los profesionales dejan sus cosas bajo llave. Frente a las duchas de hombres, hay un espacio multiusos para intervenciones grupales con puertas abatibles, que muere en un despacho con cristal al que llaman “pecera” y que es para la atención social. A final de este área, se accede, por un pasillo a la zona de profesionales: despacho de coordinación, sala de reuniones, despacho de historias clínicas y baño para profesionales.

El Equipo se compone de más de 30 profesionales divididos en tres turnos (mañana, tarde y fin de semana): coordinador, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, educadores e integradores sociales, agentes de salud y monitores, trabajadoras sociales, psicólogas, psiquiatra, vigilantes y administrativa.

7.1.3. Unitat mòvil de Zona Franca⁹⁹

La Unidad Móvil de la Zona Franca, gestionada por la Associació Benestar i Desenvolupament, abrió en abril de 2005. Se ubica en la parte sur del Paseo de la Zona Franca de Barcelona. Realiza dos paradas, de lunes a viernes, en este barrio próximo a la zona de ferias comerciales de Barcelona (Fira 2). La primera parada se realiza de 14 a 17:30 en una zona de aparcamiento público, entre las calles d'Armes y Tortosa, rodeada por el norte y oeste de naves industriales, por el sur de una comisaría de los Mossos d'Esquadra (Calle Ulldecona) y por el este de los bloques en los que se vende drogas, conocidos como las "Casas Baratas". La segunda parada, se realiza de 17:30 a 21:30 horas, en la calle Foc 112, en la parte trasera del centro sanitario de atención primaria, el CAP Doctor Ribas, que cubre la zona sur del barrio de la Zona Franca. En frente de esta parada, hay unas instalaciones deportivas y hacia al norte hay dos zonas residenciales, la Pantera Rosa y el Polvorín, en las que a épocas se vende cocaína, heroína y hachís. Anteriormente, se ubicaba en el paseo de la Zona Franca 27 y después, en el Calle del Foc, s/n. a menos de 500 metros de la zona de venta.

La unidad se compone de dos espacios separados, el del programa de intercambio de jeringuillas (PIX) y el espacio de consumo inyectado de 3 plazas. El Equipo se compone de una coordinadora, un enfermero, un conductor y dos educadores de calle.

7.1.4. CAS Fòrum

El CAS Fòrum se abrió en enero de 2011 e instaló el EVA en enero de 2012. Se ubica en el Centre Fòrum de la Calle Llull 410 de Barcelona, complejo sanitario de atención hospitalaria y ambulatoria de diferentes especialidades que pertenece al Parc de Salut Mar. Se sitúa a pocos metros del metro El Maresme/Fòrum y a unos 500 metros de la Sala de consumo de La Mina, el mayor barrio de compra-venta de drogas del área de Barcelona. El espacio de reducción de daños abre de lunes a domingo de 12.15 a 18.45h.

El centro tiene dos zonas diferenciadas. Al entrar, el lado izquierdo que corresponde al área de reducción de daños y el lado derecho, zona de atención médica y psicológica compuesta de 4 despachos. El área de reducción de daños tiene 3 espacios: despacho de

⁹⁹ Véase Dietze et al. (2012) para conocer el análisis comparativo de este servicio con las unidades móviles de Berlín. Se destacan las potencialidades y limitaciones de este tipo de SCH.

enfermería y dispensario de metadona, el espacio de venopunción asistida para una plaza y el espacio de “Calor i café” con capacidad para 7 usuarios.

El equipo del área de reducción de daños, se compone de dos enfermeros, un auxiliar de enfermería y un educador social.

7.1.5. “El Local” de La Mina

“El Local” de La Mina abrió en junio de 2004 y es un centro gestionado por el Institut per a la Promoció Social i de la Salut (IPSS). Desde agosto de 2013 se ubica en un solar entre la Calle Venus y la Rambla Besòs, detrás de la biblioteca Municipal Font de La Mina, a pocos metros de la parada del tranvía Parc del Besòs. Anteriormente era un centro más pequeño que se ubicaba en la calle Manuel Fernández-Márquez, s/n, próximo a un colegio y unos bloques de pisos de construcción nueva. “El Local” abre de lunes a viernes de 11 a 19h, y los fines de semana de 11 a 15h. Anteriormente, hasta 2009, abría de lunes a viernes de 10-14h y 17-20h y los fines de semana de 11-15h; de 2010 hasta 2012, de lunes a viernes de 10h a 20h., manteniendo el mismo horario de fin de semana.

“El Local” es un edificio prefabricado de más de 100 metros cuadrados. Se accede por un patio amplio vallado, desde la Rambla Besòs. Anteriormente, también tenía abierto el acceso por la calle Venus pero por varias quejas y ataques vecinales este acceso quedó cortado. “El Local” se compone de 6 espacios. El primer espacio es la zona PIX y los baños y duchas. Detrás del PIX está el “calor i café” con un mostrador para dispensar alimentos, 3 mesas y un sillón. Al volver al PIX, hay un pasillo que conduce a los siguientes espacios: la consigna, el TT (taller autorizado de venopunción higiénica) con 8 plazas, la sala de espera a este espacio y el despacho de profesionales.

El Equipo se compone de cerca de 20 profesionales: una coordinadora, educadores sociales (2 en el centro y 2 en la calle), 3 enfermeros, un médico que acude 8 horas mensuales para gestionar los trámites de las analíticas, un vigilante, y el resto son auxiliares/monitores.

La realización del trabajo de campo en estas cinco unidades de observación cubre una buena representación de lo que son las SCH en Barcelona y las dinámicas del consumo

de drogas, realizando el trabajo de campo en tres escenas fuertes de venta y consumo de drogas: Raval, Zona Franca y La Mina. De las 10 SCH que existen en la ciudad de Barcelona y alrededores se han escogido las 5 SCH con mayor actividad, destacando “El Local” de La Mina y el CAS Baluard que son los dos centros que registran más consumos anualmente. En relación al tipo de centro sociosanitario, se han escogido diferentes modalidades de dispositivos: centros de reducción de daños (SAPS y “El Local”), una unidad móvil (Zona Franca), un CAS de nueva generación (Fòrum) y un centro de reducción de daños transformado en CAS integral (Baluard).

7.2. Funcionamiento y normas básicas de las salas de consumo

En este apartado se explican los criterios de acceso a los centros sociosanitarios con SCH, las normas básicas del centro, las normas en los espacios de consumo higiénico y las del resto de áreas de estos dispositivos.

7.2.1. Acceso de los usuarios

Los criterios básicos para utilizar los centros con sala de consumo higiénico (SCH), según los protocolos de la Red de reducción de daños (REDAN) (Adán et al., 2012) son ser consumidor de drogas y mayor de 18 años. Si bien existen matices al respecto y ante situaciones especiales (embarazadas y adultos acompañados de menores). En relación a la vía de consumo, también se admiten usuarios de drogas por vía nasal. En el caso de acceder menores o adultos acompañados de menores, existe un protocolo de aviso a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). En el caso de las embarazadas, se procede igual y éstas deben realizar el consumo en las enfermerías de los centros. El objetivo es dar una atención especial y alejada del foco de observación de otros usuarios.

En todos los centros de Barcelona, a los usuarios que quieran acceder al centro se les recogen una serie de datos básicos (sociodemográficos y sociosanitarios) en una ficha. Si se valora favorablemente, al usuario se le adjudica un código compuesto por las dos primeras letras de sus apellidos o un número. Al acceder al centro se le explica las normas básicas del dispositivo y del espacio de consumo. Existen matices en el CAS y SAPS. En el CAS Baluard, se les rellena una historia clínica a los usuarios y se les realiza la prueba de la tuberculina para detectar si han estado en contacto con la bacteria de la tuberculosis. En el SAPS, sólo pueden acceder al espacio de “calor y café” los

usuarios en situación de precariedad (sin vivienda o con necesidades sociales o sanitarias mínimas no cubiertas).

7.2.2. Normas básicas de los centros

Las normas básicas son las siguientes:

1. No usar la violencia verbal y física hacia los profesionales y el resto de usuarios.
2. No vender drogas dentro de las instalaciones.
3. No consumir drogas fuera de los espacios habilitados.
4. Está prohibido entrar con animales.

El incumpliendo de estas normas comportan sanciones que impiden el acceso al centro por el tiempo que considere la comisión sancionadora.

7.2.3. Normas en los espacios de consumo

Los usuarios deben firmar un consentimiento informado en el que se responsabilizan de las consecuencias del consumo, permiten la actuación profesional en caso de riesgo vital y se comprometen a respetar las normas a seguir dentro del espacio. Este no se firmará en los sucesivos consumos. Los usuarios deben traer consigo las sustancias que van a consumir. Se prohíbe pedir a otros usuarios, comprar dentro del espacio o intercambiar sustancias. Sí se permite compartir dosis con acuerdo previo y avisando a los profesionales. Todos los usuarios antes de preparar la dosis y consumir deben limpiarse las manos, informar de lo que van a consumir y de lo que han consumido en las últimas 12 horas; también deben esperar a que el personal les entregue el material que soliciten y les sea necesario para el consumo a realizar. En el caso de La Mina, los enfermeros entregan las jeringuillas y gomas; los usuarios cogen de la mesa del enfermero un kit preparado con servilleta, alcohol, filtro y cazuela. En todos los centros, el usuario se responsabiliza de prepararse la dosis, fijarse y canalizar la zona de punción. Si bien el enfermero puede ayudar a canalizar la vena en el caso que el usuario tenga dificultades. Esto depende del trato preestablecido entre profesional y usuario. En ningún caso, el profesional inyecta la sustancia, acción prohibida jurídicamente. También está prohibido que los usuarios se inyecten entre sí. Esta práctica sí se permite en la SCH de La Mina. En el espacio de consumo inyectado sólo se permite un consumo aunque se puede consumir en dos veces en aquellos que lo solicitan y los que consumen heroína y cocaína por separado. El tiempo de preparación es de 20 minutos y una vez se ha consumido, deben pasar 30 minutos. En La Mina no existe límite de tiempo para

consumir entre consumo y consumo. Después de consumir los usuarios deben recoger todas sus pertenencias y limpiar el espacio de consumo.

En el Espacio de Inhalación asistida (EIA) las normas son iguales y se prohíbe el uso de amoníaco para transformar la cocaína en *crack*. También se prohíbe compartir las pipas y los tubos entre los usuarios. El tiempo de preparación y consumo de la heroína es de 30 minutos y del crack es de 45 minutos.

El incumplimiento de estas normas comporta sanciones que impiden el acceso al centro por el tiempo que considere la comisión sancionadora.

7.2.4. Normas en otras áreas de los centros

Las normas en las diferentes áreas de los centros sociosanitarios se basan en el cumplimiento de la normativa básica; en el respeto al espacio, profesionales y usuarios. Son las siguientes:

Equipaje y pertenencias del usuario. No pueden guardarse las mochilas y/o maletas de los usuarios dentro del centro cuando este permanece cerrado. Esto sólo se permite en La Mina que tiene servicio de consigna, si bien, en ésta, no se puede guardar medicación y drogas. En todos los centros, los usuarios pueden entrar con sus pertenencias siempre que éstas no abulten u ocupen mucho espacio. En esos casos, deben dejarlo fuera.

Alimentación. Los usuarios tienen derecho a la alimentación con algunas restricciones. En el Bus de Zona Franca sólo se dispone de bebidas (agua y zumos). En el SAPS siempre se dispone de bebidas (leche, café, agua y zumos) y galletas; en los días que hay comida proveniente de la beneficencia, ésta se dispone hasta el fin de existencias, también los usuarios pueden preparar o calentar en el microondas la comida que traigan. En el CAS Baluard hay unos horarios marcados (desayuno y merienda). La comida procede del Banco de Alimentos y se distribuye sin limitaciones hasta el fin de existencias y pueden calentar su propia comida. En el CAS Fórum se dispone de bebidas (zumo, leche y agua) y sólo se permite la dispensación de dos paquetes de galletas o magdalenas, si bien los usuarios pueden preparar o calentar en el microondas la comida que traigan. En “El Local” cada usuario tiene derecho a 3 zumos, dos

paquetes de magdalenas o galletas por turno y un bikini, existiendo la posibilidad de calentar en el microondas la comida que traigan.

Duchas e higiene personal. Este servicio existe en CAS Baluard, SAPS y La Mina. El CAS Baluard tiene unos horarios marcados para esta necesidad, salvo excepciones. En el SAPS y La Mina se permite durante todo el horario de apertura hasta la última media hora. En los tres casos, desde el centro se dispensa el jabón, toallas, materiales de afeitado o depilación. Las duchas se usan por orden de llegada y/o apuntándose previamente en una tablilla. En el caso del SAPS, se dispone de una lavadora/secadora que se utiliza por turnos conforme se apuntan los usuarios.

7.3. Análisis del funcionamiento y normativa

En este apartado se analizan una serie de aspectos relacionados con el funcionamiento y la normativa de los centros sociosanitarios con salas de consumo higiénico (SCH): a) Ubicación; b) Horarios; c) Espacios de consumo higiénico; d) Material para el consumo de drogas; e) Normativa básica en la sala de consumo higiénico y otras áreas; f) Intervención de los profesionales; g) Consignas, zona de higiene personal y gestión de los alimentos. El objetivo es orientar y aportar líneas de actuación para mejorar la efectividad de estos dispositivos. Para ello se han analizado las entrevistas a los usuarios, profesionales y técnicos municipales responsables, las normativas de los centros sociosanitarios y el diario de campo.

7.3.1. Ubicación

Las SCH estudiadas se encuentran ubicadas en zonas donde se detecta la venta de drogas. Aunque ha habido cambios en los mercados de las drogas modificándose el número de visitas y de consumos de las SCH de Barcelona y La Mina. Desde el año 2010, se ha producido un traslado de los usuarios que consumían en el Raval (CAS Baluard y SAPS) y la Zona Franca hacia la zona de La Mina y alrededores. A continuación, resumo los factores clave de este fenómeno, desarrollados en el capítulo 3:

1. Fuerte presión policial en los barrios del Raval, eliminando gran parte de la venta visible en la zona de las Ramblas y otros puntos de la zona conocida como “Barrio Chino”. En La Mina la intervención policial es más laxa, comparativamente, y la venta

de drogas se organiza desde pisos, en los que es más fácil la ocultación de drogas en caso de redadas. Además, en esta zona existen múltiples espacios abiertos para consumir.

2. Venta de cocaína en la Zona Franca adaptada a consumidores no habituales en las SCH, siendo la cantidad mínima de compra de medio gramo a 30 euros. Además, este barrio ha sufrido varias redadas desde 2010, reduciéndose la venta en épocas concretas.

3. Aumento de puntos de ventas en la zona de La Mina con precios adaptados al poder adquisitivo de los consumidores. Se venden dosis mínimas con precios alrededor de los 5 euros o cambio de objetos robados solicitados por los vendedores u ofrecidos por los consumidores. Además, muchos vendedores dan facilidades como fiar las dosis o permitir una “paga y señal” (2 ó 3 euros), hasta que el consumidor pueda sufragar la compra.

4. Recortes en las franjas horarias de apertura de los centros de reducción de daños del Raval de Barcelona, reduciéndose las horas de intervención de los espacios de consumo.

5. Aumento de plazas de consumo en la zona de La Mina y alrededores. Desde el verano de 2013, “El Local” ha pasado de tener 4 plazas de consumo a 8. Aunque también han sufrido los recortes de la franja horaria, han realizado cambios en las horas de apertura que han favorecido la intervención continuada. Desde 2009 a 2013, “El Local” de La Mina ha duplicado los consumos de más de 20.000 a cerca de 50.000, en 2013. Desde enero de 2012, existe un espacio nuevo de consumo, el del CAS Fòrum, centro a menos de 500 metros de la zona de venta de drogas del barrio de La Mina. Este centro ha aumentado el número de visitas y de consumos desde entonces. En 2012 atendió más de 2.500 consumos y en 2013 duplicó a cerca de 6.000 consumos.

Las opiniones de los usuarios, profesionales y técnicos sobre la ubicación de las SCH ayudan a reflexionar y valorar la puesta en marcha concreta de estos dispositivos. A continuación, análisis caso por caso en las diferentes zonas de venta de Barcelona.

Barrio del Raval

Los usuarios y profesionales del CAS Baluard y SAPS opinan que ambos dispositivos se encuentran ubicados en una zona donde existe la venta de drogas, bien sea en puntos de venta fijos o a través de usuarios que revenden dosis. No obstante, existen matices entre ambos. Ramón (“rutero”) comparaba la ubicación de ambos centros:

«Aquí en el SAPS está bien, no sé... ahí delante hay un colegio pero a la hora que abre esto no está abierto. Esto está en un ambulatorio (Hospital de Urgencias Peracamps), no es lo mismo que Baluard, que por ahí para *todo Dios* y te ve todo el mundo». (Ramón, “rutero”, 1962)

Los profesionales del SAPS exponían las ventajas de la ubicación del centro:

«Uno de los puntos a favor del SAPS es la zona donde se ubica. Está en pleno centro, está en un hospital con una placita, es bastante invisible al barrio. [...] La ubicación es ideal y ojalá se pudiera ampliar el espacio. Coger más espacio del edificio de Peracamps». (Profesional SAPS)

«No está a pie de calle y entonces no hay aglomeraciones en la puerta como en Baluard. Al tener la escalera está mucho más escondido. Hay gente que no se ha enterado que aquí hay una sala y eso está bien. Estamos al lado de urgencias por si pasara algo, podemos pedir ayuda». (Profesional SAPS)

El SAPS es un centro ubicado en un lugar discreto que no causa malestar entre el vecindario y comerciantes.

Por su lado, los profesionales del CAS Baluard consideraban que el centro está ubicado en un lugar necesario, pero criticaban el edificio concreto de su puesta en marcha:

«Para mí la zona es buena. Que esté dentro de un edificio histórico genera dificultades sobre todo de mantenimiento e infraestructura. Pero la zona es donde tiene que estar, al menos está. Está bien porque no está al lado de edificios. Que tenga un espacio abierto en la plaza es importante». (Profesional Baluard)

«Me parece bien porque en el Raval hay consumo y este barrio tiene una carga histórica de consumo difícil de desplazar. El Raval es el Raval y *El Chino* es *El Chino* y todo eso no lo destruyes tan fácilmente. Eso depende más de urbanismo. Que esté en la muralla,

ahí ya podría dudar más. La muralla me parece el símbolo máximo de ocultar una cosa, un lugar sin ventanas, sin ventilación, un lugar extremadamente oculto. Que no haya una placa para que lo identifiquen los vecinos, ahí escondida para que el guiri no lo vea y con unas palabras que sólo lo entienden los profesionales, eso no lo veo bien». (Profesional Baluard)

«Me parece bien porque es un lugar necesario. Es un barrio con una polémica social importante, con pobreza, con droga, prostitución... está bien ubicada porque está ahí en medio, no apartado. Es idóneo con el espacio delante, no en una callejuela del Raval, sería inviable. Tendríamos policía cada día». (Profesional Baluard)

El CAS Baluard está situado en una zona abierta fácilmente visible por los usuarios. Sin embargo, el tipo de edificio, una fortaleza medieval, presenta varias dificultades de mantenimiento y de infraestructura para las características del tipo de centro sociosanitario.

En cambio, los usuarios reclaman una ubicación más discreta para el CAS Baluard y así disminuir la visibilidad del centro, evitar quejas vecinales y la intervención policial constante hacia los consumidores que merodean por la plaza Blanquerna. Kike, Julián y Jonatan opinaban al respecto:

«En el Raval se mueve mucha droga... La muralla a mí no me molesta pero por lo que tengo escuchado es una zona que quieren *turistificar*, esto es histórico, los turistas pasan por aquí y no *les pega* que esté en una muralla de hace 200 ó 300 años. Tengo entendido que es el único CAS que no está en un centro médico, los demás están pegados a un centro médico aunque no los he frecuentado todos. Aquí les cundiría más hacer un museo dentro de la muralla». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«A mí me parece mal el sitio de Baluard... Mejor un sitio más resguardado, que no hubiera tanto tráfico... Tanta gente circulando. Un sitio más escondido que no pase tanta gente. Digamos en frente de Montjuïc que no hay casi nadie. Es un sitio que puedes ir a consumir, que consumes y tal». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«La verdad que muy bien situada no está. Lo digo por los vecinos y eso. El sitio a mí no me parece mal ni nada, pero bueno. Yo la ubicaría un poco más desplazado como más a la montaña, por ejemplo, hacia la montaña de Montjuïc. Yo si fuera un vecino y

estuviera con mis hijos ahí, no sé,... A veces estamos por allí pinchándonos nosotros, pues eso como no *mola*, ¿no? A mí no me gustaría tener a mis hijos jugando al fútbol y vieran a cuatro toxicómanos ahí metiéndose un *pico*». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Los usuarios reclaman un lugar más discreto para el CAS Baluard para evitar la presión vecinal y policial. La situación de este centro, próximo a las Ramblas y otros espacios turísticos, y el paso de unidades policiales a diario, aumenta la percepción de persecución de los usuarios, los cuáles se solidarizan, en parte, con los vecinos prefiriendo una ubicación más discreta que la actual.

Barrio de la Zona Franca

La unidad móvil de Zona Franca es un servicio que, con los años, ha ido perdiendo actividad debido a los cambios en los mercados de las drogas y a los cambios de ubicación del servicio. Los profesionales así lo explicaban:

«Yo creo que la zona que estamos interviniendo ahora no es la zona que era. Ha mejorado y ha mejorado por sí sola y no por nuestra presencia, ni por nuestra intervención. Ha mejorado por otros temas. Mejoraría yéndome de aquí donde la necesidad impera. Yo creo que es para lo que se ha construido el bus y por eso es una unidad móvil. Movernos a donde haga falta y no por temas políticos que se cree que tiene que estar el bus. [...] Yo me iría a La Mina que es el sitio más álgido de Barcelona. Siendo idealistas y muy utópicos, en mi imaginario, yo tenía la idea que nos vinculáramos con un centro sanitario (CAP) era porque más adelante, en un futuro, se abriría un CAS en Zona Franca, debajo del CAP. [...] Sería una buena idea y muchos usuarios que van al CAS de Sants, que además está saturadísimo, son de aquí, son de Zona Franca. Que estemos cerca de los Mossos, lo pedimos nosotros y le veíamos el sentido, pero estamos al lado del punto de venta. Y no vienen menos porque estemos allí, vienen menos porque hay menos. La decisión es acertada, pero la cosa ha ido como ha ido. Ha sido lenta la movilización, que haya redadas, que bajen los precios en otros lados, aquí y allá, son muchas cosas que no podemos predecir». (Profesional Zona Franca)

«La unidad (móvil) está muy cerca del punto de venta pero el problema es que no vienen muchos usuarios. El punto de ubicación ideal sería otra zona de Barcelona. No digo que nos fuéramos por completo, porque sino dejaríamos esta zona sin cobertura

porque hay gente que consume, trabajadoras del sexo que fuman *base (crack)*. Consumo hay pero no tan elevado para que estemos toda la jornada. No lo he pensado pero irnos del todo, no; y estarnos todo el día, tampoco. Yo desplazaría el servicio directamente a otra zona». (Profesional Zona Franca)

El traslado de los usuarios a mercados de drogas donde venden dosis más baratas como en el barrio de La Mina y el cambio de ubicación de la unidad móvil en el CAP, que provocó una disminución de usuarios al estar alejada de los puntos de venta, han afectado a la retención de usuarios del servicio. Los objetivos y posibilidades de este dispositivo son superiores a la baja demanda de usuarios en esta zona de venta y consumo de drogas. Actualmente, la propuesta de los profesionales para crear un CAS en las instalaciones del CAP Doctor Carles Ribas de Zona Franca ha comenzado a llevarse a cabo y la unidad móvil continúa funcionando aunque con apenas demanda de usuarios.

Los pocos usuarios que acuden apenas debatían sobre las potencialidades de uso de la unidad móvil pero sí opinaban sobre la ubicación actual del dispositivo:

«Por la mañana el bus está de 14 a 17:30 detrás de los *Mossos*, está bien porque es un descampado y no pasa nadie. Pero a las 17:30 hasta las 21h. Está delante de la Báscula que es un club de pistas de fútbol y yo jugaba ahí cuando era pequeño. Está justamente delante y ahí la tienen que cambiar porque si no voy a denunciarlo. Que la cambien a otro sitio porque están los niños, se están *chutando*. Hay una reja para que no salga la pelota pero está el camión. Yo por ejemplo entro recto, pero otros entra así ah-ah-ah (simulando la actitud de embriaguez de otros usuarios). ¿Me entiendes o no?, tiene que cambiar». (Miguel, “fiestero”, 1981)

«Mal...lo mejor era como estaba al principio, en la antigua explanada. De las dos paradas de ahora, prefiero la del ambulatorio. La explanada de ahora es en frente de los *Mossos*, donde se *pilla*, no, no, no. Mejor en la explanada donde estaba antes, de 14 a 21 h». (Erika, “pasajera”, 1983)

Existen inconvenientes en la ubicación de las dos paradas de la unidad móvil de Zona Franca. La primera parada se realiza cerca de las casas de venta de drogas y de una comisaría de los *Mossos d'Esquadra*, situación considerada peligrosa por algunos usuarios. La segunda parada se realiza próxima a unas instalaciones deportivas

considerándose poco aceptable por parte de algunos usuarios. En la mayoría de casos, se prefería la antigua ubicación de la unidad móvil, en una explanada alejada de las casas de venta de drogas y de la comisaría, próxima a la parada del Bus de Metadona que acude a este barrio desde 1992.

Zona de La Mina

En esta zona está el CAS Fòrum y “El Local” de La Mina. Profesionales y usuarios opinaban que las SCH están ubicadas en una zona adecuada por su proximidad a los puntos de venta. Sin embargo, existen algunos matices con respecto a la ubicación provisional de “El Local” de la Mina. A continuación una técnica responsable del Ayuntamiento de Sant Adrià de Besós opinaba sobre la ubicación provisional:

«A mí, visto lo visto, creo que es mejor su ubicación provisional que la definitiva en el ambulatorio. La zona de ahora, el hecho que los Mossos estén cerca, no impide que los usuarios lleguen. También se ha hecho mucho trabajo con los Mossos para que actúen con cierta lógica. Por otro lado, creo que da cierta protección a los compañeros que están trabajando en la sala, lo único malo es que están muy cerca de un bloque donde se vende mucho. Si estuviera un poco más apartado...lo que pasa es que es complicado porque ningún vecino lo quiere cerca. Una cosa es la opinión de drogas (Agència de Salut Pública de Catalunya) y otra la de técnica municipal que también tengo una cierta responsabilidad organizativa. Se debe saber qué significa tener un conjunto de vecinos como estos. Si se puede llegar a un acuerdo, mejor, porque si hay muchos en contra, eso a la larga va desgastando y obliga hacer movimientos. En Barcelona pasa. Los del Fòrum tienen unos líos con los vecinos... Que bueno. Nosotros tenemos una parte de los vecinos que están en la mesa y las decisiones se toman en la mesa. Cuando se movió la sala se plantearon varias ubicaciones posibles. Se llevaron 2 ó 3 opciones a la mesa y se dijo de llevar a otra zona y los vecinos de la otra zona querían otra. Entonces se dijo que era una decisión que si la mesa la quiere tomar, la puede tomar, si no la tomará el ayuntamiento. Se tomó desde el ayuntamiento... Al final decidimos desde el ayuntamiento». (Técnico Sant Adrià de Besòs)

La proximidad a la comisaría de los Mossos d'Esquadra no genera impedimentos para que los usuarios acudan a “El Local”, sin embargo su proximidad a los bloques donde se venden drogas genera opiniones negativas entre los profesionales.

Los profesionales y los usuarios de “El Local” opinaban que era necesario el cambio de ubicación del centro por sus reducidas dimensiones y su proximidad a un colegio. En la actual ubicación, hacían un balance con respecto a la antigua ubicación:

«Esta zona fue una decisión política, no fue una decisión nuestra. Delante de los Mossos hacíamos evidente el camino del traficante a nosotros y esto traería problemas. Nosotros propusimos delante de la gasolinera, donde el polideportivo. Ni los vecinos decidieron, decidió el Ayuntamiento. Lo vimos negativo al principio pero ahora no lo vemos tan negativo porque estamos pudiendo trabajar. Lo importante es que pudieran entrar los usuarios y lo están haciendo. La parte buena es que no estamos al lado de un colegio, ahora estamos detrás de una biblioteca pero no nos ven. La gente entra por delante y desde el “Tram” no nos ven. Parte mala, es la calle Venus porque es difícil convivir cuando están muy activos. Desde Venus nos tiran palos, piedras, ladrillos...todo lo que pillan, por divertimento. Disparan perdigones y tenemos que entrar dentro. Esta es la parte difícil pero cada vez están más acostumbrados. Y por parte de la policía, al principio fue muy difícil y de repente están muy tranquilos». (Profesional “El Local”)

«La ubicación es terrible y la peor de todas habiendo alternativas por lo que yo sé. El lugar entre los traficantes y los Mossos d’Esquadra eso es un error de un calibre monumental. Los traficantes muy descontentos y no tengo ninguna simpatía por los traficantes, pero que estén descontentos me genera un problema a mí. Disparan balines, nos tiran naranjas...desde los edificios al patio. Era evidente no que iba a funcionar delante del traficante. Sólo era señalar, “aquí hay un traficante” y evidentemente, hemos tenido que cerrar una valla por presión popular y el ayuntamiento ha cedido. Hemos tenido gente con palos los dos primeros días, “o se cerraba o esto es vuestro fin”. Por otro lado, tienes a *los Mossos* y no vienen nunca. Ellos cuentan con el factor disuasorio pero yo creo que el sitio más fácil para delinquir es ahí, no aparecen nunca. Hemos tenido agresiones graves y nos han tardado 50 minutos. Es increíble. Aparecen para cachear o quitar posturas lo que genera una tensión bastante importante». (Profesional “El Local”)

La ubicación provisional es conflictiva al estar entre la comisaría de los Mossos d’Esquadra y del bloque de la calle Venus donde se venden de drogas. El edificio de “El

Local” ha sufrido actos vandálicos y los profesionales y usuarios recurrentemente ataques por parte de los vendedores de drogas.

En relación al CAS Fòrum, los profesionales y usuarios consideraban favorablemente la ubicación de la SCH. Los profesionales y usuarios opinaban al respecto:

«Yo creo que está bien por la tipología de centro. Aunque también podemos hablar de las carencias que pueda tener, pero tenemos un centro cerca que puede cubrir esas necesidades. Yo creo que son complementarios. De entrada, lo que podría ser una acumulación de más de lo mismo para el vecino, “¿si ya hay una, para qué otro?”, pero a nivel del usuario y del profesional se complementan y así lo hacemos y nos coordinamos. Si expulsan a uno de allí, nos llaman y lo acompañan aquí para que no se pierda por el camino y tenga una cobertura de jeringuillas y no se esté pinchando con lo que encuentra por la calle. Si busca un servicio de duchas y consigna, lo derivamos allá y está en 5 minutos andando». (Profesional Fòrum)

«La zona me parece bien porque los que van a Sant Adrià, allí el punto de venta máximo, pero aquí hay mucha venta también. Va bien para descongestionar un poco a los de “El Local”». (Profesional Fòrum)

«Está bien porque está cerca de donde se compra, si estuviese más lejos la gente no vendría. Está bien porque no está muy cerca pero tampoco muy retirada. Si estuviera muy cerca habría peleas con los vecinos como en la otra (La Mina). Los mismos que venden no quieren que estés cerca». (Javier, “ruter”, 1986)

«La zona, la verdad, que me es indiferente pero si es verdad que el centro está en una zona más tranquila que La Mina». (Cris, “ruter”, 1985)

Aunque este centro también ha sufrido quejas vecinales por la presencia de usuarios consumiendo en espacios abiertos de sus alrededores, el CAS Fòrum está ubicado en una zona próxima a los puntos de venta, pero mucho más tranquila que La Mina, con menor presión vecinal y policial. Esta SCH se complementa con “El Local” de La Mina por los servicios que uno y otro ofrecen.

Otras zonas de Barcelona

El estudio se ha realizado en tres zonas vecinales donde se ha detectado la venta de drogas y un uso notable de las SCH. No se realizó el estudio en otras SCH de Barcelona por no estar ubicadas en zonas en las que la venta de drogas fuera relevante y no existir unos indicadores destacables de uso de las SCH. Sin embargo, con la reflexión de la apertura de estos espacios de consumo se abren dos debates. Por un lado, sobre la apertura de SCH en zonas donde no hay una fuerte venta de drogas, y por otro, sobre que las SCH estén integradas en los CAS ya existentes, adoptando el nombre de CAS “integral”.

Los CAS “integrales” son el CAS de Vall d’Hebrón, abierto desde julio de 2005 con 3 plazas de consumo, y otros 3 espacios de consumo por vía parenteral abiertos desde mediados de 2012; el CAS Baluard que, a pesar de haber tenido PMM desde su nacimiento en diciembre de 2004, no adquirió la denominación de CAS hasta el año 2011 (antes Sala Baluard) con 5 plazas para consumo inyectado y 6 de inhalado; el CAS de Garbí-vent con 2 plazas, el CAS de Sants con 2 plazas y el CAS de Sarrià con 1 plaza en Barcelona¹⁰⁰. También, desde julio de 2012, está la unidad móvil de Badalona, conocida como Espai de Punció Assistida (EPA) con 2 plazas¹⁰¹. De estas SCH, sólo se detecta un uso destacable en el CAS de Vall d’Hebrón y en el EPA¹⁰². Los profesionales y técnicos opinaban al respecto:

«Las salas de consumo deben estar donde hay tráfico, donde se vean usuarios. Un determinante para poner una sala es cuando se detecta un sitio donde hay tráfico, si hay consumidores en la calle y si hay restos de parafernalia en la calle. Si hay tráfico, hay usuarios y deben estar en un lugar que no tenga que andar mucho para inyectarse. Hay varias cuestiones, está el tema político, el tema de los vecinos. Lo ideal es que no tengan

¹⁰⁰ Los CAS de Barcelona abren de lunes a viernes. El CAS de Sants de lunes a viernes 9 a 15 y de 16 a 20h, excepto los viernes que sólo abre por las mañanas. El CAS de Sarrià, los lunes, miércoles y viernes de 9 a 15 y de lunes a jueves de 16 a 20 h. El CAS de Garbivent abre lunes y viernes de 8 a 17, martes de 8 a 14 y de 16 a 21, los miércoles de 8 a 21 y los jueves de 8 a 14 y de 15 a 21h. El CAS de Vall Hebron abre de lunes a viernes de 11 a 18h.

¹⁰¹ El EPA interviene actualmente de lunes a viernes de 15:30 a 19:30 en la Avenida del Marqués de Mont-Roig con la Calle de la Primavera de Badalona.

¹⁰² El CAS de Vall Hebron no supera los 200 consumos anuales desde 2011. El EPA registró cerca de 800 consumos en 2013, cerca de 1.000 en 2014 y más de 1.300 en 2015 (datos facilitados por Alicia Molina de Asaupam).

que andar más de 10 minutos hasta que lleguen. En una zona accesible que no estén apartadas». (Técnico ASPCat)

«Que haya salas en cada distrito me parece político. Está bien pero después que se te pase el *calentón* revolucionario, ¿para qué poner una sala donde no hay demanda pudiendo hacerlo en su casa y cuando a lo mejor han atendido una sobredosis en 20 años? La gente que lleva muchos años hay que escucharla. Tiene que haber pero ligadas a zonas de venta. Hay una falta de coordinación en lo que hace falta y la oferta. Es muy modelo político para quedar bien con los vecinos por lo que hubo en Vall Hebrón. Se ha puesto en todos los distritos para callar». (Profesional Fòrum)

«A mí me parece que es un modelo incoherente y contradictorio, no acabo de entender. Más allá del modelo recibo informaciones contradictorias. Se hacen las cosas pensando en los usuarios, cuanto más SCH y recursos mejor, pero está todo el tema de la crisis y poner una sala donde no hay usuarios, ¿para qué? [...] ¿Reducción de daños para quién? Al vecino, al usuario, todos juntos. Se hace presión con la policía en lugares donde hay indigentes y los empujan hacia otro barrio y así será problema de otro distrito». (Profesional Zona Franca)

«No sé si está enfocado a tema político o tema vecinal o por necesidad. Poner salas donde no hay punto de venta y el usuario se tiene que desplazar x kilómetros, no tiene lógica. Nosotros estamos aquí porque hay venta y compra para consumir al momento». (Profesional “El Local”)

La puesta en marcha de SCH en todos los distritos sofocó el levantamiento vecinal en contra de estos dispositivos. Las protestas iniciadas durante los años 2005 y 2006 en Vall d’Hebrón tuvieron un efecto dominó en la zona del Raval como ya se ha visto en el capítulo 3. Ambos vecindarios realizaron actos reivindicativos con mayor o menor repercusión mediática. En el caso de Vall d’Hebrón, los vecinos se manifestaron en la Ronda de Dalt en diversas ocasiones cortándola al tráfico rodado. En el Raval, se imprimieron y distribuyeron carteles en los que se pedía a los políticos un barrio digno. Ante esta situación, en la que los vecinos reclamaban tener los mismos derechos que el resto de ciudadanos de Barcelona, se habilitaron espacios para el consumo en los centros de tratamiento ya existentes del resto de distritos generando, con ello, una

igualdad ficticia muy conveniente a nivel político que acalló los movimientos ciudadanos.

Sin embargo, el objetivo de las SCH no es otro que cubrir las necesidades de los usuarios en zonas de venta y consumo de drogas. Poner en marcha SCH en zonas donde no existen escenas destacadas de consumo resulta inadecuado, tanto como ubicarlas en lugares alejados de las zonas en las que los usuarios adquieren las dosis de drogas. En ocasiones, las operaciones policiales de gran envergadura unidas a la presión diaria a consumidores y traficantes, han tenido un doble objetivo: de un lado, disuadir a unos y otros de la realización de estas actividades en determinadas zonas de alto interés turístico (políticas de “limpieza”), y del otro, como ya hemos apuntado, acallar tensiones y movimientos reivindicativos vecinales en barrios en los que se ha gestionado mal la existencia de escenas de consumo. Este tipo de medidas han provocado una dispersión de usuarios de drogas de una zona a otra de la ciudad, o incluso cambios de municipio que implican, a su vez, un cambio de la responsabilidad política e institucional. Muestra de ello es el traslado de consumidores que se ha producido de barrios céntricos como el Raval al barrio de La Mina en el que, por falta de previsión, hubo que reforzar el dispositivo del “El Local”, dada la escasa previsión para cubrir las necesidades de los usuarios.

A lo largo del trabajo de campo no encontré ningún usuario que hablara sobre ir a comprar y consumir drogas a la zona de Sants, Sarrià o Garbívent. En algún caso contado, sí he detectado algún usuario que acude al EPA de Badalona o el CAS Vall Hebrón. Existen, según he podido recoger, otras zonas de compra de drogas en los alrededores de Barcelona, como en Hospitalet de Llobregat, donde acuden algunos usuarios magrebíes que consumen heroína por vía pulmonar en el CAS Baluard o usuarios que en el pasado habían acudido a comprar al barrio de Sant Cosme del Prat de Llobregat o el barrio de Masia Espinós de Gavà.

El debate de abrir CAS integrales tiene opiniones dispares dependiendo del ejemplo de CAS que se tome. Profesionales y técnicos municipales opinaban al respecto:

«Mezclar los CAS y las salas de consumo me parece muy positivo. Es pragmático y fiel a la realidad. Sabemos que hay gente en tratamiento de opiáceos y que sigue consumiendo. Me parece óptimo que se adapte a las necesidades. Por otro lado, me

parece bien que algunos CAS sigan siendo CAS, solamente ir y no querer ver a consumidores. Me parece bien que haya dos tipos y que haya tantos. Con estas dos formas está bien». (Profesional SAPS)

«Acercar las salas a los CAS implica acercar dos escalones o tres de un mismo problema, con lo cual puedes acortar el tiempo de latencia entre el problema del consumo y el pedir tratamiento. Pero eso implica un cambio de mentalidad de los profesionales. En los CAS seguía habiendo profesionales que ven que hablar de drogas implica una recaída, eso implica también un cambio de forma de pensar. Son dos abordajes necesarios y que pueden dar frutos. El Fòrum tiene casi un 20% de los usuarios de la sala de consumo que han podido derivar a tratamiento. Baluard también con porcentajes menores. Creo que eso es bueno. Desde mi punto de vista, el hecho que esté repartido hace que la gente no diga que todo está en Ciutat Vella, que los políticos de Ciutat Vella aboguen por cerrar este tipo de sitios. Al estar más repartido, das menos pie a que se me cierre esto tan raro que hay en el barrio. [...] Es una tontería que en Baluard haya usuarios del CAS de Sants consumiendo y no se quiera ver que están consumiendo. Yo digo que si no sería mejor poder ver si un usuario ha hecho una recaída y el CAS pudiera ver lo que pasa...hay un problema de cambio de mentalidad. Hay profesionales que siguen estando cogidos de manos y que piensan que a los CAS no tiene que ir este tipo de población». (Técnico ASPB)

«Desde Vall Hebrón ha habido un crecimiento desde mi punto de vista. He visto gente trabajando la reducción de daños muy cuadrada y muy en la norma, yo prefiero ser elástico para que quede claro cuando lo dejas de ser. [...] Ha mejorado la intervención inmediata que antes tenían que hacer todo el recorrido del CAS y tenían que dar muchas vueltas. Ahora es más inmediato y pueden pedir visita y hacerse una analítica sin estar en tratamiento, tarjeta sanitaria. Antes, yendo rápido, eran más de dos semanas. Había conflictividad porque no había respuesta inmediata. Con el tema del PMM se había mejorado pero desde hace 2 años ha empeorado con el tema de los recortes y se han hablado de listas de espera». (Profesional Fòrum)

«En la teoría, abrir los ojos al consumo activo no me parece mal porque esto de los CAS que va gente angelical que no consume es de risa, porque tenemos muchos usuarios que van al CAS. Tenemos profesionales compartidos con Sants y Sarrià y se

han encontrado usuarios aquí. Allí hacen analíticas y aunque den positivo siempre se puede decir que fue un consumo puntual. Las analíticas deberían servir como refuerzo positivo cuando el usuario te lo pidiera. Valorar un *takehome* o un tratamiento por una analítica es absurdo. Dan positivo y les suben la metadona cuando el otro no quiere subirla y quiere seguir consumiendo. En Sants y Sarrià no hay consumos y Garbívent están trabajando la reducción de daños dando jeringuillas pero no tienen consumos. Eso no pasa en Fòrum porque es de nueva generación. Hay usuarios que llevan 15 años en el CAS *vendiendo la moto* que cuando dan un positivo dicen que es porque se les ha ido la castaña. Muchos no quieren decir nada porque viven eso como una decepción hacia ti. La decepción tendría que ser nuestra, de juzgarles. Vamos de expertos pero en realidad no tenemos ni idea. El mundo de las drogas va por un lado y la red de drogas por otro. Cuando abres un centro como Fòrum y dices que haces reducción de daños y tratamiento es distinto. Tú ya has abierto así. El *gancho* es que este centro abre así. Es necesaria una formación sobre procesos de drogas y sobre drogas, cualquiera no puede trabajar en cualquier sitio». (Profesional Baluard)

El modelo de CAS integral se considera ideal porque mejora el acceso al tratamiento en aquellos usuarios que están consumiendo. Este modelo ha funcionado en los CAS que se han abierto con la idea inicial de albergar un espacio de consumo y en zonas donde existen previamente escenarios de consumo. Por ejemplo, el CAS Vall Hebrón implementó este tipo de modelo desde el comienzo o los casos de CAS Baluard y Fòrum que incorporaron este tipo de modelo al año siguiente de abrir sus instalaciones; CAS Baluard añadió el PMM y Fòrum el espacio de consumo. Sin embargo, los CAS abiertos hace más de 20 años presentan dificultades para incorporar este tipo de modelo. El vínculo establecido con los profesionales dificulta visibilizar la situación de algunos usuarios que siguen tratamiento a la vez que mantienen un consumo ocasional o continuado. Destapar ciertas situaciones de consumo incomodan tanto a profesionales como a usuarios, generándose un ambiente que puede modificar los acuerdos en el plan terapéutico establecido a lo largo del tiempo; también genera incomodidad cambiar las dinámicas de trabajo en los profesionales de los CAS clásicos, instalados en la credulidad de la “buena evolución de los pacientes”.

7.3.2. Horarios

Los usuarios, profesionales y técnicos municipales responsables opinaban que los horarios de apertura de los espacios de consumo no están adaptados a las necesidades. Usuarios, profesionales y técnicos opinaban al respecto:

«Debe ser un *continuum*, ¿vale? Si un tío hasta las 12 es limpio y desde esa hora hasta las 11 es un guarro, no puede ser y qué quieres que te diga, no se puede pasar del *yonqui* limpio al *yonqui* guarro. Pero si eres un *yonqui* limpio y sigues una sanidad correcta, ¿vale? Pero ha sido un *yonqui* hasta las 12, saludable, y de las 12 hasta las 8, soy un *yonqui* guarro. Qué quieres que te diga, no le encuentro la lógica». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Los toxicómanos estamos todo el día, las 24 horas. No somos como una persona trabajadora que consume 8 horas al día, nosotros necesitamos servicios todo el día. Con asistencia médica, con un sitio donde poder consumir». (Jonatan, Barcelona, 1984)

«El ideal son 24 horas. En La Mina te vas a las 3 de la mañana puedes comprar y consumir. No existen horarios de adicto». (Técnico ASPCat)

«No hay mucho que decir, debería estar abierto 24 horas. Todos los servicios que se dan, 24 horas al día toda la semana». (Profesional SAPS)

En Barcelona, el único centro que ha ofrecido 24 horas de atención era el CAS Baluard (aunque paraba su actividad de 6 a 7 de la madrugada para limpiar el centro). Este centro ha ido recortando el horario hasta llegar al actual. Los profesionales y usuarios reflexionaban sobre este hecho:

«Ha degradado mucho (CAS Baluard) con respecto a años anteriores. Hace 5 ó 6 años estaba abierto hasta las 4 de la mañana y lo que es sábado, está abierto hasta las 7 de la mañana y cerraban una o dos horas y volvían abrir a las 8 ó 9 otra vez, todo el día. Era un espacio que podías ir casi todo el día. Entre semana cerraban de 4 de la noche hasta 8 de la mañana. Había pocos espacios en los que no pudieras ir. Ahora me encuentro que voy un domingo a las 21 de la noche y está cerrado, voy un sábado a las 22 está cerrado y voy un viernes a las 21 y está cerrado. Entre semana vas a más de las 22 y no puedes ir. Antes ibas a las 3 o las 24 de la noche y tenías ahí para consumir. Te encuentras que te tienes que ir a tu casa, porque ni Baluard ni SAPS». (Mick, “fiestero”, 1981)

«Las noches eran de *coca*. [...] Se cargaron el turno de noche planificadamente y poco a poco. Con el de las 2, ya a las 12 desaparecían «porque si me voy a quedar tirado a las 2, me voy a las 12 a buscarme mi cajero». Ha hecho mucho daño al servicio. El SAPS está abierto hasta la 1h, pero hemos perdido la complicidad con el usuario como servicio porque lo dejamos tirado a las 22h. Perdemos mucha detección de consumo, porque por las noches te permitía detectar mucho consumo». (Profesional Baluard)

En fin de semana sólo abre el CAS Baluard hasta las 19h, CAS Fòrum hasta las 18:45 y “El Local” hasta las 15h. Los profesionales y usuarios reflexionaban sobre estos horarios:

«En Baluard también han recortado en fin de semana hasta las 19 y se quedan sin atención, justo cuando hay más consumo que se junta el de cada día y el que hace un consumo más lúdico. Hemos intentado ajustar el horario y el espacio a las necesidades del usuario (en el SAPS). Debería estar abierto más tiempo y en festivos. Antes se trabajaba hasta las 2 y se ha reducido una hora en plus de nocturnidad y con eso te puedes permitir medio trabajador más a lo largo del año». (Profesional SAPS)

«El problema es que no abren los fines de semana, sólo Baluard hasta las 19h. Creo que deberían abrir más horas, Baluard no tiene nada... sólo en fin de semana de 10 a 19h y los días de cada día sólo hasta las 22h». (Ramón, “rutero”, 1962)

Las SCH tienen horario limitado en la franja nocturna y en los fines de semana. Este hecho produce una baja cobertura de los consumos, sobre todo en las “zonas calientes” de venta y consumo de drogas. Del análisis se desprende la necesidad de aumentar las horas de apertura de las SCH a todos los días y a todas horas.

Aparte de las limitaciones horarias generales, se reflexionaba sobre los horarios de las SCH dependiendo del tipo de sustancia (más adelante, en este punto, hablaré sobre el horario de las SCH según la vía de consumo en el CAS Baluard).

«En La Mina a las 9:30 ya sirven y la gente ya empieza a comprar y por la noche las salas de aquí cierran a las 19 y hasta la 22 venden en muchos sitios y por la noche siguen en algunos pisos. La noche es muy de *coca*...» (Javier, “rutero”, 1986)

«Hasta que llegan ellos (Bus Zona Franca) a las 14h, un montón de peña se *pincha coca* y donde voy yo, en frente donde estaba la casa de mi amiga, ahí nos *pinchamos* por la

mañana. ¿Por qué?, porque por la mañana cuando se levantan es cuando la gente se *pincha*. No es al mediodía, ¿para qué vienes al mediodía? Y luego me dice el Carlos “es que en 3 días sólo han venido 4 personas”, es normal, tienen que estar por la mañana. Y luego por la tarde, tienes que estar hasta última hora... aquí todos *van de coca*». (Miguel, “fiestero”, 1981)

«El tema del horario es complicado. Por un lado, el consumidor de heroína necesita consumir por la mañana y las 11h es una hora muy tarde. El de cocaína es de tarde, tarde-noche y no deberían haber cortado y de 10 a 20 estaría bien, pero debería estar abierta de 8 a 22h. En el ambulatorio de 20 a 22h hay una buena afluencia de unos 30 usuarios (que acuden al PIX). A partir de las 22h baja, depende de los días. Pero ha habido recortes». (Profesional “El Local”)

«El horario se debe consensuar con los usuarios. Yo pregunté “¿usted cuando compra y consume?”, con la heroína es diferente, se levantan a las 11, buscan el dinero, hacen el primer consumo a las 12 (se está refiriendo a los horarios de “El Local”), después va la cocaína y sigue a la noche». (Técnico ASPCat)

El consumo de heroína se produce más en horario diurno mientras que el consumo de cocaína se realiza a lo largo de toda la jornada, sobre todo en horario de tarde y noche.

Los entrevistados reclamaban una atención continuada, todos los días a todas horas. La mayoría son conscientes de los recortes en salud. A continuación, analizo sobre las especificidades de horario de apertura de las SCH en cada barrio estudiado.

Barrio del Raval

El barrio del Raval es el refugio y la zona por donde muchos usuarios *se buscan la vida*. Sumando las fuerzas del SAPS y el CAS Baluard, la cobertura es de 9 de la mañana a 1h de la noche, quedando gran parte de la franja nocturna y de madrugada descubierta. Los usuarios, profesionales y técnicos opinaban acerca de la cobertura en el centro de la ciudad de Barcelona:

«Se debería buscar un sitio con más horas. No sé, un sitio hasta las 2 o las 3 de la madrugada porque hay gente consumidora que lo necesita». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«Los horarios por aquí son fatal.... cuando abre a las 10 de la mañana (Baluard) y estás durmiendo en la calle, la Guardia Urbana te despierta a las 8h y no puedes ir a dormir a ningún lado, te echan de todos los sitios, de los cajeros y todos los lados, pues claro, lo suyo sería levantarse a las 8 de la mañana y ya tuvieras un sitio para ir a tomarte un cafelito con leche o darte una ducha o estar tranquilo, no sé, un sitio donde poder...nosotros los toxicómanos por desgracia no tenemos donde ir. Ese es el único servicio que tenemos. [...] Yo no digo 24 horas al día, hombre si fuera por mí sí, pero bueno, un poco más. No sé, cambiar un poco el horario. Yo sé que con la crisis la cosa no está para tirar cohetes, pero bueno». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Mal, sea Barcelona o la zona donde más consumo tengan debería haber un lugar 24 horas como sala de consumo y como urgencias de drogas. [...] Quizás no es un hospital si no un centro de atención a drogas 24 horas. En el lugar donde haya más consumo, si es el Raval, Raval y si es La Mina, La Mina y si es Zona Franca, Zona Franca». (Profesional Baluard)

«Es como Sala Baluard, que era 7 días y 24 horas y luego cogió un aire de CAS. Habría que preguntar si se ha sido coherente con esta filosofía o si la filosofía es un *seguidismo* de los recursos. Parece que se piensa que es un CAS y la gente se *pincha*, es un cambio absoluto. Lo ideal, por estadística, es que haya más horas de sala, hacerlas mucho más sencillo que se supervisara y que pudiera ser un box de ambulatorio y que estuviera muy abierto a la gente. No salas tan complicadas con miles de estadísticas que no sirven prácticamente para nada cuando lo que sirve es que la gente se *pinche* en un sitio más o menos seguro». (Profesional SAPS)

«Hay que hacer un balance de coste-beneficio. No se puede tener 24 horas Baluard a un coste para que vayan 4 a dormir allí. Es dinero de todo el mundo y hay que ser eficiente con los impuestos públicos». (Técnico ASPB)

El barrio del Raval precisa una mayor cobertura de horarios adaptados a las necesidades de los usuarios. Aunque se ha limitado la franja nocturna de los centros sociosanitarios con SCH, durante la noche hay usuarios que precisan un espacio para consumir, sobre todo los de cocaína. Pese a los costes de mantener a un equipo profesional y un centro abierto por la noche, se estudia la posibilidad de buscar fórmulas económicas para

cubrir los consumos nocturnos. Además, existe el reclamo entre los usuarios sin vivienda de abrir los centros más temprano para tener un lugar donde ir, tras pasar la noche a la intemperie o durmiendo en portales o cajeros.

Zona Franca

En el caso del barrio de la Zona Franca, los usuarios son consumidores exclusivos de cocaína por lo que se precisan horarios más extensos para cubrir sus necesidades. En cualquier caso, se deben cruzar las variables entre necesidad y efectividad del recurso y los momentos del día en que existe afluencia de personas para realizar consumo y así poder evaluar cuál debe ser la mejor solución del dispositivo. Los usuarios y profesionales opinaban al respecto:

«Durante el día y yo cuando he ido a Zona Franca, he tenido que ir a consumir a la montaña porque a lo mejor faltan dos horas para que llegue el autobús, montones de veces me ha pasado». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Podrían hacer que en vez de las 17:30 ir en frente de la Báscula, fueran al mismo sitio que por la mañana, mira que por la mañana fueran al mismo sitio y por la noche, por ejemplo, de 18h a 23h y si no se sienten seguros que pongan un vigilante como en la Sala Baluard y no pasaría nada. No pasa nada porque la misma gente que vende la coca ahí, tiene sus punteros, que tienen su control de que nadie robe y que nadie haga maldades ahí. Significa que nadie roba y nadie va hacer nada». (Miguel, “fiestero”, 1981)

«El bus abre de 14 a 21. Yo pondría un poco más, de 11 a 21h. Porque por las mañanas también se consume». (Erika, “pasajera”, 1983)

«Yo estoy segura que aquí por las noches tiene que haber movimiento. Hemos hecho un par de prospecciones nocturnas para averiguar esto, por si nos fuera mejor en un horario nocturno, no sé si ha sido casual pero no hemos observado nada. Hemos observado este perfil de gente que viene a *pillar* en taxi a comprar a Casas Baratas, que sube, baja y se va. Pero usuarios de los nuestros, de vía inyectada, no los hemos observado. Sería establecerlo, probarlo porque con 2 ó 3 prospecciones no se ve nada. Plantar el bus allí, 2 ó 3 meses y ver qué pasa. Ha habido algunas quejas de usuarios de que nos vamos muy pronto, de otros que abrimos muy tarde, es depende. [...] Sería cuestión de probarlo. Ahora mismo, tampoco creo que sea la solución». (Profesional Zona Franca)

El horario de la unidad móvil de Zona Franca es limitado, existiendo un reclamo de aumentar el horario matinal y alargar el de tarde. Sobre la valoración de extender la intervención hasta la noche cabe realizar un estudio para evaluar si habría una aceptabilidad en esta franja horaria. Como ya he explicado en el apartado 7.3.1., por la baja afluencia de usuarios potenciales de hacer uso de la SCH de la unidad móvil no parece necesario un aumento de horas de atención durante la noche.

Zona de La Mina

En esta zona se valora que son insuficientes los horarios de atención de las dos SCH (CAS Fòrum y “El Local”). Los profesionales y un técnico municipal reflexionaban al respecto:

«No podemos desligarnos con lo que pasa fuera de “El Local”. Mientras pase lo que pasa fuera de “El Local” vamos a necesitar más gente y más horas, con más gente. [...] Lo que hay en La Mina no es lo que ha venido de Sant Adrià es lo que ha venido de todo el territorio. Aquí se tienen que implicar todas las administraciones, no sólo el ayuntamiento de Sant Adrià». (Técnico Sant Adrià de Besòs)

«Los horarios son cortos (en “El Local”), antes hacíamos 10 horas seguidas, de 10 a 20h, recortaron. Yo, tuve suerte porque aumentaron el volumen del equipo pero recortaron en horario. Abrimos muy tarde, para el usuario a las 11h ya lleva dos horas que *está de mono*. No arreglamos nada porque a las 9 de la mañana está consumiendo en las vías, si estuviéramos a las 9 lo tendríamos cubierto. [...] Después, si hay usuarios por la noche consumiendo debería haber una sala abierta. Se intentó meter el Bus de Badalona de Sant Roc y se habló del de Zona Franca, querían entrar dentro pero si no se quedaban en la franja de Barcelona. Esto son decisiones políticas mal pensadas porque si el vecino que ya está acostumbrada al centro, le pones una ambulancia aquí y otra aquí ya vuelves a tener problemas en el barrio, esto para empezar. Segundo, hay un volumen de usuarios suficientes para la sala, no una ambulancia. Esto para un recurso que no está funcionando y llevarlo ahí todo apretados...es una mala idea. Y aquí hay un equipo preparado para abrir esas horas, ya está controlado, ya conoce al usuario». (Profesional “El Local”)

«Creo que se debería alargar más. Debería haber un turno de noche. Lo que el tema dinero no funciona. Estoy convencido que la noche funcionaría, quizás no llenaría todas

las horas de la noche, pero al menos 24, 1, 2 ó 3, seguro. Creo que sí, porque muchos usuarios de aquí te lo dicen. Se tiran toda la noche consumiendo y esto te lo dicen muchos. Si esto estuviera abierto, vendrían aquí, quiero pensar. Lo que pasa que no lo van hacer por tema dinero, no hay. Cuando abrimos aquí, el CAS estaba abierto de 8 a 20 y la sala estaba abierta de 8 a 20h. Y de 9 a 13, no venía nadie, a lo mejor uno suelto, y teníamos un educador y lo quitaron. Yo creo que si se alargara a la tarde, cogríamos a gente y tendríamos más consumos de los que tenemos ahora. Que no está mal, que tampoco pedimos tener 80 consumos al día porque no da abasto, pero si se alargara hasta las 22 o las 23... todo lo que suponga alargar serían números». (Profesional Fòrum)

El fortalecimiento de la escena de venta y consumo de la zona de La Mina y alrededores hacen insuficientes las horas de atención del CAS Fòrum y “El Local” de La Mina. Por las mañanas, ambas SCH abren hacia el mediodía, el CAS a las 12:15 y “El Local” a las 11; antes de estas horas, los usuarios no disponen de ningún lugar para consumir utilizando, normalmente, la zona de las vías del tren que está próxima a los bloques de La Mina. A su vez, el horario de tarde es limitado (ambas SCH cierran a las 19h.) y la franja nocturna es inexistente. Esta zona precisa aumentar la cobertura horaria alargando las horas de atención del CAS Fòrum y “El Local” de La Mina.

Horarios del EVA y EIA del CAS Baluard

En Barcelona y La Mina no existen espacios propios para el consumo por vía nasal, aunque lo pueden hacer en los espacios para el consumo por vía parenteral, y sólo existe el espacio por vía pulmonar del CAS Baluard. Ambas cuestiones se analizan en el apartado 7.3.3. Aquí analizo la descoordinación de horarios entre el espacio de inhalación asistida (EIA) y el espacio de venopunción asistida (EVA) del CAS Baluard. Hacia finales de marzo de 2013, mientras estaba en el PIX del CAS Baluard llegó Ricardo (usuario) a las 19:45 para consumir heroína por vía pulmonar en el E.I.A. Ricardo preguntó a la profesional del PIX: “Hola, ¿puedo pasar a fumar?”. Otro usuario, Antonio, convencido que podía pasar le dijo: “Claro, tío... ahí tienes la sala de fumar”. A lo que la profesional le respondió impidiéndole el paso: “no, no...la sala de fumar está cerrada, cierra a las 19h.”. Ricardo lamentándose le respondía: “Pues vaya, ¿y ahora qué?... pues deme papel de plata tendré que ir a fumar a la calle, estoy de mono y

a ver... joder siempre llego tarde... ahora a la calle para que me multen”. La profesional le consolaba: “Lo siento Ricardo... recuerda que es ese el horario, de 11 a 19h.”.

En octubre de 2013, la Agència de Salut Pública de Barcelona amplió el horario de atención del EIA del CAS Baluard de 11 a 21h. No obstante, los usuarios del EIA reclamaban equiparar las horas de este espacio con los del EVA... Por ejemplo, a finales de octubre de 2013, en la primera semana de ampliación de horario, dos usuarios argelinos (Omar y Rachid) y una usuaria, Débora, consumían heroína en el EIA mientras miraban el reloj que marcaba cerca de las 19h. El profesional al darse cuenta del motivo, les dijo: “No os preocupéis, ahora abrimos hasta las 21 h. Mirad el cartel, hemos cambiado el horario hasta las 21h.”. Mientras señalaba con el dedo el cartel informativo. Débora, no satisfecha, le respondía: “Pues yo voy a hacer una queja, voy a recoger firmas por el tema del horario... Sólo habéis ampliado entre semana y el EVA cierra a las 22h. Yo quiero que sea lo mismo el *finde*”. Se levantó e indicando con el dedo el cartel informativo prosiguió: “ahí dice que el *finde* es de 11 a 19h, no es justo”. El profesional la calmaba diciendo: “ya pero sólo abren hasta esa hora que es cuando cierran el centro en fin de semana”. Débora no conforme se reafirmaba: “Es igual, yo voy a recoger firmas”.

Los profesionales también opinaban al respecto:

«Eso es grave (la limitación del horario del EIA). Repercute de cara al usuario en multas, problemas, a parte el fumado, la parafernalia, es difícil consumir en la calle. Es más vistosa la aguja pero el fumado es un tema de climatología y de espacio. Hay viento, hay lluvia...tienes que entrar en un portal, o en un bar. Esto implica problemas, deberían estar las mismas horas abiertas». (Profesional Baluard)

«Con el horario entre le EIA y el EVA parece que tienen más derechos los inyectores pero si fuman en la calle la multa les cae igual. Es una estupidez que los horarios sean diferentes». (Profesional Baluard)

En los centros sociosanitarios que tengan espacios para consumir de drogas por diferentes vías es necesario equiparar y mantener los mismos horarios de apertura para evitar la discriminación de los usuarios que consumen por diferentes vías.

7.3.3. Espacios de consumo higiénico

Durante el trabajo de campo he comprobado que no existe una SCH perfectamente adaptada a las necesidades de los usuarios y los profesionales. Los seis espacios de consumo estudiados están sometidos a valoraciones, positivas y negativas, que analizo para orientar en las mejoras de aspectos espaciales y funcionales de las SCH.

Tamaño del espacio y número de plazas

Una de las primeras cuestiones es el tamaño del espacio y el número de plazas de la SCH. Los espacios del SAPS y el CAS Fòrum son de pequeñas dimensiones y aunque no son recomendables los espacios masificados, se considera que estos espacios no cubren la necesidad o son inadecuadas para un consumo en condiciones óptimas.

Profesionales y usuarios opinaban al respecto:

«La sala del SAPS es mala. Es una solución que respondía a una situación de extrema gravedad en la época, fantástico que se hizo porque me parecía la filosofía justa de llevar. Fantástica sino no fuera que el SAPS es una sala casi no digna, es un espacio extremadamente pequeño donde no se sabría donde ubicar mejor la disposición de las mesas porque no cabría. ¿Es una sala de 4 ó 5 metros cuadrados? Es una sala tan, tan pequeña que es lo máximo que se puede sacar de ahí». (Profesional SAPS)

«En Baluard el espacio está bien, no está mal. SAPS es peor porque es muy reducida, muy pequeña, sólo caben dos personas... sólo hay dos mesas». (Jonatan, “ruter”, 1984)

«Malo, para el consumidor y trabajador (en la SCH del Fòrum), es muy poco íntimo. Consumir con un *tío* encima como que no. También tendría que cambiar el tema de las plazas...no por filosofía sino por estructura y funcionamiento del centro. Si tienes cuatro, vas a tener más afluencia porque la gente lo está deseando. Vas a tener que adaptar el aforo, entonces la sala de café y calor tendrá que ser más grande. Y si es más grande, tienes el enfoque de tener que hacer talleres también. Ahora, creo que no se puede plantear. Para eso se debería mover un poco el sitio, pero yo creo que se podría hacer. Lo que la empresa no hará nada por un tema económico. Cambiar el espacio saben que sería bueno». (Profesional Fòrum)

«El espacio (del Fòrum) es muy poco, reducido... está bien, pero sólo hay una plaza. En La Mina el espacio es más grande y las mesas son metálicas y eso es más higiénico». (Javier, “rutero”, 1986)

En un término medio está la SCH del Bus de Zona Franca que tiene 3 plazas con una distribución más o menos adecuada para consumir. Los profesionales y usuarios refieren que, en épocas anteriores, cuando este servicio era más frecuentado, se formaban colas fuera de la unidad. Unos y otros opinaban acerca de la situación actual: «Yo creo que está bien montado en cuanto a que tenemos tres espacios de venopunción que permiten hacer consumos, todo y haber diferentes personas, es bastante ágil. Cuando había gente, hemos abarcado bastantes consumos durante el día. El espacio está bien en sí. ¿Carencias? Claro, esto es un autobús. Toda la zona de enfermería es nuestro office, estamos pasando los datos, es donde estamos reunidos todos los compañeros, es un espacio más bien pequeño pero lo tenemos bien montado». (Profesional Zona Franca)

«Yo creo que están bien, en estos temas no soy tiquismiquis, tampoco creo que lo sean los usuarios. Nunca nos hemos encontrado problemas de este tipo. Sí que los espacios son abiertos pero tenemos las persianas correderas pero si alguna persona necesita intimidad puede correr y queda aislado totalmente y no tiene que ver al de al lado. [...] El espacio es el que es. Es trabajar sobre la marcha, con el bus no nos podemos ir más lejos. Está muy bien». (Profesional Zona Franca)

«El espacio es muy reducido, pero bueno qué vas a esperar si es un camión». (Miguel, “fiestero”, 1981)

Las SCH ubicadas en zonas con altos indicadores de consumo precisan más plazas para dar mayor cobertura y agilidad en la gestión de los turnos de los usuarios, tal como sucede en La Mina y el CAS Baluard. Por ejemplo, en el caso de La Mina, antes del verano de 2013, tuvieron problemas con el número de plazas y estos se solventaron con el traslado a la nueva ubicación provisional. Con el paso de 4 a 8 plazas se ha conseguido dar más cobertura aumentando el número de consumos y de personas asistidas.

Espacios según la sustancia y vía de consumo

Los dos espacios de consumo del CAS Baluard (EVA y EIA) y el de “El Local” se consideran óptimos en amplitud y número de plazas. Sin embargo, se precisa hacer apreciaciones de tipo funcional para todos los espacios en relación a la sustancia y vía de consumo. Por ejemplo, un usuario y un profesional opinaban sobre la SCH del SAPS en relación a la sustancia consumida:

«Hay que saber diferenciar lo que es un consumidor de heroína y lo que es un consumidor de cocaína y las necesidades de cada uno. Sabiendo que cada consumidor de cocaína es un mundo a cada uno le da por una cosa...Para meterte *coca* se necesita un espacio más abierto, como si fuera un trozo de descampado y buscas, rascas y lo que sea. Un sitio que te pudieras meter y que no molestes a nadie». (Refiriéndose al SAPS. (Edgar, “rutero”, 1974)

«El SAPS es un ejemplo de mal diseño porque no se diseñó desde el principio sino que ha sido un añadido, como una demostración de que se podía, de qué había que hacer. No fue diseñado pero sí fue pensado sólo en el consumo de heroína. Es un consumo que lo único que nos importa es que la persona esté demasiado deprimida, demasiado quieta y haya que remontarla. Cuando empieza haber reacciones extrañas y aparatosas con la cocaína con una puerta pequeña, un suelo raro con blancos y negros la experiencia nos demuestra que habría que hacerlo bastante diferente». (Profesional SAPS)

El consumo de heroína por cualquiera de las vías de consumo no genera problemas en las diferentes SCH considerándose bien adaptados los diferentes espacios. Sin embargo, en espacios pequeños como el SAPS, ante los efectos de la cocaína experimentados por los usuarios (*la paranoia*) y las potenciales reacciones adversas, se precisan espacios más amplios para tener un margen de actuación, en caso de una reacción negativa a esta sustancia.

En relación al consumo de cocaína, cabe hacer una apreciación dependiendo de si el consumo se realiza por vía parenteral o por vía pulmonar. En varios estudios (Andreo et al., 2013; Delàs et al., 2008; Roncero et al., 2013) se ha observado que en el síndrome posconsumo de cocaína por vía parenteral se produce la aparición de síntomas comunes como la verborrea, diaforesis, midriasis, sialorrea y psicoticismos (búsqueda de objetos y aparición de alucinaciones visuales). Entre estos síntomas, los psicoticismos son los

que generan mayor dificultad de manejo entre los profesionales. Éstos se acentúan y son más habituales en el consumo de *crack* por vía pulmonar según estudio realizado en el SAPS (Delàs et al, 2010). Por ejemplo, a mediados de julio de 2013, Jamal y Rida preparaban una pipa de *crack* en una de las ventanas exteriores de la muralla del CAS Baluard siendo sorprendidos por el profesional responsable del EIA. Este les decía “Oír, ¿pero qué hacéis aquí? Tenéis una sala de *putamadre* que está vacía... ¿y os vais a poner a fumar aquí? ¿Qué os pasa?”. Jamal le respondía con el habla ansiada y movimientos mandibulares.: “Sí, sí,... perdona, ya entramos”. Mientras caminábamos hacia dentro del CAS y comentábamos el suceso, Jamal se enojaba con nosotros: “Ey, ¿qué decís vosotros?, ¿qué decís de mí?”. Hicimos caso omiso para evitar conflictos. Una vez en el EIA, Jamal, con una expresión molesta y ojos desorbitados pedía papel de aluminio para prepararse mejor la pipa que se estaba construyendo. Rida se sentó a su lado y comenzó a fumar heroína. Mientras, Jamal puso un poco de ceniza sobre el papel de aluminio que había colocado en la boca de la botella e introdujo entre éstas las piedrecitas de *crack*. Comenzaba a fumar, a rebuscarse cosas por los bolsillos, a mirar hacia todos lados y a coger espacio, teniéndose que apartar Rida hacia el extremo de la mesa. Jamal le daba varias caladas, se ponía de pie, se abría la camisa y cogía una mochila para comenzar a rebuscar cosas en ella. Rida le miraba con desconcierto. Jamal continuaba nervioso hasta quitarse la camisa y romperse por la mitad la camiseta blanca de tirantes que llevaba debajo. Rida le calmaba hasta sentarle. Jamal tras darle dos caladas a la pipa quiso pasársela a Rida. El profesional les llamaba la atención: “Ey, escucharme los dos, si os doy la boquilla protectora es para que cada uno utilice la suya, no que os la paséis entre vosotros, es para recubrir los labios, ¿me oís?”. Jamal atónito respondía: “Sí, sí...que cada uno la suya” y accedió intercambiando las boquillas. Tras acabar de consumir los dos, Jamal recogió sus cosas con la ayuda de Rida, aunque con cierta desconfianza.

Los profesionales y usuarios opinaban sobre las diferencias de consumir cocaína por vía parenteral o *crack* por vía pulmonar:

«Con el tema de la *coca* es más el tema del ritual. La gente es así. Cuando la gente se inyecta lo siente de una manera, se ponen a su bola pero el fumar es de una manera diferente, estás como más atento a todo, no tan perdido». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«Sí que veo que los que fuman cocaína (*crack*), tendrían que tener un espacio habilitado para ellos. Lo separaría. Yo he tenido 5 tíos fumando coca, lo máximo, y la flipas. Para gestionar eso, necesitas dos o tres personas. Es una locura. Es la paranoia. Los efectos de la coca inyectada son muchos bichos, buscan bolas en la papelera...los que fuman están como más conscientes, saben más lo que hacen, están al loro, no es como el *pinchado* que oye ruidos fuertes y está con sus bichos. El fumado está más que no le roben, se gira, la violencia, coge espacio, saca todo...se ponen ahí a oír voces y a *piar*. Separaría a los consumidores de coca (refiriéndose a los de vía pulmonar)».
(Profesional Baluard)

El consumo de *crack* por vía pulmonar produce unos efectos más difíciles de manejar por los profesionales que en los casos que se consume cocaína por vía parenteral. El consumo de cocaína por vía parenteral induce un estado de paranoia que deja a la persona ensimismada. En cambio, los que fuman *crack* suelen quedarse en un estado de alerta y de hiperatención que produce mayores problemas en la relación con otros usuarios por lo que se reclama, en estos casos, espacios más amplios para el consumo de crack por vía pulmonar.

Además, los profesionales y usuarios valoraban la dificultad de juntar personas que consumen cocaína con los que consumen heroína:

«Hombre, a mí no me gusta estar mezclado con los que toman heroína porque cuando me meto coca (cocaína inyectada), me gusta estar tranquilo que nadie me moleste. Es que los de heroína a veces se ponen muy paposos y se ponen *uuehh-bueeh* (imitando el estado de embriaguez) y no me gusta. Y yo me meto *coca* para disfrutarlo. [...] Bueno, cada persona es un mundo. A cada uno le sienta de una manera, ya te digo, hay gente de todo. Yo me meto *coca* y a mí no me da por buscar cocaína en la papelera. Me da por hablar, estar con mi pelotazo y estar tranquilo. Estando bien, a mi rollo. Pero yo he visto a cada uno, todo pesadilla, buscando una hora y media cocaína». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Si tuviera una varita mágica diferenciaría el consumo de heroína del de cocaína porque ha habido quejas entre ellos. Así como entre los inyectores no hemos recibido quejas, sí con los fumadores. [...] Debería haber una conexión a un espacio abierto, más allá de la

sala, para aquellos que tiene una reacción más paranoica o agresiva. Que pudiera haber esta salida, esto sería bueno». (Profesional Baluard)

Las interacciones entre los inyectores de cocaína con los de heroína pueden causar altercados por la distonía de los efectos. No obstante, este tipo de interacciones no escapan de la cotidianidad diaria de las SCH. Sin embargo, la interacción entre los consumidores por vía pulmonar de *crack* con los de heroína genera graves problemas siendo molesto para unos y otros permanecer consumiendo diferentes sustancias en un mismo espacio. Los efectos descritos conducen a reflexionar en la creación de espacios diferenciados según sustancias en las SCH de consumo por vía pulmonar.

Diversificación de los espacios según la vía de consumo

Los entrevistados expresaban la falta de espacios específicos para cada vía de consumo. Esta reclamación se acentúa para el caso del consumo por vía pulmonar, mucho más aparatoso y difícil de realizar en espacios públicos ante la imposibilidad de acudir al CAS Baluard. Los usuarios, profesionales y técnicos reflexionaban:

«Hay más sitios para inyectar porque dicen que el *caballo blanco* va mejor por vena. Pero las políticas estas que ponen están bien pero ya que ponen esto, de fomentar más el rollo de fumar. Ya que ponen un espacio para inyectar, hacer un espacio para fumar. El único fumadero de toda Barcelona es este (Baluard). Yo cuando iba a La Mina a pillar me tenía que meter en parking, en el Lidl, a veces en la alarma porque tienen cámaras y todo ese rollo y en La Mina no tienen sitios donde fumar. Veo positivo que haya estas salas pero veo negativo que sólo haya para la inyección. Ya sé que es más peligroso el tema de inyectado, más enfermedades y tal, pero eso conlleva a que la gente se *pinche* y lo vea más normal que la gente lo fume. Como en Galicia no pasa eso, la gente ve más normal fumar que inyectar. Los que se inyectan son de la vieja guardia y son muy pocos». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Tendría un sitio para cada cosa, claro... para esnifar, fumar e inyectar. Un sitio para cada cosa para que la gente no tuviera que consumir en la calle porque hay gente que se va, que fuma o esnifa y la verdad que no hay sitios». (Cris, “ruter”, 1985)

«Se debería ampliar por vía pulmonar porque siempre promocionamos que antes que inyectado sea por vía pulmonar. El inyectado tiene más riesgos y si no hay plazas qué le

vas a decir a la gente. Evitaríamos que la gente tenga que consumir en la escalera. Igual a los que fuman o se inyectan les da igual hacerlo en un portal, pero inyectarse se ve más *yonqui* que alguien que fuma. Que no sea sólo Baluard y unas horas al día». (Profesional SAPS)

«Debería haber tres tipos de sala: para fumadores, para inyectores de heroína y otra para cocaína o post consumo con pocos estímulos, sin ruidos que pudieran estar tranquilos. Sería una buena práctica». (Técnico ASPCat)

El consumo de cocaína y heroína por vía parenteral conlleva más riesgos para la salud (sobredosis y enfermedades infectocontagiosas) que el consumo de drogas por vía pulmonar. Este hecho ha llevado a que Barcelona apueste más por las SCH por vía parenteral disponiendo de 10 SCH de este tipo y tan sólo el espacio de inhalación asistida del CAS Baluard. Aunque la población consumidora de drogas por vía parenteral, es la que presenta más problemas a la salud y es la que acude más a los centros sociosanitarios estudiados, se precisa disponer de espacios para todas las vías de consumo. Disponer de espacios de consumo específicos para cada vía es necesario para promover el cambio de la práctica de la inyección hacia otras menos nocivas como son la vía pulmonar y nasal. Además, los consumidores de drogas por vía pulmonar presentan dificultades al no disponer de espacios y realizan consumo en espacios de la vía pública o en viviendas, siendo discriminados por parte de otros ciudadanos o la detención de la policía al ser sorprendidos en la vía pública. Los consumidores por vía nasal pueden realizarlo en los espacios para el consumo por vía parenteral pero la recomendación es que tengan un espacio propio para este tipo de práctica.

¿Espacios multiposibilidades?

Ante la falta de espacios y pensando en la economía del espacio, se cuestionó sobre la posibilidad de crear espacios multiposibilidades; por ejemplo, que en un mismo espacio se pueda consumir por vía parenteral y pulmonar simultáneamente. Los entrevistados reflexionaban sobre esta cuestión:

«No, no, no (las salas de consumo combinables)... para nada, porque eso es como juntar un pijo y un punki. No podrías entrar tú al Up&Down o por ejemplo, al Luz de Gas un punki o un pijo de Luz de Gas a un concierto de Razzmatazz... no. Tienen que estar separadas». (Dave, “fiestero”, 1978)

«No se pueden juntar los espacios, ¿Sabes qué pasa? Que yo sólo me inyecto y la gente que fuma es un mundo tan diferente. Es que los que fuman, ellos no son yonquis y los molestamos y se acaban drogando igual pero no les gusta tener a su lado alguien que se *pincha*. O la mayoría se han *pinchado* y se han pasado a fumar y entonces les molesta porque les pica el gusanillo. Son dos mundos totalmente distintos. Entonces los espacios tienen que estar separados. Los que fuman son unos creídos “yo es que...”, “nosotros a...”, ellos no son yonquis. Como a ellos no se les nota que se pinchan y eso, ellos parecen que sean vidas normales y que ellos no sean yonquis. Entonces, hay diferencia. El que fuma porros es un yonqui igual». (Edgar, “ruteró”, 1974)

«Los separaría (los espacios de consumo) porque hemos tenido casos de gente “ah, ¿no puedo fumar?, ¡Pues me *pincho!*”. Eso es jodido cuando es uno que lleva 10 años fumando, hemos tenido casos. A un fumador no le va apetecer mezclarse, yo lo separaría. Y con el esnifado igual... la verdad que sí. Debería tener su espacio pero habría que hablar, ¿Por qué un esnifador va a una sala de consumo? ¿En base a qué? Si es lúdico, regular como quién se inyecta o fuma. Habría que hacer un estudio de la gente que va a esnifar a la sala». (Profesional “El Local”)

«No tengo claro que al mezclar espacios se puede favorecer hacia la vía fumada. Si hay evidencia de esto, para adelante, pero no creo que la haya. Tenemos pocos programas con evidencia que favorezcan el paso del inyectado al fumado. Debería haber una estrategia, que es responsabilidad mía, para que el usuario no cambie a la vía inyectada. Se separa porque el humo molesta y porque no hay evidencia que junto favorezca». (Técnico ASPCat).

Los espacios de consumo por vía parenteral y pulmonar necesariamente deben estar separados. Una razón es que existen diferencias y recelos entre los consumidores por diferentes vías. También se opina que la idea de crear espacios multiposibilidades para potenciar la transición inversa del cambio de vía, de parenteral a pulmonar, es cuestionable por la falta de evidencia. Además, los profesionales refieren haber tenido casos que por la falta de espacios para el consumo por vía pulmonar se han cambiado al consumo de drogas por vía parenteral, por lo que la creación de espacios multiposibilidades podría invitar a usuarios por vía pulmonar a consumir por vía parenteral. Sin embargo, esta reflexión es cuestionable pues a las SCH acuden usuarios

que consumen por vía nasal y se mantienen en esta práctica sin producirse cambios. Por último, la idea de mantener los espacios separados se refuerza con la interpretación parcial de la “ley antitabaco” en centros sociosanitarios. En las SCH por vía pulmonar es obligatorio tener salida de humos y una supervisión del profesional desde un espacio separado al del consumo.

Tipos de mesas

En general, los espacios de consumo inyectado están distribuidos con mesas enfocadas hacia la pared, no permitiendo una plena intimidad al quedar un campo de visión amplio entre las diferentes plazas. Si bien, existen matices dependiendo de la SCH. Por ejemplo, en el SAPS, las dos mesas están orientadas en diferentes direcciones, quedando los usuarios uno a la espalda del otro. En unidad móvil Zona Franca, existe la posibilidad de utilizar un biombo para separar una plaza de otra, aunque en la práctica nunca se utilizan. En el CAS Fòrum, solo hay una plaza pero por dimensiones del espacio, el enfermero se ubica junto al usuario, siendo la supervisión muy próxima y con nula intimidad. En “El Local” de la Mina, los espacios están diseñados con mesas para dos personas y están adaptadas para aquellos usuarios que comparten la dosis, quedando separados por una especie de pequeñas paredes metálicas entre cada dos espacios. En el CAS Baluard, en el espacio de consumo inyectado, las plazas están orientadas hacia la pared separadas por mini-biombos pero permitiendo cierto campo de visión entre las diferentes plazas. Además, dentro del espacio hay situados dos espejos retrovisores en el techo para poder controlar las prácticas de consumo desde el espacio de los profesionales. El espacio para el consumo por vía pulmonar es una mesa con una separación metálica quedando tres plazas por cada lado y permitiendo un campo de visión más o menos amplio al profesional. Los usuarios, profesionales y técnicos municipales valoraban el tipo de mesas:

«En la de antes (antiguo Local) te miraban a ti, ahora están de espaldas, eran dos mesas con un biombo donde se ponían dos y dos, luego cuatro y cuatro y uno se quedaba de pie. A uno de detrás le quedaba la pared y si caía de sobredosis y era complicado sacarlo de la silla. Ahora es mejor, de espaldas para poder maniobrar». (Profesional “El Local”)

«Así está bien (la SCH de consumo por vía parenteral de Baluard), en medio la mesa, pero estaría bien unos cubículos con una mesa que sobresaliera que nadie te pudiera ver lo que te metes. Así están bien». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«La de fumado (EIA) me parece lo más aproximado posible a la forma de consumo sin sala. Me siento con mis colegas en una mesa y fumamos y hablamos. Y la de inyectado lo haría más en grupo, mirándose las caras». (Profesional Baluard)

«Me gusta que el espacio sea amplio aunque podríamos ofrecer cubículo. Podría haber un sistema mixto porque hay gente que quiere cubículo para su intimidad. Hay ventajas e inconvenientes. A nivel profesional te permite trabajar unas cosas y otras no. La mesa te permite más movimiento y cubículo en caso de sobredosis es más difícil». (Profesional “El Local”)

«Hemos estado en Hamburgo y allí había una sala con una ovalada y una chica fuera vigilando. Yo creo que tiene que ser un espacio digno, no caerse a trozos como la Mina hace tiempo. Limpio, higiénico y que cada uno puede tener su espacio que no se moleste con el otro. [...] Que se les pueda ver, que la enfermera se pueda mover bien, que pueda atender una sobredosis». (Técnico ASPCat)

Un espacio ideal de consumo debe combinar diferentes modalidades de mesas. Si la persona quiere preservar su intimidad, bien sea porque quiere estar tranquilo o se va a inyectar en una zona comprometida (ingle, piernas, etc.), es necesario que tenga la posibilidad de utilizar cubículos separados de la visión de otros usuarios. Y si quiere compartir el espacio con otros usuarios, que lo pueda hacer en mesas más abiertas con la posibilidad de tener una vivencia más colectiva. Además, aunque no se generan grandes debates respecto a que los usuarios estén sentados de espalda al profesional, los profesionales de “El Local” de La Mina debatían sobre la orientación de las mesas. En el antiguo Local, antes del verano de 2013, las mesas estaban dirigidas de cara al profesional que podía supervisar toda la práctica del consumo¹⁰³. Sin embargo, referían tener dificultades para la atención de sobredosis.

También se valoraba la dimensión y el tipo de material de las mesas:

«No, no, no... no molan nada las mesas de las salas. Ni esta (SAPS) ni ninguna. Tú no puedes sentar a uno a drogarse como si estuviera sentado en el ordenador del trabajo,

¹⁰³ En la SCH de Lleida (Arrels Lleida) las mesas para el consumo por vía parenteral están orientadas de esta manera, teniendo el profesional la posibilidad de observar cara a cara la preparación y práctica del consumo.

con un trocito de maderita (mesa pequeña) viéndote todo el personal. Te violan tu intimidad». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Las mesas son pequeñas (en SAPS), ya te digo. Aunque ya te las apañas. No pasa nada, uno está de espaldas al otro y *yastá*». (Ramón, “rutero”, 1962)

«Hay 8 sitios (en “El Local”) y el espacio debería ser el doble de grande. Es un espacio limitado, y las mesas deberían ser más grandes porque en 50 cm... Los consumos de cocaína son muy complicados y para la seguridad del profesional debería ser más grande. Un módulo de obra está bien para 6 meses pero no desde 2013 que llevamos». (Profesional “El Local”)

Las mesas de las SCH deben ser amplias y de un material resistente. En espacios de dimensiones pequeñas se valora aumentar la amplitud de las mesas, sobre todo para los que consumen cocaína que precisan más margen de actuación.

Espacios para casos especiales

Los entrevistados precisaban la necesidad de poner en marcha espacios para casos especiales (menores y embarazadas). Por el momento, para estos casos se utilizan las enfermerías de los centros, excepto en la unidad móvil de Zona Franca. Con algunas limitaciones, en “El Local” de La Mina la enfermería está anexionada al espacio de consumo con limitaciones en preservación de la intimidad. También, en el caso de las embarazadas que consumen por vía pulmonar, no es posible realizarlo en la enfermería del CAS Baluard, teniendo que hacerlo en el espacio de inhalación asistida. Los participantes opinaban al respecto:

«Debería haber una sala de consumo aparte, como casos de embarazada para tener un espacio para trabajar con ella, o para usuarios que necesitan la atención de dos profesionales mientras consumen. Se debería tener una sala preparada para estos casos. O un menor. No les podemos negar la entrada, hacemos todo el trabajo que se debe hacer, los desplazamos donde lo tenemos que desplazar, los derivamos, llamamos a la DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) o lo que haga falta pero mientras tanto tenemos a un menor consumiendo». (Profesional “El Local”)

«Yo creo que lo que se podría hacer, por enfoque y planteamiento, es el tema de tener un comodín. Si un tío se encalla en el consumo que pudieras pasarlo a la enfermería con la silla y que pase otro. Establecer un protocolo de excepcionalidad, igual que si viene una embarazada la tienes que poner en otro espacio, para trabajar y diferenciar el tema. Un consumo con dificultad, el meterle prisas... yo he oído que hay que quitarle *la chuta* y echarlo cuando han pasado 20 minutos, yo lo he oído. ¿Eso es trabajo de reducción de daños? Eso es una animalada». (Profesional Fòrum)

Las SCH deben tener espacios específicos adaptados para dar atención a casos especiales, menores y embarazadas, pero también para usuarios con dificultades en la técnica de inyección o en el manejo de los efectos de las drogas, como es el caso de los consumidores de cocaína.

Accesibilidad

Las SCH estudiadas no disponen de salidas de emergencia para una evasión rápida en caso de episodios violentos. En el caso de la SCH por vía pulmonar (espacio de inhalación asistida), es difícil la accesibilidad del profesional para intervenir. Los profesionales reflexionaban sobre estos aspectos:

«Mal, esto ya nos pasa a todos. Si vas a diseñar una sala, la vas hacer distinta y ahí estamos todos acorralados. Ahora no tanto, pero en el antiguo Local, la puerta del Calor-café, si estabas dentro y había una pelea te quedabas acorralado. Hay que pensar las cosas con cabezas y que haya salidas rápidas. Que los pasillos no sean estrechos porque llevan jeringuillas en los bolsillos y si te rozas te puedes pinchar. Si hay una pelea te estampas» (Profesional “El Local”)

«La sala de fumado está mal ubicada y la entrada es nefasta. La puerta no se puede gestionar desde dentro y tengo que pasar por medio de la enfermería. Si tengo que entrar, no puedo ir de mi cubículo a mi sala y tengo que pasar por donde está el doctor, un usuario en la camilla,... Al añadir la de fumado lo han hecho mal por accesibilidad. Debería haber una puerta mía, directo. Cuando hay un *overbooking*, la gestión de ellos es difícil». (Profesional Baluard)

Las SCH precisan salidas de emergencia y pasillos anchos entre las diferentes áreas para que los profesionales o usuarios puedan evadirse en caso de episodios violentos u otro

tipo de situación de riesgo. En el caso particular de los espacios de inhalación asistida (EIA) se precisa una conexión directa entre el espacio de consumo y del profesional para que este pueda interactuar sin dificultades.

Conclusión

Finalmente, profesionales y técnicos reflexionaban sobre cómo deben ser los espacios de las SCH de los centros de reducción de daños:

«Fundamentalmente, tendría que tener el concepto de dispositivo sanitario y como dispositivo sanitario que fueran dignos y que las personas se sintieran cómodas. Ahora en muchos sitios no son ni dignos ni cómodos». (Profesional SAPS)

«Lo haría en un sitio más cálido, más acogedor, más... No una luz de fluorescente, un ruido de máquina que absorbe el humo allí metido, es como una smoking room de aeropuerto. Más grande, imagino que por la higiene, no tan metálico, un sitio cómodo... una musiquita, un hilo musical, tampoco hace falta que estemos de fiesta. Un algo, no con el ruido de la máquina que saca humo». (Profesional Baluard)

«No hemos puesto espejos retrovisores para controlar, no sabemos si en otras salas funcionará bien pero yo creo que no se mira más allá del contacto con la persona. También da pie, a que la persona se mire en un espejo y entre en un bucle de *paranoia*. El cubo (contenedor de jeringuillas) se puede mejorar, no está enganchado y alguien puede cogerlo y tirarlo a la cabeza. Nadie lo ha hecho pero lo han levantado o han estado hurgando. En Suiza el cubo está fijado y hay un tubo largo de plástico por donde tiran la jeringuilla y de ahí no saca nada». (Profesional “El Local”)

«Hemos de consensuar los espacios. Hemos creado espacios que son bastante sanitizados, va bien pero seguro que algún usuario querría un sitio como un bar». (Técnico ASPCat)

Las SCH deben ser lugares donde el usuario pueda sentirse cómodo y libre de tensiones ambientales. Se precisa que sean lugares sin ruido, con un diseño acogedor, un mobiliario de colores y formas que no alteren a personas bajo los efectos de cocaína, un lugar donde puedan sentirse seguros.

7.3.4. Consignas, zona de higiene personal y gestión de los alimentos

En general, se opina que las SCH tienen problemas de espacio, bien sea por el tamaño o por la distribución de las diferentes áreas. Resumidamente, éstas son las limitaciones: en el SAPS el espacio de consumo está ubicado en un antiguo almacén de dimensiones pequeñas y el comedor sólo tiene una capacidad de no más de 13 usuarios; el CAS Baluard tiene una distribución complicada que dificulta la comunicación entre el área social y la sanitaria, así como que en el área sanitaria tiene una distribución inadecuada entre los diferentes espacios de consumo y la enfermería; la unidad móvil de Zona Franca, por sus características, da una atención muy limitada al consumo (SCH y PIX); el CAS Fòrum, situado en un edificio con posibilidades, es un espacio muy limitado y poco adaptado a la realidad actual de la zona; y “El Local” de La Mina sigue siendo un espacio limitado que merece mayor capacidad para mejorar la atención y la cobertura de sus usuarios.

Ahora hablaré de tres aspectos concretos del resto de espacios de los centros con SCH: las consignas, la zona de higiene personal y la gestión de los alimentos.

Consignas

El único centro que tiene servicio de consigna es “El Local” de La Mina. Para acceder a este servicio se debe valorar que el usuario no tiene un lugar donde poder dejar sus pertenencias. No obstante, se prohíbe guardar drogas o medicaciones (metadona, psicofármacos, etc.). En los dispositivos del SAPS y la unidad móvil de Zona Franca es imposible ofrecer este tipo de servicios por la falta de espacio. El CAS Fòrum pese a tener espacios no dispone de este servicio. El CAS Baluard tuvo este tipo de servicio pero por la dificultad de su gestión se retiraron las taquillas. Los usuarios no tienen cobertura de esta necesidad y deben dejar sus pertenencias fuera del centro, presentándose dificultades. Por ejemplo, a principios de 2013, la policía se llevó las maletas de los usuarios que estaban en la puerta del CAS Baluard. El vigilante me explicaba: “Tío, llegas tarde, por poco no has podido ver la película que se ha montado aquí. Ha llegado la policía con un furgón de la basura y ha empezado a coger las mochilas que estaban aquí fuera en el muro. Las han metido una por una en el camión y se las han llevado. Han aparecido los usuarios y se han quedado cabreados e insultando...algunos tenían el pasaporte, los papeles y otras cosas dentro de la mochila. Se lo han llevado todo como si fuera basura”. Yo le preguntaba: “¿pero la policía deja

las pertenencias en alguna comisaría?”. Este respondía: “Qué va... mira, este, Fabrizio, ya es la segunda vez que se queda sin maletas”, indicando a Fabrizio que estaba a su lado. Fabrizio molesto decía: “Sí, el *hijoputa* de policía, es el mismo de la otra vez. El cabrón se ha llevado todo, *hijodeputa*”. El vigilante confuso decía: “Ya ves cómo está esto. No quieren a nadie por aquí”.

Un profesional reflexionaba sobre las posibilidades de este tipo de servicios en el CAS Fòrum:

«Abajo, en los vestuarios, hay taquillas (del CAS Fòrum), también en la 4ª y la 5ª planta y todo eso ha quedado libre y a lo mejor son 50 ó 60 taquillas libres. Yo lo dije, de coger el despacho del educador y poner unas taquillas y hacer como un guardarropa. Luego ya nos montaremos lo de “puedes estar aquí una semana o dos semanas” pero no hay interés. Y eso que no hay que invertir dinero, sólo subir las taquillas y ponerlas aquí». (Profesional Fòrum)

Los usuarios que viven en la calle presentan dificultades para guardar sus pertenencias durante el día. Es necesario que los centros sociosanitarios con SCH tengan consignas, u otros servicios similares, para que los usuarios puedan guardar sus equipajes y evitar episodios como el del CAS Baluard.

Zona de higiene personal

Los espacios de higiene personal son limitados en las SCH de Barcelona. La unidad móvil de Zona Franca y el CAS Fòrum no tienen duchas, “El Local” de La Mina dos duchas, el CAS Baluard cuatro duchas con horarios pautados, y el SAPS una ducha y servicio de lavandería y ropería. Los entrevistados opinaban al respecto:

«Debería haber más duchas, como Baluard que hay 4 y más grandes, no como aquí (SAPS) que te *matas*». (Ramón, “rutero”, 1962)

«Lo que tendrían que hacer es arreglar las duchas (del CAS Baluard) que están muy mal. A ver si las arreglan o algo, en fin, a ver si lo ve el ayuntamiento». (Esmeralda, “parroquiiana”, 1974)

«Por ejemplo, yo pondría una ducha porque luego somos los primeros en decir, “si no te duchas, no consumes”. Que no lo veo mal decirlo pero dale una alternativa porque siempre tienes que derivarlo a “El Local”». (Profesional Fòrum)

Es necesario que los centros sociosanitarios con SCH tengan servicio de duchas para que los usuarios que viven en la calle puedan mantener unas condiciones de higiene óptimas. En las SCH con alta afluencia de usuarios es preciso un mantenimiento periódico para evitar averías y poder dar este servicio periódicamente.

Gestión de los alimentos

La gestión de la alimentación es un aspecto que genera problemas según el tipo de centro. El SAPS no tiene turno de comidas y dispone de galletas y bebidas a lo largo del servicio, si bien depende de la beneficencia para poder ofrecer platos de comida elaborados. El CAS Fòrum y “El Local” de La Mina han buscado un sistema para racionar la comida. El CAS Fòrum ofrece 3 paquetes de galletas o magdalenas y bebidas a lo largo del turno y “El Local”, 3 paquetes de galletas o magdalenas en los dos turnos (mañana y tarde) y un bikini a lo largo del día. La unidad móvil de Zona Franca sólo ofrece agua. El CAS Baluard tiene dos turnos de comidas y por la alta afluencia de usuarios muchas veces se quedan sin comida impidiendo que otros usuarios puedan comer, si bien tienen un fondo de galletas y bebidas. Los entrevistados reflexionaban sobre este aspecto:

«No, lo que pasa es que no reparten la comida en condiciones (en Baluard). Ahí ponen la comida y se tiran buaaah, todos los lobos. Tendría que haber una persona que lo administrara para que todos coman, todos desayunen y todos comieran. No que yo me coma tres pares de galletas y tú no te comas ninguno». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«Me parece mal lo de la comida. Se tiene que gestionar de alguna manera. Arreglo, que no nos den comida, y sólo galletas y leche de 9 a 22h. Pero si dependemos de las pizzas del banco de alimentos, y los pastelitos, es un problema de *pasta*. Lo ideal es que vayan a un comedor social». (Profesional Baluard)

Las SCH precisan un mayor presupuesto y buscar un sistema de gestión de la comida para una mayor distribución de los alimentos entre los usuarios. Otra solución es potenciar la derivación de usuarios a los comedores sociales de la ciudad.

7.3.5. Material para el consumo de drogas

En este apartado se analiza los diferentes materiales para la preparación de sustancias para el consumo de drogas por vía parenteral, pulmonar y nasal. Para un mayor

conocimiento de las recomendaciones del material de consumo por vía parenteral, pulmonar y nasal véase Clúa, Tenza y Mingueza (2015).

Material para el consumo por vía parenteral

Profesionales, usuarios y técnicos opinan que el material que se dispensa para el consumo de drogas por vía parenteral es aceptable y de buena calidad. Sin embargo, existen algunos matices con respecto a algunos artilugios para este tipo de consumo.

En primer lugar, se valoraba el tipo de jeringuillas que se dispensa. Existen dos tipos de jeringuillas, la “americana” y la “española”. La “americana” con aguja corta de calibre fino incorporada a la cánula que permite una punción más precisa pero con el inconveniente que si se emboza es más difícil continuar con la inyección; y la “española”, que tiene una aguja más larga y de mayor calibre, con la posibilidad de liberar el coágulo separando ésta de la cánula. Además, en “El Local” de La Mina se dispensa una aguja con mayor calibre que las anteriores, conocida como la “azul”, que se utiliza para inyectarse en la ingle y piernas. Los entrevistados valoraban este tipo de material:

«Ahora están dando las jeringuillas que han salido bien. Las *americanas* de antes eran malas porque llevaban una rebaba en la punta, era una *rebabilla* de hierro». (Javier, “rutero”, 1986)

«*Americana, española y punta azul...* han hecho muchos experimentos, depende... Se nos acabaron las americanas y llegó la americana con punta desplegable, eso fue un experimento. Luego vino una *americana* superfina, en vez de marrón era naranja. Ese experimento había gente que le servía. Incluso la *americana*, yo creo que es mejor una que se desmonte a la hora de filtrar, juntar la jeringuilla, pero fue un experimento y ya está». (Profesional “El Local”)

«No hay quejas... nos trajeron una *americana* que era aún más fina. Se obturaban, sólo había un usuario que pregunta por ellas porque se pinchaba en capilares. Trajeron que eran de ICO el fabricante y esas no las quería nadie. El émbolo tenía un pivote saliente y lo cortaban por la *paranoia* que se quedara algo ahí». (Profesional “El Local”)

«Está bien, tenemos todo lo que necesitamos. Para mí las *americanas* deben ser estériles porque van en pack de 10. Intentamos que sea lo más estéril e higiénico posible dentro de lo que es». (Profesional SAPS)

«Se debería ofrecer diferentes tipos de jeringuilla, se les ofrece dos y creo que se podría ampliar. Hay que escuchar a los profesionales y a los usuarios lo que pasa que es mal momento. Revisaría las jeringuillas». (Técnico ASPCat)

Las jeringuillas que se dispensan actualmente se consideran apropiadas para el consumo por vía parenteral. Sin embargo, se reclama que las jeringuillas “americanas”, que vienen en bolsas no estériles de 10 jeringuillas, vengan de forma individual en envoltorios estériles. En ocasiones, se han dispensado jeringuillas diferentes que no han sido del agrado de los consumidores, siendo poco recomendable introducirlas. Sin embargo, desde el Departament de Salut se recomienda estudiar diferentes opciones de jeringuillas para cubrir las necesidades particulares de los usuarios.

También se realizaban valoraciones acerca del filtro que se utiliza para filtrar las dosis de droga disueltas con agua bidestilada. Normalmente, es un filtro de tabaco de liar manipulado y troceado con tijeras. Los profesionales opinaban al respecto:

«El material está bien, pero tenemos los filtros de estos guapos (Sterifilt®) pero a veces no les gusta». (Profesional SAPS)

«Me parece que está bastante bien pero habría que mejorar los filtros. Dar estériles ya hechos. No que los tengamos que cortar nosotros. Están los filtros que van en un canutito (Sterifilt®) pero no les gusta». (Profesional Baluard)

«Está bien, yo mejoraría el tema de filtros porque lo hacemos con filtros de tabaco y qué quieres que te diga. El resto está bien». (Profesional Fòrum)

El filtro que se utiliza habitualmente es el del filtro de tabaco. Este se tiene que manipular por lo que no es estéril. Como filtro estéril se dispone de la marca Sterifilt®, pero no es del agrado de los usuarios. Se compone de un adaptador para jeringuillas de menor calibre (“americanas”), quedando en el extremo una membrana en forma de disco que se aplica directamente a la solución. Este filtro genera desconfianza entre los

usuarios refiriendo que dentro de la membrana se queda gran parte de la solución concentrada disminuyendo la absorción del preparado de la sustancia. A raíz de estas apreciaciones se precisa estudiar cuáles pueden ser los filtros estériles necesarios para los usuarios.

También se hacen otras observaciones acerca del material:

«Damos botellines de agua de 5 ml cuando una jeringuilla cargada son 1 ml. Se tiran al suelo y me parece tirar el dinero. No sé si es más caro pero 4 ml siempre se van al suelo». (Profesional “El Local”)

«El material es perfecto. Aunque en el SAPS... adentro (del espacio de consumo), bien, pero que las gomas que te dan para llevar sean guantes... No te dejan llevarte gomas. Con eso te apañas pero ya que *desto*, pero si no hay pasta lo entiendo». (Mick, “fiestero”, 1981)

«El material bien, a veces estamos un poco escasos pero bien. Hemos ido detectando cosas. Hubo una época que había heroína marrón y los usuarios pedían cítrico, y lo conseguimos. El tema de los filtros, que yo siempre digo que lo usen, y conseguimos filtros. Gomas damos muchas gomas pero la Agència (de Salut Pública de Catalunya) nos las trae. Por el resto bien». (Profesional Fòrum)

«El material ha salido de mucho esfuerzo y de ir aprendiendo. Aquí los expertos son ellos. El material no tiene que ser el que haya en otros lugares, tiene que estar al servicio de nuestra gente que es, realmente, lo que nos interesa. No sirve de nada que te lo diga un libro lo que vas a dar, si eso no lo va a utilizar». (Profesional SAPS)

De estas reflexiones y las anteriores, se deduce que se precisa revalorar conjuntamente con los consumidores el material para el consumo parenteral.

Además, se sugería la dispensación de contenedores de seguridad para desechar el material sucio de aquellos usuarios que intercambian jeringuillas y se llevan material para consumir fuera de la SCH:

«Se podrían comprar *box* pequeños para llevar el material usado y no tenerlo abierto dentro de la mochila. Creo que se puede explicar mejor desde el plan educativo de cómo

hacerlo de otras formas. Te puedes comprar un estuche de metal y lo tienes ahí». (Profesional SAPS)

«En el PIX podríamos dar *containers* individuales, que se está planteando y se va hacer, pero tienes que plantear a qué usuario». (Profesional “El Local”)

Material para el consumo por vía pulmonar

Todos los centros sociosanitarios con SCH dispensan papel de aluminio para alimentos para el consumo de heroína, excepto CAS Baluard, que dispensa aluminio bajo en plomo específico para este tipo de consumo. Para el consumo de *crack*, en todos los centros se dispensa bicarbonato para su transformación en *crack*, ya que el amoníaco es nocivo. En algunos dispositivos, como Zona Franca y SAPS, se fabrican pipas con botes de recogida de orina y papel de aluminio. En cambio, en el CAS Baluard se han diseñado kits para el consumo de crack por vía pulmonar con pipas de Pírex reutilizables. Los profesionales y usuarios valoraban sobre estos aspectos:

«Aparentemente hay una plata en Baluard que funciona mejor que no sabía que existía, honestamente. Sería guay tenerlo, por lo demás el material está bien. No hay pipas específicas para la cocaína pero enseñamos a hacerlas y hay un desgaste económico bastante grande para comprarlas». (Profesional SAPS)

«Hoy en día está la plata sin plomo, que es más cara, pero es una ventaja. Yo empecé fumando en las chabolas y había información pero no como la que te dan aquí (en CAS Baluard). Tú, cuando entrabas antes aquí, cuando no había la plata nueva, te decían “quema la plata antes de tal”, esa información allí no la había. En parte te jodes mucho la boca por ese desconocimiento porque tú no sabes que tienes que quemar la plata antes, nadie te lo dice. Lo del bicarbonato y todo eso, esa información allí no te la daban. Yo me enteré de eso aquí y lo veo muy positivo porque yo me hubiera ahorrado algo de *piños* y de muelas». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Mejoraría que hubieran pipas y no lo tuvieran que hacer con botes de metadona o de las analíticas de orina. Me consta que se han diseñado algunas pipas....hace dos años hicimos un proyecto junto con Baluard, preguntamos precios, estuvimos investigando, pero las pipas eran de metacrilato (Pírex) y salían caras, se dejó de banda y ahora no sé cómo está el tema. Nosotros también hicimos un proyecto de que ellos hicieran su pipa,

qué material les hacía falta, qué material es más bueno, qué les podíamos ofrecer,... y sí que hubo alguna propuesta pero cayó en saco roto. No sé, pero si pudiéramos dar pipas estaría bien porque los fumadores están dejados de la mano de Dios». (Profesional Zona Franca)

«Deberíamos tener material adecuado. Estamos comprando plata en el Mercadona... no me parece serio que lo compre el Departament de Salut». (Profesional “El Local”)

Es necesario que todas las SCH dispensen y unifiquen los kits de consumo de *crack* (pipas de Pírex, bicarbonato, etc.) y el papel de aluminio bajo en plomo para reducir los daños del consumo de drogas por esta vía de consumo (absorción de productos tóxicos, quemaduras en mucosas, etc.).

Material para el consumo por vía nasal

Esta práctica se realiza en pocas ocasiones en la SCH de Barcelona, excepto en “El Local” de La Mina donde es una práctica habitual. Desde esta SCH se dispensa un kit específico para esta práctica: sobre marrón como soporte higiénico de la dosis (raya), dos tarjetas de plástico para preparar y cánula de plástico para esnifar. Los profesionales opinaban sobre este tipo de kit:

«Para esnifar damos material suficiente por si la mesa está sucia, papel y sobre, una cañita, *pósit*, para evitar el billete, la tarjeta del metro que es una práctica sucia». (Profesional “El Local”)

«Hay de todo, incluso tenemos un kit de esnifado con tarjetas que sean tuyas o las puedan tirar, está bastante bien». (Profesional “El Local”)

Este tipo de kit también debería unificarse en las diferentes SCH de Barcelona.

Por todo lo anterior, es necesario incrementar los presupuestos para que todos los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias puedan dispensar kits completos para cada una de las vías de consumo de sustancias y se disponga siempre de todos los utensilios necesarios.

7.3.6. Normativa básica en la sala de consumo higiénico y otras áreas

Normas básicas

Los participantes opinaban que las normas básicas de las SCH son razonables y asumibles. Los entrevistados opinaban al respecto:

«Está bien que se estipulen un mínimo de normas. Si esto estuviera sin un mínimo de normas esto sería una casa de putas sin *mestressa*. Entonces esto sería una casa *okupa*. Tiene que haber alguien, tiene que haber control y un mínimo de normas». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Entiendo que no se debe molestar, ni vender... Hombre, están bien (las normas). Yo soy educado porque los considero trabajadores y los respeta. El refrán ese de “no le vas a joder el bocadillo a un currela de la obra”, no le vas a joder su hora de descanso. [...] Por mi parte yo no tengo ninguna queja. A veces están saturados y no te pueden cubrir 100% lo que pides y tal, pero en general, correcto». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Las normas han de ser las básicas y tener cintura, aplicarlas cuando se tienen que aplicar y ser más laxo en el momento que lo tengas que ser. Han de existir para marcar el rumbo pero cada usuario, en cada momento, tienes que aplicar una y otra». (Profesional Fòrum)

«No violencia y no vender es evidente. No es un espacio de recreo ni para hacer los negocios. Ahí se va a consumir o hablar con el trabajador social. Lo suyo es unificar las normas y lo tenemos pendiente para que no pase que los usuarios vayan a otro centro y diga que en otro lado es diferente». (Técnico ASPCat)

Las normas básicas de los centros sociosanitarios con SCH son necesarias para que haya un orden y buen funcionamiento de estos dispositivos. Sin embargo, existen una serie de reflexiones y valoraciones acerca de las normas de acceso y del uso de los espacios de consumo.

Acceso al centro

En algunos centros de Barcelona, cuando el usuario accede a las instalaciones debe pasar una valoración, unas pruebas diagnósticas y una recogida de datos para usar los espacios de consumo y el resto de las instalaciones. Uno de los centros más estrictos es

el CAS Baluard. Por ejemplo, a principios de junio de 2013, sobre las 18:30 acudieron cuatro jóvenes italianos de estética *ravera* al CAS Baluard. Dos de ellos eran habituales, Fabio y Silvio; los otros dos eran usuarios nuevos. Fabio y Silvio entraron al EVA y uno de ellos les dijo a la profesional del PIX: “Nuestros amigos quieren fumar”. La profesional preguntaba: “¿tienen número?”. Fabio respondía: “No, viven con nosotros, los hemos traído...”. La profesional se avanzaba: “pues tienen que esperar a que les abran historia”. Fabio explicaba a sus amigos que tenían que esperar. Pero la profesional responsable para abrirles historia no estaba. Cuando ya eran cerca de las 18:45, apareció la responsable para abrirles historia. Estos explicaban en el PIX: “Queremos pasar a fumar”. La profesional, al ver que era la hora de cerrar el espacio de inhalación asistida, (EIA) les respondía: “Pues chicos no puedo daros número, el espacio cierra a las 19h...tendréis que venir mañana a partir de las 11 que es cuando abren”. Estos se encogían de hombros y salieron a los bancos de Plaza Blanquerna a esperar a que sus amigos acabaran de consumir.

En otra ocasión, a mediados de octubre de 2013, Jaime acababa de dar sus datos para que le abrieran la historia en el CAS Baluard. Tras la recogida de datos la trabajadora social le acompañaba a la enfermería y le informaba: “Mira Jaime, ahora la enfermera te pinchará una cosa debajo del brazo, es la prueba del PPD sirve para saber si has estado en contacto con alguien que tenga tuberculosis”. Jaime asombrado respondía: “¿cómo? ¿que me tengo que pinchar?... no, no... yo sólo fumo, no me gustan las agujas, me dan miedo”. La enfermera le tranquilizaba: “Tranquilo que no es como pincharse en vena, es sólo que te pongo un líquido subcutáneo que te tendré que mirar de aquí tres días para ver qué sale, si has estado o no en contacto...”. Jaime temeroso respondía: “Ya, pero que a mí me dan miedo las agujas desde bien pequeño...”. La enfermera insistente le decía: “Es sólo un pinchacito...”. Jaime, tras ser convencido por la enfermera y la trabajadora social se dejaba pinchar a regañadientes.

Ante situaciones como las anteriores, los profesionales realizaban sus valoraciones: «Es ridículo, estúpido, abrir siempre historia clínica para uno que quiere consumir...es de política, de gilipollez de tener controlado a la gente. Es estúpido, estoy en contra...porque registran estadísticas, no me parece bien esto ya es radicalizarme. Aunque la historia clínica me parece bien para quien sea necesaria. Como otras cosas como tener que hacerse pruebas. Yo sólo haría cuatro preguntas “¿eres alérgico?”,

“¿Consumes Subutex?”... cuatro datos pero no tan protocolaria como ahora. Es absurdo. Que se ofrezca si quiere hacerse un PPD y si no pues es una opción. Aquí se pasan. La ASPB (Agència de Salut Pública de Barcelona) se pasa y obliga a ello». (Profesional Baluard)

«Las normas tienen que favorecer fundamentalmente la salud y por ejemplo, esto mismo del PPD, para contagiarse de tuberculosis hay que tener unos contactos mantenidos. No tiene ningún sentido recoger una normativa que no entendemos tanto y tengamos hacer un cribaje montado de otra manera pero no la vincules con esa (norma). Y si tú tienes miedo de que se contagie la gente tampoco es la sala donde haya un contacto tan establecido. Hay personas muy normativas en el mundo de la atención a los consumidores cuando tiene que ser todo lo contrario». (Profesional SAPS)

El acceso de usuarios a las SCH debe realizarse de forma ágil con una mínima recogida de datos. Para que así sea, sólo se considera necesario abrir una historia clínica en el caso que lo precise el usuario por razones sanitarias. La realización de pruebas diagnósticas sólo debería realizarse en el caso que sea necesario y bajo la voluntariedad de los usuarios.

Invitar y compartir drogas

Dentro de las SCH los usuarios intentan realizar invitaciones y/o compartir sustancias entre ellos. Este tipo de transacciones no son permitidas. Los usuarios y profesionales opinaban sobre esta cuestión:

«Lo que no me parece bien, es que si yo entro contigo y llevo una postura y te quiero invitar y me venga la enfermera y me diga “que aquí no se puede...”, a ver... ¿cómo que no se puede compartir? si yo tengo una postura, la voy a compartir con mi compañero. Otra cosa es que estemos haciendo trapicheos o haciendo rollos, eso no, con dinero de por medio, vendiendo. Si yo llevo una postura y te quiero invitar porque estás tirado y no llevas dinero, pues yo te invito y ya está. Lo que pasa que ellos no puedan estar todo el día controlándolo todo, si es trapicheo o qué. Eso es muy relativo. Baluard es más estricto que el SAPS». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«Yo tuve una expulsión (del EIA de Baluard) que al final me la quitaron. Muy mal el rollo, cuando no había dinero por el medio. Yo le dije al chaval “espérame fuera” e

igual le hago el favor, y el chaval “oye, oye yo te doy esto” y el chaval me daba unas pastillas que yo no quería. El “yo te doy esto y sácame el mono y yo te doy estas pastillas” y le dije, “espérame fuera” y era por hacerle más un favor a él que a mí aunque hubiera un intercambio, no de dinero. El *tío* al entrar dentro y pedir y yo echarlo fuera, el *tío* volver a entrar y decirle, y sentarse ahí, las *pavas* mirando y yo para que no le echaran la bronca al *tío*, le di el tema *de estranjis* la *bola*, sin haber dinero ni nada. Entonces nos dijeron “los dos fuera”. Y yo ya, si hubiera habido interés económico ya hubiera vendido *la papela*, pero es que no la estaba vendiendo. Y entonces le dije al *tío* que no se sabe esperar fuera, “me acaban de joder por su culpa y ahora me devuelves el favor que te iba hacer” porque era un favor y para que no lo jodieran a él. Hablé con la jefa y me quitaron la sanción». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Hacemos inciso de no pedir, que si no tienen para consumir no se puede pedir, porque había gente que pasaba de venir porque estaba la típica gente que se queda fuera para que les inviten. Es un poco pesado para la gente que trae su material». (Profesional Zona Franca)

«Para evitar abusos y temas de invite, evitamos el conflicto con la norma de que avisen con ya pactado desde fuera. Se apuntan juntos y comparten el género dentro. Evitamos que se pidan invitar dentro para evitar que el tiempo se amplíe que no te interesa, sales fuera y se apuntan. Evitar conflictos aunque puede haberlos pero vale la pena seguir esa norma». (Profesional “El Local”)

En algunos casos, las invitaciones pueden ser interpretadas como trapicheos, conduciendo a la expulsión de los usuarios. Varios usuarios se quejan de estas interpretaciones y de algunos casos de expulsión que consideran injustos. Para evitar este tipo de situaciones se recomienda pactar este tipo de movimientos antes de entrar dentro de la SCH e informar a los profesionales de los pactos para evitar malos entendidos.

Tiempo para preparar y consumir

Una norma que genera diferencias y problemas en la interacción entre profesionales y usuarios es el tiempo permitido para consumir (20-30 minutos). Esta norma no se lleva a cabo en la SCH de La Mina, aunque en algunos espacios de Barcelona se aplica cierta flexibilidad. Los usuarios y profesionales reflexionaban sobre este aspecto:

«Corto, no llega ni a media hora. Se necesita un tiempo según la persona. Hay gente que necesita mucho. Según la paranoia, según el rol que tenga. Hay gente que le gusta buscar, viendo, ¿no? Y es que *encerrao* en un cubículo como te dé por buscar, vas a buscar». (Edgar, “ruter”, 1974)

«Con media hora no se tiene en cuenta la situación individual de cada uno y cómo consume cada uno. Uno prepara una sopa en una hora y otro en media hora. Hay que tener en cuenta la sustancia que se consume». (Profesional Baluard)

«No tenemos límites. Hablamos siempre de ser razonables. Si hay personas fuera, te empujaré a que lo hagas lo más rápido posible, si no hay nadie, te dejo tu rato normalmente. Si te estás pasando y no veo que haya nada productivo y estás con tu *paranoia* de *coca*, te diré: “vamos limpiando y para fuera” que soy profesional y puedo hacer otra cosa. Nunca hay una norma por la cual el profesional se tiene que sentir obligado a seguir la norma. [...] Si queremos salir de ahí, lo consultamos con otros profesionales antes de tomar la decisión por respeto a otros profesionales, pero tienes que adaptarte al usuario porque cada uno es un mundo». (Profesional SAPS)

«Yo no lo limitaría, hay salas que lo hacen, pero no lo daría limitado. No puedes empujar a alguien si está *emparanoiado*. El tiempo no es importante si tienes unos recursos. Si tienes espacios y profesionales, puedes dedicarle un tiempo al que no se encuentra la vena o está *emparanoiado*. Es importante que esté 2 ó 3 minutos en su *paranoia* recurrente para después poder sacarlo de allí. Ser ortodoxo en el tiempo no es positivo». (Profesional “El Local”)

Los 20-30 minutos permitidos para consumir se consideran escasos. Hay usuarios que precisan más tiempo debido a dificultades físicas y porque experimentan unos efectos de las sustancias que les impiden cumplir con la norma, sobre todo los que consumen cocaína. Se considera que no debe haber limitaciones de tiempo y permitir el que sea preciso para preparar y consumir las sustancias. No obstante, en espacios con pocas plazas (CAS Fòrum y SAPS) se precisa cierta agilidad para dar mayor cobertura a los consumos. Se requiere cierta flexibilidad y evitar presiones, en los casos que se exceda el tiempo, para que no se produzcan conflictos entre usuarios y profesionales, sobre

todo en SCH donde se dispone de plazas suficientes como son el CAS Baluard, “El Local” o el Bus de Zona Franca.

En el caso concreto del espacio de inhalación asistida del CAS Baluard también aparecía la necesidad de ser flexibles en los tiempos. Los entrevistados daban su opinión:

«El tiempo es apropiado, porque fumar heroína no conlleva ninguna preparación, es fas-fas-fas y se acabó. Otra cosa que se me ocurre es que si no hay lista de espera que fueran más flexibles porque hay veces que está vacío. [...] Para la heroína no hay problemas, pero para la cocaína hay gente que se puede tirar horas y horas fumando cocaína, o días. Lo mío es más la heroína y me parece suficiente, lo que pasa que podrían ser más flexibles en cuanto la sala está vacía». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Son 30, (heroína) y 45, *crack*. Esto se decidió porque pensamos... yo lo encontré bien pero ahora, con más conocimiento de causa, no había pensado que el fumado es todo un mundo, tan social,... pienso que 30 y 45 no está mal si hubiera *overbooking*, que no pararas, sería fatal. Ahora viendo y observando, ves que no. Sobre todo la heroína, el cigarro, el hablar, se crean debates que lo flipas. Debería ser más flexible y negociadores con ellos. “Oye, llevas 40 minutos durmiendo, no fumando... ves a beber agua, ves a por un desayuno,...”. Hay gente que fuma, lee el periódico,... yo dije, al principio, lo de la media hora pero luego...No tiene que ver nada con un inyectado que es más personal, íntimo, por decirlo de alguna manera». (Profesional Baluard)

Espacio de tiempo entre consumo y consumo

Otra norma relacionada con la administración del tiempo es la de no dejar repetir un consumo hasta que no pasen 30 minutos. Sólo se permite realizar el consumo en dos tomas si el usuario lo informan previamente. La razón es que es un método de seguridad para evitar sobredosis y otras reacciones adversas. En “El Local” esta norma no se aplica pero sí se tienen otro tipo de limitaciones para casos especiales. Los entrevistados opinaban al respecto:

«Bueno, claro, no ha pasado media hora pero en parte es una prevención que tienen ellos. Porque claro, si yo me meto un *ñaca* (inyección) a las 8 y a las 8:15 entro otra vez, tengo muchas más posibilidades de tener una sobredosis que si pasa media hora. En ese sentido no tengo problema». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«El tiempo (entre consumo y consumo) es algo sano, te *picas* y hasta 30 minutos no te dejan entrar. Pero, yo, en mi opción personal siempre lo he solucionado. Cuando entro les digo y ya saben que me lo hago en dos. Entonces, me lo pongo como si fuera de prueba y si no estoy a gusto me pongo otro». (Mick, “fiestero”, 1981)

«Entre pinchazo y pinchazo es una recomendación de que se espacie el consumo y no sea un consumo compulsivo. La cuestión es que si alguien no lo acepta, hombre, tú tienes que poner una norma hasta que llegue el límite, que si no se cumple allí mejor que no se cumpla fuera». (Profesional SAPS)

«No hay tiempo límite en el consumo y el equipo tampoco se lo ha planteado. Se entiende como algo individual, no es lo mismo que uno consuma heroína que consuma cocaína. El que tiene *paranoia* tardamos más en trabajarlo. Poner un tiempo límite es ponerles nerviosos, es entrar en una pelea. Más vale trabajar el hábito. Les ponemos límites en otro sentido: como vemos que tu consumo no te sienta bien, sólo a ti te ponemos un límite de tiempo pero no ponemos un tiempo límite a todo el usuario. Por ejemplo: “la primera y la última hora no puedes entrar porque te estás dos horas de consumo, ven entremedio”. Es más a nivel individual». (Profesional “El Local”)

En general, esta norma los usuarios la consideran correcta. Hay usuarios que utilizan estrategias para burlar esta norma; informan que lo hacen en dos tomas pero en realidad realizan dos consumos; si la primera toma surte los efectos esperados, se tiene la opción de un segundo consumo para acabar de completar los efectos deseados sin tener que respetar la norma. En la SCH de “El Local” esta norma no se aplica para evitar que los usuarios tomen la decisión de realizarlo fuera ante la negativa de querer espera. Para evitar confrontaciones con los usuarios, esta norma debe ser más una recomendación que una regla, siendo precisa una mayor valoración para evitar que los usuarios consuman en la calle en caso de no querer esperarse los 30 minutos de seguridad, sobre todo en aquellos barrios que existen múltiples lugares para consumir en espacio abierto.

Ayudarse a inyectar entre usuarios

En las SCH de Barcelona no está permitido que los usuarios se ayuden entre ellos a buscarse la vena y a inyectarse, excepto en “El Local” de La Mina. Por ejemplo, a mediados de agosto de 2014, Diego y Manuel acudían a “El Local” para consumir

juntos. Dieron su código e informaron a la enfermera que “señorita, vamos juntos”. Esta les dio el material: dos “españolas”, dos gomas y cazuelas. Ambos se lavaron las manos en el lavabo que hay junto la ventana. Se colocaron en la mesa y Manuel preparaba las dosis. Diego tenía mal aspecto y miraba a todos los lados de la sala. Mientras, Manuel repartía las jeringuillas poniendo en cada una 0,3 mm, aproximadamente. Manuel se puso la goma en el brazo izquierdo, se pasó el alcohol y se encontró la vena a la primera. Sin embargo, Diego lo intentaba pero no con la misma suerte y exclamaba: “me estoy poniendo nervioso”. Diego lo probaba reiteradamente y no lo conseguía. Manuel, con ánimo de ayudar a su amigo, rogaba al enfermero: “perdona, voy a ayudarle...viene conmigo, se lo he dicho a la chica (enfermera)”. El enfermero asentía. Manuel le puso la goma a Diego y palpaba sus venas. Mientras el enfermero les observaba. Manuel con cierta destreza le encontraba la vena y comprobó que lo había hecho bien, retirando el émbolo hacia atrás y observando cómo entraba la sangre dentro de la cánula de la jeringuilla. Manuel le soltó el brazo a Diego y este se introdujo la dosis. Acabaron, recogieron la mesa y se fueron.

Situaciones tan normalizadas en “El Local” de La Mina han sido motivo de expulsión en otras SCH. Por ejemplo, a finales de junio de 2013, Alexis y Alfredo fueron expulsados del EVA del CAS Baluard durante el turno de mañana. No conformes realizaron una reclamación. Alfredo rellenaba las hojas en el PIX y Alexis con cierto mal humor le dijo: “Acaba, te espero fuera”. Una vez rellenada la reclamación, Alfredo y Alexis salieron fuera y se colocaron en la muralla, junto a la rampa de metal, y comenzaron a prepararse la inyección. Alfredo se arremangaba el brazo y se colocaba la goma. La coordinadora del CAS al ver la escena, pidió que saliera un profesional con un contenedor diciendo: “Alfredo y Alexis se van a poner a consumir fuera”. Uno de los profesionales se aproximó a ellos con el contenedor. Alfredo, que estaba sentado de cuclillas, se inyectó en el antebrazo izquierdo, dejándole al profesional la jeringuilla destapada para que la cogiera. Mientras el profesional les iba hablando, Alfredo respondía con expresión molesta: “No tenéis razón, no tenéis por qué expulsarnos”. Mientras, Alexis se estiraba del cuello del jersey por la parte izquierda y aguantaba la respiración para que Alfredo pudiera encontrar mejor las venas de su cuello. Alfredo le pasó alcohol por la yugular y le inyectó con la aguja enfocada hacia abajo, encontrándole la vena en el primer intento. Tras consumir, Alexis repetía el gesto de dejarle la jeringuilla en el suelo al profesional. Al final, ambos se levantaban y Alfredo

se volvía a entrar al CAS para pedir jeringuillas, recriminando les decía: “No tenéis razón, no hemos hecho nada para meternos una expulsión”. Alfredo y Alexis se fueron.

Prohibir que entre los usuarios se ayuden a inyectar es una norma que genera diferencias entre los profesionales. Entre los profesionales existían voces a favor y en contra. Los que estaban en contra expresaban argumentos como los siguientes:

«Para la gente de la sala sería muy fácil que se pincharan entre ellos pero existe un riesgo, podrían darse un pinchazo sin querer y entonces, tienen que estar informados de esa norma. No es un placer mío. También el tema de la responsabilidad, si yo me pincho me tengo que saber pinchar solo. Te podrán ayudar los enfermeros, te podrán indicar pero lo has de hacer tú. Porque si no, es una actitud pasiva y poca responsabilidad a aquello que estás haciendo». (Profesional Baluard)

«Cuando nosotros no dejamos pinchar una persona a otra, no es tanto por la norma sino por la dependencia. Cuando a una persona no sabe pincharse y depende de otra para pincharse es que esa persona lo es todo y entonces, una idea que hay es cultivar la autonomía. Si una persona no sabe pincharse perseguirá a otra que *ves* a saber si se ha lavado las manos. Lo nuestro es cultivar la autonomía, estamos enseñando a pinchar para que no dependa de otra persona. Esta norma va por aquí». (Profesional SAPS)

Las voces en contra opinan que es una práctica antihigiénica, con riesgos de producirse accidentes, por lo que se precisa potenciar la autonomía entre los usuarios para que realicen solos la práctica de la inyección.

Por su lado, están los profesionales que argumentaban por qué se debe presenciar cómo los usuarios se ayudan a inyectarse entre ellos dentro de la SCH:

«Si ellos lo hacen higiénicamente y hay un profesional supervisando que vean que lo hacen bien y tal, ¿por qué tienes que inyectarte tú mismo? No sé, si ese es tu ritual con tu colega y lo haces así siempre. Si realmente tú quieres aprender a pincharte, yo te ayudo y si tienes que enseñar y ayudar, tiene que haber mucha gente trabajando. Creo que no puedes poner muchas normas en un mundo que no hay muchas normas. Lo que generas es más rechazo que otra cosa». (Profesional Baluard)

«Eso de no dejar pinchar al otro...hay otras maneras. Podríamos hacer a la inversa, «yo veo cómo le pinchas» y el otro aprende a pinchar. No sólo veo que sea positivo, si tú estás buscando que la gente sea autónoma, no lo vas a conseguir a través de una norma. Yo tengo un criterio técnico. Tendríamos que eliminar el “no”. Tendría que ser “¿tú vas a pinchar a menganito? Pues yo me siento contigo y veo cómo lo hacéis”. Y en ese momento puedo hacer reducción de daños y decir “no, hombre no... mira aquí tiene una vena, aquí otra y a ver cómo lo haces”. En ese momento, no negándole la posibilidad».

(Profesional Baluard)

«Y que entre ellos se puedan ayudar, siempre y cuando la práctica se haga en condiciones. Cuando la otra persona nos dice que comparten y le ayuda o entran solos y piden que le ayude un amigo, si con nosotros no hay la confianza suficiente, si la persona te va a pinchar bien y no lo va hacer mal. Nosotros siempre vamos a estar delante por si lo hace bien o mal. Si lo hace mal le vamos a decir que “tu amigo no lo ha hecho bien, no en esta zona, en esta dirección, lo tienes que hacer así, etc.”. Para que lo hagas solo bien o con tu amigo correctamente. Es un espacio para consumir tranquilo y correctamente». (Profesional “El Local”)

Estos profesionales opinan que una SCH debe ser un lugar para reproducir las prácticas que suceden fuera de los dispositivos y la presencia del profesional debe servir de asesoramiento y de soporte pedagógico para indicar como hacerlo de forma favorable. Es un tema muy discutido por los profesionales del CAS Baluard y respaldado por los profesionales de “El Local”, la única SCH que lo permite.

Los usuarios por su lado, ofrecían sus argumentaciones de por qué no se debe prohibir este tipo de prácticas dentro de las SCH. Un usuario opinaba al respecto:

«Lo encuentro incorrecto (no dejar inyectar entre usuarios). Correcto porque alguna persona... pero bueno, eso ya es cada uno, joder. Porque si a alguno le interesa por qué no. A ver, porque si una persona es correcta y es clara y te viene “oye, pínchame y tal” y yo qué sé, te da palo, asco o lo que sea, le digo “oye mira que no, que no quiero”, se lo digo claramente. Hay gente que se aprovecha en la sala y dice pínchame, pero no sé, yo lo haría. Es una mala norma que no dejen *chutar* el uno al otro. Aunque quiero dar una idea, por ejemplo, como hacen los médicos y las enfermeras... yo voy *tó morao* y no me encuentro, vienen y no me *chutan*, me buscan. Me la encuentran y yo sólo tengo que

bombear. Después yo pienso que el usuario pueda hacer lo mismo con un amigo. Bueno, si un enfermero no está dispuesto a hacerlo siempre, a mí no me importa que un usuario lo haga. No sé qué diferencia hay de que te pueda ayudar un enfermero o enfermera. A mí no me importa pero si no te va a *chutar* y tú no puedes, pues sí que me importa. Vamos tú y yo a *chutarnos* y tú ese día te la encuentras, porque hay muchos días que no te la encuentras, porque estás nervioso o no sé, hay días que no, no sale. Y que no venga el otro a ayudarte, yo creo que debería dejar al colega que sí puede, pues pum!». (Mick, “fiestero”, 1981)

Esta opinión, junto a las notas de campo de este punto, nos muestra que ayudarse a inyectar entre usuarios es una práctica normal de compañerismo y una alternativa para agilizar el consumo cuando la enfermera no puede o no quiere ayudar a inyectar. Las opiniones de los profesionales a favor, respaldaban esta práctica. El objetivo debe ser poder valorar si estas prácticas se producen de forma higiénica y actuar para mejorar la higiene y autonomía entre los usuarios.

Sanciones

El incumplimiento de normas conlleva, en muchas ocasiones, que se produzcan sanciones y/o expulsiones del centro por un determinado tiempo. Por ejemplo, a mediados de junio de 2014, los profesionales de “El Local” de La Mina valoraban la sanción de un usuario en la reunión de equipo. Al parecer, días atrás un usuario muy conocido por los profesionales había robado el microondas de “El Local”. El día del incidente refería un profesional: “No paraba de pedirle la cazuela a otros usuarios desde la puerta del TT”. Continuaba explicando: “Le *tiramos* la bronca y le dijimos que no podía estar pidiendo a otros usuarios nada. Pero acabó entrando al TT y le pidió la *cazuela* a otro usuario. Al parecer, se fue al lavabo para metérselo allí. Al parecer, después cogió una pieza de ropa grande y entró al “calor i café” y envolvió el microondas y salió por la puerta con este bajo el brazo corriendo y cuando fuimos tras él no pudimos alcanzarlo”. Otro profesional explicaba que “al parecer cambió el microondas por varias dosis en un piso de La Mina y después se pinchó entre dos coches fuera de El Local”. Otra profesional, molesta, proponía: “Se le debería expulsar un año como hemos hecho con otros que han robado mochilas de profesionales”. La coordinadora respondía: “Se debe valorar el tiempo de sanción y acompañar de alguna acción educativa”. Otra profesional aclaraba: “no debemos comparar los casos, una cosa

es robar a un profesional y otra robar cosas que puedan coger del centro”. Otra apoyaba este argumento: “sí, vale... es un microondas que es para los usuarios, es como cuando alguien roba cuchillas que es para todos los usuarios, lo único que cambia el precio pero el hecho es lo mismo”. Mientras, la profesional que proponía un año de sanción adoptaba cierta expresión de enfado. Otra profesional proponía: “Se podría poner 3 meses de sanción, con posibilidad de acceder al PIX y luego probar 3 meses de TT y valorar”. La coordinadora aclaraba: “A tiempo de sumar se puede pero de quitar sanción, no”. Finalmente se propuso llevar a cabo la última propuesta de sanción y comunicárselo al usuario en una tutoría. La sanción comenzaría en el momento de comunicárselo y la coordinadora añadía: “Que haga un taller Reco.ge por mes a modo de pago simbólico”. Prácticamente, el equipo entero quedó conforme con la sanción y el acompañamiento educativo propuesto al usuario.

Ante situaciones como estas o burlas de la norma establecida, los profesionales reflexionaban acerca de las sanciones:

«No es lo mismo uno que se fuma la plata a las 19h, porque han cerrado que uno que te saca un *pincho*. A ese no lo sancionaré, le diré “tío, no fumes en el lavabo”. Las sanciones, yo no sancionaría a nadie a no ser que hubiese algo físico grave, sobre todo a los trabajadores. Entre ellos, es la ley de la calle, y es la violencia para hacerse respetar. Por ejemplo, se deben 5 euros, se encuentran y se dan dos hostias aquí en Baluard. “Sancionado y sancionado”, el que da la hostia y el que la recibe. “A ver, ¿estáis locos?” (Refiriéndose a los profesionales). Son una población que vive en la calle y esto puede pasar. Me molestan las prohibiciones y las sanciones» (Profesional Baluard)

«Tenemos que intervenir para que respeten un mínimo de normas. El resto ya te digo, sentido común, respetar el servicio. Lo recordamos pero no somos estrictos porque hay gente que vive en la calle y a lo mejor te pide si pueden coger un poco más (de comida) y no somos unos cabroncetes». (Profesional Fòrum)

Ante casos de violencia e incumplimientos graves de las normas de las SCH se precisa tomar una decisión de forma consensuada en equipo. Para ello deben establecerse unos criterios para considerar la gravedad de los incumplimientos de la norma. Cabe diferenciar entre lo que es una infracción leve con una de gravedad. Las decisiones de sanción deben valorarse de forma aislada sin hacer alusiones o comparaciones con casos

de sanciones diferentes para evitar hacer proyecciones que conduzcan a una sanción desmedida y poco elaborada. Las sanciones derivadas de robo del mobiliario o deterioro del mismo precisa ser acompañado de una actividad educativa que sufrague los gastos de forma simbólica.

7.3.7. Intervención de los profesionales

En general, los usuarios valoraban positivamente a los profesionales y refieren sentirse ayudados y respaldados por ellos.

«Ninguna queja, si tiene que haber una queja será hacia mí, si no no vendría, ya te lo digo. Está bien, a lo mejor un día no aciertas (en encontrarte la vena) y no te la encuentras pero pueden ayudarte». (Ramón, “rutero”, 1962)

«A mí me parecen de *putamadre* (los profesionales de Zona Franca). Conmigo se han comportado de *putamadre*, me han escuchado, me han acompañado al banco, han venido y me han escuchado, si he tenido que llorar, he llorado y me han escuchado. Ningún problema. Me han dado apoyos en todo momento». (Erika, “pasajera”, 1983)

Si bien, existen diferentes matices en algunas de las intervenciones de los profesionales que a continuación analizo.

Ayuda en la búsqueda de la zona de punción

En ocasiones, algunos usuarios se molestan cuando precisan ayuda para encontrarse y canalizarse la vena y algunos profesionales se oponen rotundamente o ejercen presión para que acaben rápido el consumo. Los usuarios y profesionales opinaban al respecto:

«Deben tener (los profesionales de Baluard) un poco más de *orejas abiertas* cuando gritan o no te ayudan a pincharte. A veces te dan una opinión muy fea, “si no puedes, te jodes y si no no te pinches, fuma”. Cuando una persona tiene metida la heroína y la cocaína en la *chuta* (jeringuilla) y la está perdiendo, si es un profesional para ayudar al toxicómano ponte unos guantes e intenta localizarle una vena, no digo pincharle pero si localizarle una vena “aquí, o aquí o aquí”. Un poco más de tacto». (Julián, “parroquiano”, 1970)

«Quien quiere se pone los guantes y lo ayuda y quien no quiere no se los pone. Al que lo necesita de verdad no lo ayuda y al otro que se sabe pinchar, le ayuda. Incluso, a mí

me quedaba un *cinquillo* y me han dicho que “para un *cinquillo* ya te lo pongo”. Y cuando estoy de mono de verdad, que necesitaba ayuda, no me lo ha puesto para que me lo pusiera fuera (de la vena). Son cosas que yo he visto que lo hacen a mala leche». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

«Mira, yo creo que a veces el usuario es muy cómodo. Para mí es muy diferente el usuario que lo tiene muy mal y le echas un cable que el que dice, “estoy muy nervioso, por favor ayúdame”. Si yo me levanto y “estoy de mono o nervioso y quiero que me pinches”, eso no es, si tiene dificultad yo le voy ayudar. No es que sea comodidad, a veces estaría bien situarse en el papel del usuario, a veces lo pienso que me levanto y estoy de mono, nervioso... Igual te pones ahí y no mostramos mucha empatía con el usuario pero claro, en cierta manera, también es comodidad». (Profesional Baluard)

Se precisa no ejercer presión a los usuarios que tienen dificultades para realizar la técnica de inyección. En estos casos, es recomendable ayudar al usuario a cómo buscarse las venas y cómo realizar la técnica correctamente. Sin embargo, en muchas ocasiones, algunos usuarios buscan una solución rápida reclamando de entrada que los profesionales les inyecten, refiriendo que están nerviosos a causa del síndrome de abstinencia. Ante este tipo de casos es recomendable valorar la situación y ayudar al usuario a que realice un consumo de forma autónoma y sólo ayudarle en caso de dificultad tras haber probado por sí mismo la práctica de la inyección.

Intervención ante los comportamientos de los usuarios bajo los efectos de las sustancias

En ocasiones, se producen dificultades en la interacción, cuando los usuarios están bajo los efectos comunes de las sustancias, sobre todo de cocaína, y el profesional interviene recriminando este tipo de comportamientos. Por ejemplo, una mañana a mediados de mayo de 2013, Josean consumía cocaína por vía parenteral en el CAS Baluard experimentando unos intensos efectos que le producían cierta descoordinación de movimientos. La enfermera le recriminaba: “Josean deja de hacer el tonto y quédate en tu sitio”. Josean estaba de pie, entre balbuceante y con la jeringuilla en el antebrazo izquierdo, moviéndose lentamente hacia los lados por todo el espacio. Mientras, dos usuarios consumían tranquilamente. La enfermera le volvía a llamar la atención: “Josean, déjate ya y ponte en tu sitio”. Otro profesional que venía del comedor, le

recriminaba: “Venga, déjate de paranoias y quítate la chuta del brazo”. Josean hacía caso omiso. Ante su negativa el vigilante también le recriminaba: “Josean, ya está bien...sácate eso y sal de aquí”. La enfermera intentaba convencerle de que se sacara la jeringuilla del brazo mientras le advertía: “Josean te expulsamos hoy como no pares, te echamos toda la semana”. Finalmente, Josean se sacó la jeringuilla del brazo y comenzó a caerle gotas de sangre al suelo. El vigilante consiguió sacarle del espacio, mientras la enfermera le recordaba a Josean: “Vuelve aquí, y limpia la mesa”. Josean no entraba en razón y a regañadientes consiguió depositar la jeringuilla en el *container* amarillo. La enfermera molesta le sancionaba: “Josean, quedas expulsado...me has dejado la sala a topos”. Josean salió del EVA balbuceante y enfadado.

Los profesionales y usuarios reflexionaban sobre las interacciones que se producen ante este tipo de situaciones:

«El problema es cuando te has drogado y llevas un *colocón* de heroína y te dicen que limpies la mesa, la verdad, lo encuentro un poco absurdo porque no sabes dónde tienes el ojo derecho para poder limpiar nada. Yo creo que una persona que está con un *colocón*, que está con un *cermeño* de heroína como de cocaína, decirle que se centre en fregar, no, no porque en lo psicológico está disfrutando. Entonces, esa cosa así es lo que no se acaba de encajar». (Edgar, “ruterero”, 1974)

«Después de consumir... Por ejemplo hay gente que se pone a buscar por el suelo y ellos saben actuar (los profesionales del Fòrum). Saben cómo llevarlos». (Javier, “ruterero”, 1986)

«Durante, más no podemos hacer, y el después también, lo hacemos bien. Quizás en el post, deberíamos ser un poco más...si ha consumido cocaína tendrá una reacción, quizás por lo que yo veo, a un *tío* que está *pescando* no puedes darle golpes todo el rato por el miedo que pueda tener una sobredosis, una sobredosis se atiende y todo el mundo sabe qué hacer en una sobredosis. No tenemos que tener miedo, si un *tío* está *pescando*, está *pescando*. Hay que ser profesional y no estar cada minuto chillándole, dando palmas...creo que hay que ser y poner los pies en suelo y dejarlo. Pecamos de miedo, que si tiene la *paranoia* y está buscando... pues está buscando. Se ha metido la sustancia x y le hace el efecto x, pues acompaña el efecto y no lo putees. A veces yo lo he visto y sí que pasa». (Profesional Fòrum)

En ocasiones, es difícil que los usuarios, bajo los efectos de las sustancias, cumplan con las normas de comportamiento de las SCH. Bajo los efectos de la heroína, tienen dificultad de seguir ciertas indicaciones debido a los efectos de adormecimiento de esta sustancia. En el caso de la cocaína, el estado de *paranoia* y el ensimismamiento hacen necesario que los usuarios puedan mantenerse con un comportamiento relajado y sosegado. Para este tipo de episodios, se precisa el uso de técnicas comunicativas adecuadas para un manejo correcto de los usuarios, evitando recriminaciones que puedan alterar o molestar y que agraven la interacción entre profesional y usuario.

Coordinación entre los profesionales

Por último, los profesionales reflexionaban sobre el trabajo en equipo y la coordinación entre ellos.

«Hay mucha coordinación y se hace para que trabajen mejor los profesionales de los diferentes ámbitos. La sala es un espacio bastante íntimo que facilita tener una conversación más privada, más intensa, con una persona que a lo mejor no puede entrar en el Club porque no es socio o porque, en el Club, no le gusta hablar de sus cosas. También, las enfermeras en el Club se percatan de otras cosas que a lo mejor el resto no vemos. Cada uno tiene una forma diferente de comunicarse y hablar con ellos. El rotar es beneficioso para todos». (Profesional SAPS)

«A nivel de distribución del espacio, con el nuevo Baluard, no nos benefició como equipo. Antes estábamos más o menos juntos, mucha participación entre la parte de sala con la social, la coordinación era muy rápida. Pero ahora, si la enfermera le dice al usuario de que vaya al comedor o lo acompañas o la persona se va por la puerta. Esto es un punto débil que tenemos en estos momentos. Es necesario el mensaje de saber cómo está el usuario e incluso acompañarlo por esto». (Profesional Baluard)

«Tendría que rotar la gente, Baluard era así. Aquí éramos todos a una y todos sabíamos estar en todos los sitios y luego respetar los conocimientos de cada uno. Uno sabía dialogar mejor otros menos, uno sabía hacer mejor las memorias, uno de hepatitis y otro de HIV. Mejor rotación y si alguno se agobia o sabe más de algo, se turnan». (Profesional Baluard)

El trabajo en equipo debe fundamentarse en una buena coordinación entre los diferentes equipos profesionales. Se precisa que las actuaciones sanitarias y sociales estén bien articuladas. Para ello, es necesario que entre los diferentes perfiles profesionales exista un conocimiento de las actividades particulares de cada figura profesional en cada una de las áreas de los centros sociosanitarios. Se valora la necesidad de trabajar de forma transversal para aumentar el conocimiento del funcionamiento de los programas y las necesidades de los usuarios, recomendándose la rotación de diferentes figuras profesionales en los diferentes espacios sin que ello conduzca al intrusismo.

CAPÍTULO 8. TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En este capítulo se analizan las dificultades y limitaciones que tienen los usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH) para acceder y realizar el seguimiento de los tratamientos y programas de atención a las drogodependencias que se llevan a cabo en los CAS, centros de reducción de daños u otros dispositivos.

En los últimos años los consumidores de drogas que acuden a las SCH tienen mayor acceso a los tratamientos de las drogodependencias y otros problemas concomitantes. Desde la creación del CAS Vall Hebrón, primer CAS que combinó un espacio de consumo con un área de tratamiento, se ha apostado por poner en marcha el modelo de los CAS integrales. En éstos, los usuarios que consumen, pueden solicitar e iniciar tratamientos, como los PMM¹⁰⁴, y tener un seguimiento y tratamiento de la salud mental y de enfermedades infectocontagiosas (tuberculosis, hepatitis B y C y VIH). Durante 2012, se produjeron 4.379 inicios de tratamientos, de los cuales el 52% era por alcohol, 21% por cocaína y 16% por heroína; sin embargo, los usuarios en seguimiento por esta última sustancia representa el 40% de todos los pacientes de los CAS (Brugal, Guitart y Espelt, 2013: 56). En la actualidad los CAS integrales de Barcelona son los de Baluard, Fòrum, Vall Hebrón, Sants, Sarrià y Garvibent; no obstante, los tres últimos continúan funcionamiento como CAS pues sus espacios de consumo no se utilizan, como ya he comentado (véase apartado 7.3.1.).

En las SCH se realizan visitas sanitarias (seguimientos médicos y de enfermería) y visitas socioeducativas (primeras visitas, seguimiento y diagnóstico social, intervenciones breves, acompañamientos y derivaciones a otros recursos terapéuticos). Durante los últimos años, con el traslado de los consumidores a los barrios de La Mina y Sant Martí (Fòrum), se han producido cambios en el número de visitas entre la ciudad de Barcelona y este barrio. Desde todos los centros de reducción de daños de Barcelona, en 2008 se produjeron más de 1.300 primeras visitas, disminuyendo a más de 500 en 2012 y produciéndose una leve subida en 2013 con la puesta en marcha del CAS del Fòrum, aumentando a más de 700 primeras visitas anuales. En 2009 se produjeron más de 80.000 visitas de carácter sanitario, disminuyendo a más de 40.000 en 2012 y

¹⁰⁴ Por ejemplo, desde el CAS Baluard, en 2011 se realizaron 135 inicios de usuarios en PMM (ABD: 2012:50) y en 2012 disminuyó a 91 pacientes (ABD, 2013:47).

aumentando a más de 45.000 en 2013. En el caso de las visitas socio-sanitarias, entre 2006-2009 se produjeron más de 225.000 vistas anuales, disminuyendo a 2012 a más de 90.000 y en 2013 a más de 100.000. Mientras en “El Local” de La Mina, aunque no dispone de los mismos servicios que los centros de Barcelona, se ha ido produciendo un aumento de visitas en el período de 2009 a 2014. Como datos fiables, se dispone del número de usuarios diferentes que han utilizado anualmente el dispositivo: en 2009 se atendía a 1.695 aumentado a 3.572 en 2014. Además, en 2008, se realizaron 4.800 acciones de carácter socioeducativo aumentado a 18.548 en 2014. En relación a la atención sanitaria, “El Local” de la Mina no dispone de personal suficiente e infraestructuras para realizar las actividades llevadas a cabo desde los dispositivos de Barcelona. Sólo se dispone de datos significativos en relación a las curas de enfermería que se ha pasado de 271 en 2009 a 1.565 en 2013¹⁰⁵. Estos datos vuelven a demostrar que la zona de La Mina, y en concreto “El Local”, precisa una provisión de recursos para dar mayor cobertura en la atención de los usuarios.

En general, desde los diferentes centros de reducción de daños se llevan a cabo planes individualizados de los usuarios para que dar continuidad al proceso de drogodependencias con inicios de tratamientos ambulatorios en los CAS de la ciudad y alrededores o ingresos en comunidades o pisos terapéuticos. No obstante, existen una serie de dificultades y limitaciones en el acceso y seguimiento de los usuarios en este tipo de programas o centros de salud. A continuación, el análisis se divide en dos apartados: a) Dificultad en el acceso a la atención sanitaria de las drogodependencias y b) Consideraciones y limitaciones de los tratamientos para las drogodependencias.

8.1. Dificultad en el acceso a la atención sanitaria de las drogodependencias

Éstas se dividen en cuatro subapartado: a) Listas de espera en los CAS; b) Difícil derivación de los usuarios a comunidades terapéuticas; c) Los centros terapéuticos no cubren las necesidades de los usuarios; y d) Los usuarios extranjeros y no cotizantes no tienen tarjeta sanitaria.

¹⁰⁵ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB) y Noemí González (“El Local” de La Mina – IPSS).

8.1.1. Listas de espera en los CAS

En la ciudad de Barcelona, desde 2003 hasta 2012, el número de primeras visitas realizadas en los CAS han disminuido levemente de alrededor de 4.000 a más de 3.300; cabe apreciar que en este período se añadió el CAS Baluard en 2004 y el CAS Fòrum en 2011. No obstante, el número de pacientes en tratamiento se ha mantenido en más de 8.000 dentro del mismo período (Brugal, Guitart y Espelt, 2013:27). Sin embargo, en los centros de reducción de daños se ha producido una disminución del número de primeras visitas: se registraban alrededor de 1.300 en 2008 pasando a alrededor de 600 en 2013¹⁰⁶. Esto se debe, en parte, al desplazamiento de los usuarios a “El Local” de La Mina en el cual no es posible el inicio de tratamientos. Varios profesionales reflexionaban sobre las dificultades del acceso a los tratamientos ambulatorios en los CAS:

«Las empresas *han pegado hachazos* a nivel de personal y la faena de tres lo hace uno y eso enlentece. En los dos últimos años eso se ha ido al garete. Ahora me recuerda la época de antes, vuelve a haber tensiones, se dan tres semanas para la visita y eso es volver atrás. A un *tío* que está en la calle, lo estás condenando tres semanas más. Ha sido resultado de la crisis». (Profesional Zona Franca)

«Creo que con la crisis, la intervención va a menos. Se ha cerrado patología dual (plantas hospitalarias) cuando funcionaba muy bien, se ha reducido personal con lo que conlleva eso de cara al tratamiento, se han reducido médicos, enfermería,... con lo cual las agendas están más apretadas y las visitas salen más tarde y no es tan inmediato como esperan los usuarios. A lo mejor dos meses de espera son vitales para un usuario y es cuando necesitas cogerlo». (Profesional Fòrum)

Los recortes en Sanidad han conllevado un recorte de profesionales y de horas de atención en los centros de atención a las drogodependencias. En esta situación, los profesionales deben realizar muchas visitas de seguimiento, siendo difícil la programación de primeras visitas para una valoración de los tratamientos, produciéndose listas de espera. En el intervalo de 2006 a 2012, se ha evaluado que los CAS con lista de espera alrededor de los 30 días son los de Barceloneta, Sants, Lluís Companys y Clínic (Brugal, Guitart, Espelt, 2013:27-28).

¹⁰⁶ Datos facilitados por Carmen Vecino (ASPB).

En la actualidad, se precisa aumentar las plantillas de profesionales y los horarios de atención para disminuir las listas de espera y dar un seguimiento más continuo de los usuarios en tratamiento de los CAS u otros dispositivos de tratamiento a las drogodependencias.

8.1.2. Difícil derivación de los usuarios a comunidades terapéuticas

La derivación a este tipo de centro requiere un seguimiento del paciente en diferentes fases que no se corresponde con la necesidad de los que lo solicitan. Los usuarios que están en activo (todas las tipologías excepto los “fiesteros”¹⁰⁷) viven en la ambivalencia de seguir consumiendo o de dejar las drogas de forma tajante. En el momento que toman la decisión de iniciar un tratamiento suelen encontrarse que el ingreso no es inmediato. Dos profesionales reflexionaban sobre esta dificultad:

«El mayor inconveniente son las listas de espera, cuando un usuario lo tienes en una situación tal que te lo está pidiendo. Cuando llega la primera visita en el CAS o en la comunidad terapéutica ha pasado mucho tiempo y ha cambiado la situación de la persona, ha ingresado en prisión o lo que sea». (Profesional “El Local”)

«Se prolongan las situaciones y pueden empeorar y cambia la prioridad. Igual alguien hace una demanda por recaída y se traspasa a un mes y medio para tratamiento, una recaída de un consumo al día después de un mes ya no es lo mismo, sobre todo a nivel económico». (Profesional “El Local”)

¹⁰⁷ Resumidamente la tipología es la siguiente:

a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, sobre los 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.

c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en el trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.

d) “Fiestero”. Consumidor en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral.

La derivación de un usuario a una comunidad terapéutica puede conllevar varios meses de seguimiento: visita con el referente de la SCH (trabajador o educador social) para valorar el caso particular, toma de decisión de la solicitud del centro al cual ingresar, primera visita por parte de los profesionales de centro y finalmente el ingreso. Muchas veces cuando se consiguen las citas necesarias para el ingreso el usuario ha cambiado de opinión, siendo difícil dar continuidad a su proceso. No obstante, en los últimos años se ha buscado una alternativa para los casos de urgencia sanitaria y social, concretamente con la apertura del centro Alba de Terrasa. Pere, “parroquiano” del CAS Fòrum, me habló del caso de su exnovia a principio de abril de 2014:

«La Tere, la chica con la que yo estaba, ingresó en Alba...estuvo cuatro días y pasó al centro de día... pesaba 40 kilos y ahora debe llevar 15 ó 20 kilos más. Desde que entras haces lo que tienes que hacer, te dan tabaco Coburn si no llevas y es gratis... y al cuarto día sales y en total son 15 días...luego ya te derivan. Ella estaba fatal y ya no ha vuelto a tomar».

Pere valoraba la efectividad de este tipo de dispositivos, reflejando las mejorías de su expareja. En el centro Alba se realiza un ingreso rápido, en dos días, para una estancia de una a dos semanas. Durante el ingreso se realiza una valoración de los usuarios para dar una continuidad y cobertura a las necesidades sanitarias y sociales en centros de la comunidad.

Del mismo modo, como he recomendado en el punto anterior, se precisa una mayor agilidad y una inversión económica mayor para derivar, a la mayor brevedad, a los usuarios a las comunidades terapéuticas, evitando largos procesos de listas de espera para que sean visitados y valorados para ingresar en este tipo de centros residenciales.

8.1.3. Los centros terapéuticos no cubren las necesidades de los usuarios

Desde el plan terapéutico de las SCH y los CAS se estudia las particularidades del usuario para la búsqueda de un centro apropiado. Sin embargo, muchos usuarios al ingresar en estos centros, no se cumplen las expectativas y abandonan el tratamiento o el programa terapéutico. Una profesional y una usuaria reflexionaban sobre las limitaciones de las comunidades terapéuticas:

«Las comunidades terapéuticas son más de lo mismo...los profesionales son los mismos y todo es caduco y los usuarios están cansados. Están quemados. Es como una puerta giratoria y la droga tiene eso pero es que los servicios también tienen eso. Nos repetimos tanto como los usuarios. Hay que buscar alternativas». (Profesional Zona Franca)

«Por primera vez entré en una comunidad a los 25. Estuve 2 años. Estaba en una granja perdida en Girona, ahí van muchos drogodependientes a desintoxicarse. Todo es montaña. Una vez salí me fui directa a consumir, tenía muchas ganas. Sabes qué pasa que no te trabajas el coco allí. Sales con una ansiedad que es insuperable. Es como una necesidad...que lo necesitas. Llegando a Barcelona ya tenía mono, imagínate la psicología lo que hace. Primero me vine al Raval y después a Can Tunis, para mí no fue lo mejor». (Vanesa, “fiestera”, 1973)

Las comunidades terapéuticas son dispositivos efectivos para estar apartado ambientalmente del consumo de drogas. Sin embargo, se valora que en este tipo de dispositivos los tratamientos son limitados y con pocas garantías para dotar de herramientas a los usuarios de mantenerse en abstinencia y/o con un estilo de vida alejado del consumo de drogas.

Además, existen centros de corte religioso que ofrecen tratamientos sujetos a valoraciones negativas. Asiduamente, varios exusuarios de Remar¹⁰⁸ y RETO¹⁰⁹ están presentes en las inmediaciones de las SCH de CAS Baluard y “El Local” de La Mina para captar usuarios que quieran ingresar de forma inmediata en los diferentes centros que disponen estas asociaciones. Muchos con la desesperación de salirse del consumo diario acceden a los centros con solo una llamada. Son contactados y se les va a buscar para ingresar. Una profesional y un usuario opinaban acerca de este tipo de comunidades terapéuticas:

«Las comunidades deben ser sin pagar y sin contenido religioso. El contenido religión y drogas es muy peligroso. Es sustitutivo una de la otra, son dos mundos que no hay que

¹⁰⁸ Véase el siguiente enlace: <http://remar.org/programas/rehabilitacion-de-adictos-a-las-drogas.html>

¹⁰⁹ Véase el siguiente enlace: <http://www.asociacionreto.org/index.html>

mezclar. Muchas veces la única opción sin pagar es la religión. Debería haber comunidades urbanas o granjas gratis». (Profesional Baluard)

«Esos de Reto son unos *comeollas* y son como una secta; aunque, yo si quisiera dejar las drogas, me iría allí, haría el trabajo que hiciera falta y que le den a Dios y una vez recuperado adiós porque a mí nadie me *come la olla*» (Diego, “parroquiano”)

El tratamiento de las drogodependencias con un enfoque religioso es cuestionable y poco probado científicamente. Los usuarios que han realizado este tipo de tratamiento refieren que en este tipo de dispositivos se recibe un tratamiento alienante con total entrega a la adoración de la figura de Dios. Este tipo de centros se consideran de dudosa efectividad por lo que es necesaria la creación de comunidades terapéuticas u otras opciones terapéuticas que sigan unos planes de cuidados y seguimientos de mayor aprobación científica.

8.1.4. Los usuarios extranjeros y no cotizantes no tienen tarjeta sanitaria

Con la reforma sanitaria aplicada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se limitó la atención sanitaria a los extranjeros en España y a todos aquellos que no contribuyeran a la seguridad social, aunque parece ser que se han buscado vías alternativas para aquellos españoles que no trabajan, las consecuencias para los extranjeros han sido bien distintas; para poder obtener este derecho universal, reconocido en la Constitución Española, los extranjeros en general y por ende los que además consumen, deben estar en situación regular lo que supone tener documentación de origen, permiso de residencia y trabajo (puesto que deben estar de alta en seguridad social) y empadronamiento de más de tres meses o de más de doce, dependiendo del tipo de acceso a la salud. Con esta ley se ha dejado a alrededor de la mitad de los usuarios de las SCH desprovistos de sanidad¹¹⁰, por la vía normalizada. No obstante, el Departament de Salut de la Generalitat, en concreto la Subdirección de Drogodependencias, lleva años aplicando una serie de itinerarios alternativos para dar atención a los usuarios con patologías de gravedad: VIH, hepatitis B y C, tuberculosis y cualquier patología en fase aguda que requiera de atención inmediata; a estos itinerarios

¹¹⁰ Según las memorias del CAS Baluard en el año 2012 se atendieron 2.420 usuarios diferentes de los cuales el 60% eran extranjeros. En “El Local” de La Mina, en el año 2014 se atendieron 3.572 de los cuales más del 37% eran extranjeros. Aunque no se aportan datos fiables, se estima que solo alrededor del 10% del total de los usuarios de los centros con SCH tienen trabajo fijo.

se debe añadir a todas aquellas personas que inician tratamiento en un CAS; en consecuencia, muchos consumidores que podían obtener, y muchos que ya tenían, atención sanitaria por sus propios medios, han debido pasar a estas vías excepcionales y muchos otros que no tienen estos problemas de salud, han quedado definitivamente sin atención. Una profesional, en febrero de 2013, explicaba las alternativas que se habían diseñado antes de poner en marcha esta ley:

«El usuario tiene muy buena atención hasta la llegada del decreto de septiembre, ya veremos. Con este decreto se van a quedar sin tarjeta sanitaria quien no cotice. Está la T1 y la T2 pero de momento haremos las tarjetas por vía excepcional hasta marzo. Es un problema porque aunque tengan la T1 no podrán hacer el tratamiento por hepatitis C, VIH tampoco tiene acceso. Sólo médico general y especialista. La persona que no cotice, sea quién sea no tendrá acceso a la sanidad pública, sólo urgencias. El 31 de marzo se acabará la tarjeta por vía excepcional. Estamos haciendo que se empadronen en Barcelona porque si llevan 3 meses, tienen acceso a la T1, por ser colectivo vulnerable pero sólo al médico y especialista. Para la hepatitis C nada, pero desde el programa de SIDA se está haciendo un circuito para estas personas que tienen tratamiento y tendrán que dejarlo o para los nuevos tratamientos, hemos contactado con el programa de SIDA y ellos les asignan una zona y un hospital general. Es una cosa superparalela pero es mejor que nada. Esto sólo en Catalunya pero en el resto de España nada. Con la T2 es cuando llevas un año con la T1 y esto ya implica especialista. Ya no es si eres de aquí o de fuera, es por cotización, entonces vamos a tener un problema. No estamos tan preocupados porque desde la agencia (ASPB), los programas de SIDA e inmigración están recogiendo incidencias para ponerse las pilas y dar solución».

(Profesional SAPS)

La tarjeta 1 permite una atención básica, es decir urgencias y médico de familia, impidiendo el acceso a tratamientos de enfermedades crónicas como el VIH y las hepatitis (B y C). Los usuarios con este tipo de problema precisan tener la tarjeta T2, teniendo que haber tenido previamente la T1. Los usuarios que no trabajan y con la situación legal no regularizada en España no pueden acceder a dichas tarjetas, teniendo que utilizar, como ya hemos mencionado, la vía extraordinaria del Departament de Salut.

Una vez aplicada esta nueva ley, los profesionales explicaban las dificultades que han ido sucediendo durante el período de aplicación. A principios de abril de 2013, una profesional del SAPS me explicaba lo siguiente: «Con la T1 puedes ir a urgencias y CAP pero debes estar empadronado 3 meses, la T2 debes estar un año, y con un montón de papeles te permite un acceso más universal, lo que hubieras tenido con la anterior, como ir a especialistas». Más adelante, en septiembre de 2014, un profesional de “El Local” argumentaba sus dificultades: «Nosotros podemos tramitar T2 porque son pacientes crónicos, el problema es que son renovables cada 6 meses y hay que hacer un acompañamiento y el personal de administración no es consciente de la excepcionalidad de los usuarios».

En años anteriores, desde los centros de reducción de daños de Barcelona y los CAS se habían adjudicado tarjetas sanitarias por vía excepcional para los usuarios indocumentados con el fin de agilizar la atención universal; en la actualidad, se siguen tramitando estas tarjetas, siempre y cuando se cumplan los criterios sobre las patologías descritas con anterioridad, dejando fuera del sistema a aquellos que no las padecen. Por todo lo anterior, se precisa una mayor valoración de los procesos particulares y mayor agilidad en los protocolos e itinerarios de derivación a los diferentes centros de atención a la salud destinados a los consumidores de drogas, así como la asignación de tarjetas sanitarias a usuarios que no cumplen con la normativa de la nueva ley y no pueden acogerse a las vías alternativas ya existentes.

Además, existen problemas de barrera idiomática en algunos colectivos de usuarios extranjeros. Profesionales reflexionaban sobre este aspecto:

«Para las personas migrantes o no castellano parlantes, la barrera idiomática de cara a los tratamientos es una limitación que les impide ingresar. No pueden porque idiomáticamente no está adaptado a esa persona porque es un tratamiento cognitivo-conductual que hay que hablar y no se puede hacer. (Profesional “El Local”)

«Faltan profesionales con más idiomas, que sepan lenguas eslavas porque viene mucha gente del Este y no tenemos ni idea. Que hubiera mediadores lingüísticos porque muchas veces hay que explicarles cosas de trámites de papeles o para ir al médico y no se enteran bien». (Profesional Baluard)

Los consumidores/usuarios de las SCH de origen extranjero tienen problemas de barrera idiomática para poder seguir las terapias y las indicaciones de los tratamientos a las drogodependencias. Se precisa una mayor integración de profesionales con conocimientos de idiomas y en su caso, es necesaria la actuación de mediadores socioculturales para gestionar casos en los que es imposible la comunicación.

8.2. Consideraciones y limitaciones de los tratamientos para las drogodependencias

En este apartado se reflexiona sobre las limitaciones de los tratamientos para el consumo de heroína, de cocaína y otras consideraciones de los tratamientos a las drogodependencias relacionados con problemas de salud concomitantes.

8.2.1. Tratamientos para el consumo de heroína

Los Programas de mantenimiento con metadona (PMM) son programas efectivos para el tratamiento del consumo de heroína que mejoran considerablemente la calidad de vida de los consumidores de esta sustancia. Sin embargo, no es una medida útil para todos los consumidores. Este medicamento elimina o mitiga la necesidad de consumir opioides y/o opiáceos pero, por sí solo, no es suficiente para trabajar el hábito del ritual de consumo. Como suelen decir los usuarios y profesionales, muchas veces “se está enganchado a la sustancia, a la aguja y al ambiente”. De este modo, los usuarios no siempre están preparados para aparcar el hábito del uso de jeringuillas y/o dejar de acudir a los ambientes donde se ritualiza el consumo de drogas. En muchos casos, cambian de sustancia hacia el consumo de cocaína, fenómeno que sucede en muchos “parroquianos” que inician tratamiento con metadona, corriendo el riesgo de pasar a una tipología “ruterá”. En consecuencia, como ya he comentado en el apartado 1 del capítulo 6, el consumo de cocaína es más compulsivo y requiere de más inyecciones diarias y el uso de otras sustancias para mitigar los efectos negativos del cuadro conocido como la “paranoia”. Profesionales y usuarios reflexionaban sobre los problemas de seguir tratamiento con metadona y no abandonar el hábito del uso de jeringuillas:

«El usuario que deja la heroína y entra en metadona se pasa a cocaína y esto lo tengo demostrado con todos. Si no se trabaja la parte psicológica vas a necesitar consumir algo y pasan a la cocaína. No hay cultura de terapia». (Profesional “El Local”)

«Yo creo que hay mucha iatrogénica y poco control con este fármaco, además que se recetan muchas pastillas. Estoy de acuerdo que la metadona funciona, pero hay gente que no puede y quizás muchas veces los profesionales somos partícipes de sus drogodependencias». (Profesional Zona Franca)

«Metadona no quiero, la tomé un año hace 15 años pero yo paso de eso...te *metes* a la metadona y te *enganchas* a la cocaína...ahora estoy bien... ¿sabes qué pasa? Que a veces se me cruzan los cables como ahora que me meto un *pico* de tanto en tanto». (Manuel, “fiestero”)

Los consumidores que siguen el tratamiento con metadona eliminan el deseo de consumir heroína sin embargo, permanecen las ganas de consumir por vía parenteral. En estos casos, el consumo de heroína no reporta efectos positivos porque la metadona produce un bloqueo opiáceo mitigando los efectos de esta sustancia. En el peor de los casos, en estas situaciones la heroína puede interaccionar con la metadona produciendo una sobredosis por parada cardiorrespiratoria. Es por ello que los consumidores en programas de metadona que no disminuyen el ansia de consumir, prefieren consumir cocaína. En esta situación, muchos usuarios hacen uso de grandes cantidades de benzodiazepinas, prescritas y/o obtenidas en el mercado negro, para potenciar el efecto depresor de la metadona¹¹¹ y/o reducir los efectos negativos del consumo de cocaína.

En este tipo de casos, se complica el abordaje específico de los consumidores, siendo precisa una valoración global más allá de la sustancia de consumo y la búsqueda de tratamientos alternativos para otro tipo de abordaje. Una opción, y siguiendo la evolución en las políticas de reducción de daños de otros países europeos, sería replantear el debate de los programas de prescripción de heroína (PPH). Los profesionales reflexionaban sobre este tipo de tratamiento:

«Si se pudieran hacer programas de heroína habría una mejora en el consumo activo, sacándolos de lo furtivo. Todo, el ritual, eso empieza desde ir a *pillar* y conseguir los 5 euros para ir a *pillar*. Hay que probar cosas, no hay que tener miedo al fracaso. ¿Cuál es

¹¹¹ La metadona es un fármaco depresor del sistema nervioso central que si se consume con otras sustancias depresoras (alcohol, benzodiazepinas, etc.) aumenta su potencialidad en el organismo.

el porcentaje de éxito en drogas? O redefinamos cuál es. La pregunta típica de ¿cuánta gente se cura?, redefinamos qué es eso, no es la curación el éxito». (Profesional Fòrum)

«Me parece bien que se prescriba heroína. Igual que se da metadona por qué no se va a dar heroína controlada. Todo con el sentido de un consumo pautado. Con un control médico y condiciones. Es para dar heroína y no se infle en otras cosas. No como la metadona que luego se inflan a cocaína, no puede ser que se dé a todo el mundo». (Profesional Baluard)

«En Holanda se hizo un ensayo y cuando acababan no se podía parar de darles y seguían muy bien, no había punto de comparación con los demás. Consumían cada vez menos y se aburrían cada vez más de consumir. Consumían y trabajaban, tenían relaciones sociales, estaban integrados. No veo ninguna razón para impedir instalarlos. En cualquier caso toda atención debe ser integral». (Profesional SAPS)

«Me parece perfecto hacer tratamiento con la misma heroína. Lo que conozco de Granada es que ha funcionado. Es necesario un control sobre la droga, si tú la das ya no es un traficante que le mete matarratas, medicaciones que no están en el mercado,...esto estaría controlado. En el caso de la heroína creo que es posible, en el caso de la cocaína, no. No es física, es psicológica, es compulsiva. La heroína cuando tienes bastante no te vas a buscar más, se busca el primer efecto del día. Con la cocaína no lo veo. Con este tipo de programas habría un control de calidad de la sustancia». (Profesional “El Local”)

Se valora la necesidad de retomar el debate de los PPH. Los profesionales opinan que este tratamiento es ideal para los consumidores que tienen dificultades para dejar de consumir por vía parenteral. Consideran que estos tratamientos rompen con la rutina diaria de los consumidores, pudiendo disponer de una sustancia que ha pasado controles de calidad, de un seguimiento médico y de tiempo para reorganizar otras actividades de la vida cotidiana (ocio, familia y trabajo).

Los PPH pueden ser una de las soluciones para dar continuidad al proceso de drogodependencias de los usuarios de forma controlada, con menos riesgos, evitando que los usuarios se desvíen a otras prácticas nocivas como el consumo de cocaína. Si

bien, como cualquier tratamiento sustitutivo, se precisa que los usuarios tengan un abordaje global para mejorar sus condiciones sociales y de carácter legal.

8.2.2. Tratamientos para el consumo de cocaína

El abordaje de la cocaína presenta dificultades terapéuticas y farmacológicas. No existe una medicación sustitutiva y para paliar las ansias de consumir se prescriben benzodiazepinas u otros estabilizadores del ánimo. Dos usuarios explicaban los problemas que puede conllevar el uso de “pastillas”:

«Antes tomaba medicación por mi cuenta, ahora no. Antes algún trankimazín pero te da por robar o me he quedado *tó croqueta* y me han robado de todo. Entonces paso, porque esta gente está a la guardia para robarte. Por eso vengo, me tomo la metadona y me voy, no se me ponen los dientes largos pero paso de esta gente». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

«Cuando tomas *pastillas* es una locura, es cuando te encuentras en los calabozos y le preguntas al guardia qué es lo que ha pasado y qué he hecho y te lo tienen que explicar que si has metido la mano en no sé donde o yo qué sé». (Jonatan, “rutero”, 1984)

Los consumidores/usuarios de las SCH refieren que el uso de “pastillas” produce efectos de pérdida de control y de la cognición que les lleva a tener problemas con la ley relacionados con delitos o actos incívicos. Además, uno de los problemas añadidos de los consumidores de cocaína es que precisan habitualmente el uso de sustancias depresoras como las benzodiazepinas y alcohol, o mezclar cualquiera de éstas con heroína para contrarrestar los efectos negativos de la cocaína (*speedball*), mezclas que pueden conducir a intoxicaciones por las interacciones entre estas sustancias.

Los consumidores de cocaína que desean paliar o cesar el consumo precisan un tipo de abordaje psicoterapéutico donde se valoren sus necesidades de forma integral. Este debe contemplar el uso de sustancias depresoras (benzodiazepinas, heroína, alcohol, etc.) utilizadas para contrarrestar los efectos negativos de la cocaína, así como la valoración de los problemas derivados del uso de la vía parenteral y de los problemas sociales y legales derivados de actos realizados bajo los efectos de esta sustancia.

8.2.3. Problemas añadidos a la sustancia principal de consumo

En los procesos de drogodependencias es preciso valorar el policonsumo y los problemas de salud mental. En relación al primer aspecto, los usuarios construyen su problema de drogodependencias a partir de la sustancia principal de consumo. A su vez, en los centros de atención a las drogodependencias se utiliza como indicador de motivo de consulta esta demanda. Sin embargo, como acabo de comentar en los apartados anteriores, los usuarios utilizan varias sustancias sin tener en cuenta los problemas que se suman en conjunto. Muchas veces, los usuarios no tienen el dominio y la percepción de las drogas (legales o no) que utilizan a lo largo del día, quitando importancia a sustancias que pueden conllevar problemas. Los profesionales reflexionaban al respecto: «Ahora, desde hace años, encontramos un perfil de policonsumo. Un incremento de benzodiazepinas y alcohol combinado con otras sustancias. Aparición de otras historias como el disolvente y cosas puntuales como opio, ketamina y *legal high*. Te hace replantear y repensar qué haces». (Profesional Baluard)

«Sobre las sustancias, cuando estaba en Can Tunis no había heroinómanos puros, había cocaína. La *coca* dejó de ser una sustancia lúdica y empezaron inyectores de cocaína y empiezan los policonsumos. La gente viene de otras sustancias y no, a todo el mundo no le van los depresores y muchos que empiezan metadona y se pasan a la cocaína». (Profesional Baluard)

El consumo de cocaína y heroína se asocia al uso de otras sustancias que producen interacciones y problemas para salud. Además, en los últimos años se ha incrementado el uso de otras sustancias entre los usuarios de las SCH. La confirmación del uso de diferentes sustancias en los usuarios precisa una valoración conjunta del consumo de drogas en su globalidad.

En relación a la salud mental es preciso el diagnóstico diferencial y global para una mayor precisión en las etiquetas psicopatológicas. Actualmente, desde la Psiquiatría existe una alta tendencia reduccionista de asimilar diagnósticos psiquiátricos crónicos con cuadros y comportamientos disfuncionales transitorios producidos bajo los efectos de las sustancias sin tener en cuenta el contexto en el que se producen. No se valora suficientemente que muchos de los comportamientos puedan estar influenciados por las situaciones de estrés, violencia y estigmatización que padecen los usuarios a diario.

Además, muchos de los usuarios tratados en servicios de urgencias, al padecer este tipo de cuadros transitorios y ser diagnosticados, interiorizan ciertas etiquetas de patologías mentales graves que aumenta la irresponsabilización de sus actos. Según los profesionales:

«Faltan psicólogos de reducción de daños porque a veces hay muchos psicólogos que vienen con onda CAS que va muy ligado al tratamiento. Faltan psicólogos capaces de actuar con personas en consumo activo». (Profesional SAPS)

«Falta un psicólogo para actuar en situaciones límites, por ejemplo, un usuario que viene y te dice que su pareja ha fallecido en las vías por sobredosis. Falta un psicólogo unas horas a la semana». (Profesional “El Local”)

«Debería haber psiquiatras no clásicos sino un perfil de reducción de daños, que no sean señores que tratan desde los despachos, sino que tengan flexibilidad con este colectivo». (Técnico ASPB)

Para mejorar la atención de los problemas de salud mental se precisa la atención de psicoterapeutas y psiquiatras que trabajen desde un plano más contextual para comprender mejor el comportamiento de los usuarios y que, de este modo, se pueda descartar y afinar más en el diagnóstico de los diferentes problemas a un nivel psicosocial y ambiental.

CAPÍTULO 9. ASPECTOS SOCIALES Y LEGALES DE LA ATENCIÓN A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

En este capítulo se analizan aspectos sociales y legales relacionados con el orden estructural que influyen en los procesos de salud/enfermedad de los consumidores/usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH)¹¹². Estos se dividen en cuatro apartados: a) Ser hombre, ser mujer: las relaciones de género; b) Las relaciones de edad: roles entre iniciados y veteranos; c) Vidas precarias: sin casa, sin familia, sin oficio, sin ocio; y d) Policías, jueces y abogados: buscar alternativas a la criminalización de los usuarios.

9.1. Ser hombre, ser mujer: las relaciones de género en las salas de consumo higiénico

Los usuarios de las SCH son hombres entre el 70-80%, por lo que las mujeres en este tipo de espacios son una minoría, dato que no debe pasar inadvertido. A continuación, analizo una serie de aspectos relevantes acerca de las relaciones de género, de las relaciones entre hombres y mujeres en toda su diversidad, y cómo éstas afectan en la salud y en otros aspectos de este colectivo.

9.1.1. Colectividades y compañías

Como ya he comentado en el apartado 4.3.1., las mujeres suelen iniciarse en el consumo de drogas a través de sus parejas sentimentales o de grupos de amigos masculinos. En cambio, los hombres suelen iniciarse en grupos de hombres. A las SCH suelen acudir

¹¹² Resumidamente la tipología es la siguiente:

a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad, sobre los 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.

c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en el trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.

d) “Fiestero”. Consumidor en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude en días ocasionales a las SCH para darse un “homenaje” de heroína o cocaína por vía parenteral.

los hombres de manera individual o en grupo. Además, en los diferentes espacios de las SCH y en los alrededores de éstas, los hombres suelen agruparse para entablar conversación y crear alianzas para “buscarse la vida”. Este tipo de alianzas también son habituales en el caso de otros grupos nacionales, como los italianos, georgianos o procedentes del Magreb. En el caso de las mujeres, es menos habitual y solo se detectan grupos de mujeres en los colectivos de consumidoras que provienen de los movimientos “okupas” y/o “raveros”; normalmente, italianas o francesas. En general, las mujeres suelen ir acompañadas de sus parejas masculinas y en el caso de no tener pareja, suelen ir acompañadas de otra mujer. Este tipo de alianzas se producen como forma de supervivencia para defenderse de actos de violencia (agresiones, robos, etc.) por parte de hombres que acuden a las SCH.

9.1.2. “Buscarse la vida” y género

Los hombres que no se costean el consumo de drogas con el salario, las prestaciones sociales o la mendicidad, recurren a actos delictivos (robos y hurtos), sobre todo los consumidores de tipo “rutero”. Según los informantes, en este tipo de actos se establecen grados de *hombría*. Por ejemplo, a mediados de abril de 2014, Pedro, usuario “rutero”, me habló sobre este aspecto en el comedor del CAS Fòrum: «Hoy en día sólo hay que mierda... hay cada *pavo* que va de ladrón y no saben ni lo que es robar. Robar en un supermercado no es robar... la delincuencia de hoy en día no es robar ni es nada. Yo sí que robo, no eso de irse a un supermercado o pegar un tirón de bolso. Eso es de *maricona*. Hay muchos que sacan un cuchillo y luego nada... si sacas un cuchillo es para usarlo. Yo no lo uso; yo, si voy a robar, voy con un palo de hierro... hoy me he ido con un colega y nos hemos cubierto las espaldas».

El robo de objetos o alimentos en centros comerciales o hurtos a personas se considera un acto devaluado con respecto a los atracos o robos en los que se interacciona con las víctimas, considerándose actos de valentía. Además, una de las reglas de *hombría* establecidas es que nunca se debe robar a personas mayores, adultos acompañados de niños y a personas trabajadoras del país. Robar a este tipo de personas está mal visto entre los hombres y en su caso, son tildados de “cobardes”, “maricones” o “mariconas”; la práctica que no está sometida a crítica es el robo a turistas extranjeros. Delante de este tipo de actos, los hombres corren el riesgo de ser detenidos y de tener problemas

con la ley, produciéndose una paralización en el seguimiento de las drogodependencias de los consumidores.

Además, existen otro tipo de situaciones en las que se pone a prueba la *hombría*. Es el caso de los usuarios detenidos por tenencia de sustancias que, se sospecha, han sido obtenidas a través de otros usuarios. En muchos casos, son sometidos a chantajes por parte de la policía para que delaten al vendedor a cambio de no incautarles las dosis. En infinidad de ocasiones, este tipo de actuaciones provocan que entre usuarios se delaten, norma no aceptada y que tilda al delator de “perra chivata”, generando casos de violencia en el grupo de iguales.

Las mujeres, en su caso, también realizan venta de pastillas, reventa de dosis de sustancias y hurtos, siendo menos habitual el robo con fuerza o con intimidación. También, en muchos casos las mujeres ejercen la prostitución para la obtención de dinero. En general, es un tipo de prostitución que se realiza en condiciones insalubres con graves consecuencias para la salud. Una profesional de Zona Franca hablaba al respecto:

«La atención a las *chicas de la recta* (de Zona Franca) es desde siempre. Muchas eran consumidoras vinculadas al bus. Ejercían la prostitución en momentos puntuales para poder pagarse la *coca*. [...] Aquí los horarios son muy distintos al Camp Nou que tiene un horario muy concreto. Aquí es distinto, los usuarios son transportistas y las chicas vienen en función de si tienen dinero o no para consumir. Por otro lado, la policía nos da el toque con qué pasa con las chicas y es un tema que no sabemos cómo abordar. Hace dos años tomamos contacto con Abits¹¹³ (Ajuntament de Barcelona) que trabajan con prostitutas. Venían dos veces al mes para vincularlas a talleres laborales y otras cosas que hacen. Venían una hora cada vez que venían, hacían la ronda pero justo ayer dijeron que dejarían de venir porque no hay demanda y que son consumidoras y que tenemos que atenderlas nosotras. Al final quedan desatendidas y son las más vulnerables de toda Barcelona, porque están solas y no hay nada de cohesión entre ellas.

¹¹³ Véase el siguiente enlace [consultado 24/2/2016]: http://w110.bcn.cat/portal/site/Dones/menuitem.de19ba4a7f0fe87b6306809220348a0c/?vgnexto id=0000000170990714VgnV6CONT000000000000RCRD&lang=es_ES

Lo que pasa en *la recta* no pasa en otro lado. Ha habido asesinatos, apuñalamientos, de todo. Acceden a cualquier cosa por lo que sea 3, 5 euros, lo que sea. Lo que les falta para ir a comprar su medio o su gramo. El tema preservativo ni te cuento porque repartimos y ni se usan. Están en extrema vulnerabilidad. Es difícil trabajar y hacer un vínculo viniendo poco durante dos años. Nosotras hemos hecho algo de vínculo. Es un trabajo que no luce por mucho que lo pongas en la memoria. Es un trabajo lento y te lo tienes que currar, no puedes esperar a que hagan demandas». (Profesional Zona Franca)

En relación a esta forma de buscarse la vida, entre los usuarios hombres no está bien visto la prostitución femenina y mucho menos la masculina. Un usuario del CAS Baluard, Paulus, me reflexionó sobre este aspecto a principios de junio de 2013: «No entiendo a esos tíos que van por ahí pidiendo dinero...joder, roba, trabaja, haz un timo, no te quedes ahí parado! También hay mujeres que por un pico, 5 ó 10 euros follan contigo y por menos y también hay tíos que hacen de maricones. Esos me dan más asco...por favor tienes manos, no hagas eso! Búscate la vida, mira yo robo, no a personas, solo me llevo cosas del Corte Inglés».

En resumen, hombres y mujeres cometen actos delictivos, pero los ejercidos por los hombres requieren el uso de la fuerza por lo que son de mayor gravedad. Por este motivo y porque hay más hombres consumidores, la población penitenciaria está masculinizada con una ratio de 9 hombres por cada mujer¹¹⁴.

9.1.3. Codependencias y “favores” entre hombres y mujeres

Entre hombres y mujeres se producen “intercambios” relacionados con la obtención de la sustancia. Entre hombres se producen a menudo las invitaciones de drogas cuando un “compañero” no ha podido buscarse la vida para obtener dinero. Para aquellos que

¹¹⁴ En enero de de 2016 se contabilizaban 599 mujeres presas (6,8%) y 8.159 hombres presos (93,2%) en Cataluña. Dato consultado en [19/2/2016]: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/5_pob.html

Desde la aplicación del código penal de 1995, los delitos contra la salud pública representan alrededor del 20% del total. No obstante, habría que valorar en qué medida los delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico, que representan alrededor del 40% del total, están relacionados directamente con el estilo de vida de los consumidores de drogas. Dato consultado en [19/2/2016]: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/4_pob.html

En el caso de las mujeres estos porcentajes se repiten en ambos tipos de delitos. Dato consultado en [19/2/2016]: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/6_pob.html

invitan, “quitar el mono” es un acto de compañerismo. Sin embargo, estas invitaciones están sujetas a que en otro momento se devuelva el favor. Kike hacía sus valoraciones de las invitaciones:

«Khalid, el argelino, es una de las pocas personas nobles que encontré, porque yo aquí le he sacado *el mono* (síndrome de abstinencia) a mucha gente, porque yo estoy acostumbrado a esto “hoy por ti mañana por mí” y sobre todo cuando uno está *chungo*. Una de las pocas personas que le vi haciendo eso, o dos o tres más, sólo fue al Khalid siendo argelino y es fumador de 40 y pico años de toda la vida. Al búlgaro este que está jodido, le tengo sacado *el mono* y a esa gente ¿cuándo me devolvió algo? Cuando me dio el chungo y me... ¿Sabes? Khalid, fumando, se preocupó hasta de llamarme por teléfono y decirme “que ya me he buscado la vida, que ya conseguí, ¿dónde estás?” porque él vio que una vez le di 10 euros, el primero que lo hizo fui yo y le di 10 euros y me dijo “te los devuelvo esta noche”. Y esa noche me dejó colgado y al día siguiente lo vi y me dijo “oh, lo siento y tal” pero otro día me mostró y me dio 20 euros y me dijo “cambia, quédate con 10 y tal, si me llegas a decir que estás chungo, ¿cómo que no me lo dices que estás en la sala y te lo saco?”. Eso con la aguja se ve muy poco». (Kike, “parroquiano”, 1979)

En otros casos, se hacen préstamos de dinero o se fían dosis hasta que se pueda devolver. En este caso, si no se devuelve el favor puede haber problemas y generarse conflictos que acaban en violencia física. Muchas veces, también se producen engaños al venderse dosis que no contienen sustancias, agravándose la situación. Por ejemplo, Moha, usuario del CAS Baluard, me habló a principios de abril de 2013 sobre un altercado de este tipo mientras conversábamos en los bancos de la Plaça Blanquerna: «Mira Rafa, me clavaron un boli en el cuello – Me enseña un apósito pequeño a la altura de la nuez- Estoy bien pero podría estar peor...tuve suerte. El cabrón ese me vendió mierda y fui a por él pero me lo clavó...La policía me trató bien. Me acercaron al Hospital de Mar y se comportaron como hombres. La policía quería que denunciara pero yo les he dicho que no sé quién es. Eso se arregla como un hombre. Yo no denuncio a nadie. Él me ha pinchado a traición pero ya lo veré. Ya nos encontraremos, yo no soy un chivato». En este caso, Moha seguía el código de *hombría* de “arreglar las cosas como hombres” sin delatar a su agresor a la policía.

Entre hombres y mujeres también se producen este tipo de transacciones pero muchas veces es a cambio de sexo o compañía. Por ejemplo, Manuela “parroquiana” del CAS Baluard, me habló a finales de febrero de 2014 de su reencuentro con un antiguo novio que acaba de salir de prisión: « ¿Sabes quién está por aquí? El Javi y bueno, me vino y le expliqué que ahora duermo con un amigo pero que no somos nada y bueno, me llevó allí a la esquina y me dijo “¿Te acuerdas de aquella fiesterilla que acordamos si nos veíamos?” Y yo le dije que paso de pincharme que no quiero más droga. Le dije que *nasti*...está hecho una mierda. Yo paso de ir con él más...con él siempre es la misma mierda».

Del mismo modo, las mujeres intentan seducir a los hombres para ser invitadas a cambio de un favor sexual. No obstante, este tipo de transacciones pueden ser mal negociadas y, como consecuencia, producirse abusos por ambas partes. Ellas sugieren sexo, que al final no se realiza o ellos proponen una práctica concreta, como que les hagan “un francés” (coito oral) y una vez las han invitado les proponen otro tipo de práctica como el coito vaginal. Estas situaciones pueden conducir a actos de violencia y sometimiento. Además, dichas prácticas suelen realizarse sin protección. En pocas ocasiones se ve usuarios solicitando preservativos en las SCH, siendo necesaria la promoción de salud en relación a la práctica sexual.

En el caso de las parejas formales también se producen este tipo de disfunciones o de problemas añadidos por ambas partes. Ellas buscan compañía masculina como forma de protección. En cambio, muchos hombres utilizan a sus mujeres para que éstas se prostituyan o trabajen y traigan dinero para consumir los dos. Por ejemplo, a finales de junio de 2013, una profesional del CAS Baluard me habló sobre el caso de una pareja mientras conversábamos en un despacho: « ¿Por qué te crees que el Aloum quiere ir con la Meli? La quiere para ponerla de prostituta y sacarse dinero para el consumo... ellos van de machos y ellas acaban siendo más vulnerables. Cuando ella ha estado detenida, él se tira de los pelos». En otra ocasión, en abril de 2013, Vero, usuaria del CAS Baluard, explicaba quejosa su situación a una profesional en el comedor de este CAS: «Estoy harta de ese *tío*... se va fiesta con su colegas y yo a currar... y luego llega él y te da una paliza y discusiones, encima que soy yo la que paga y todo...».

No obstante, en ocasiones, muchas mujeres los empujan a ellos a “buscarse la vida”. En estos casos, los hombres realizan actos delictivos, corriendo el riesgo de ser detenidos y ser denunciados. A finales de junio de 2013, Julián me explicó su situación mientras conversábamos en la puerta del CAS Baluard: «Pues mira, *tío*, estoy en la calle porque me he *rayado* con mi novia. Hemos partido peras por una bronca... Estoy durmiendo en un portal. La conocí saliendo de prisión y me decía “nene, vete a buscar la vida” y yo me iba a robar y lo que fuera. Me pillaron dos veces por robar y otra por tráfico y ahora tengo que recurrir e ir a juicio y la cosa *pinta* mal. En una jugada me hice 2.550 euros y le dije “toma, guárdalo” y le di 2.000 y así estuvimos 4 meses viviendo. Todo lo controlaba ella, pero se metió su hermano y me pidió que hiciéramos un *trapi*. Quería pillar 15 gramos en La Masia y que los beneficios fueran a medias con su hermano, todo eso sin poner pasta. Fuimos a pillar y *el notas* va, y se mete 2 gramos de los 15, nos quedamos 13 y cuando acabamos de venderlo, me dice mi novia que salga a buscarme la vida y le dije que no puedo que tengo 3 causas; y por ahí ha venido toda la bronca».

Los hombres y las mujeres se unen sentimentalmente para “buscarse la vida”, creándose una situación de codependencia. En algunas parejas que viven en ayuda mutua, si uno de los dos tiene que ingresar en prisión, se procura la búsqueda de confort de la persona que queda en libertad. Por ejemplo, a principios de mayo de 2013, Juan, “parroquiano” del SAPS, me habló de los preparativos que estaba haciendo para su pareja (Evelyn) antes de ingresar en la prisión de Quatre Camins: «Tengo que entrar en prisión. Pero a ella no la voy a dejar tirada. Los dos nos ayudamos mucho... No la voy a dejar sola en la calle. A ver si podemos buscar una habitación, porque si no hago nada no tiene por qué buscarme la policía. Me piden 2 años y 9 meses... Yo estaré asistido pero ella qué... Nos buscamos la vida vendiendo pañuelos en los pasos de cebra. Ahora a ver cómo lo arreglamos y ya entraré».

Entre hombres y mujeres se establecen relaciones de poder que conllevan violencia. Entre hombres, estos actos se producen por desacuerdos, deudas y engaños entre los intercambios y transacciones de la adquisición de las sustancias. Entre hombres y mujeres se producen intercambios con graves consecuencias a la salud y con la ley. Los hombres intercambian drogas por tener sexo con las mujeres y en la mayoría de ocasiones sin protección que ayude a evitar las enfermedades de transmisión sexual. A su vez, los hombres ejercen su poder en las mujeres para que éstas se prostituyan o se

“busquen la vida” de otras maneras para conseguir dinero para drogas. Ellas, por su lado, presionan a los hombres para que cometan actos delictivos para conseguir dinero, corriendo el riesgo de tener problemas con la ley.

Ante estos casos de violencia se precisan protocolos de actuación que sean adaptables a cada una de las situaciones específicas y programas específicos para el seguimiento de los problemas de salud derivados de éstos.

9.1.4. Maternidad – paternidad

Los estilos de vida de los consumidores de drogas son altamente incompatibles con la maternidad/paternidad. Al detectarse casos de mujeres embarazadas en las SCH, se activa un protocolo con la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Éste consiste en un seguimiento y evaluación de la pertinencia de que el futuro hijo pueda estar al cuidado de la madre y/o padre. Los profesionales de las SCH, por su parte, deben hacer un seguimiento del caso y hacer informes en coordinación con la DGAIA. En el caso que la madre no quiera seguir las recomendaciones de tratamiento (programas de mantenimiento con metadona y/o psicoterapia, además del seguimiento prenatal habitual) es muy probable que si no existe un apoyo familiar con garantías, la custodia del futuro hijo pase a un familiar cercano y en ausencia de un responsable, a un centro de DGAIA, hasta que se decida su destino. Una vez nace el hijo si la persona ha iniciado tratamiento, seguirá controles de orina y visitas periódicas con los médicos y trabajadoras sociales del CAS en coordinación con los profesionales de DGAIA. Por ejemplo, a finales de marzo de 2014, Yolanda, una usuaria de metadona del CAS Fòrum me explicó su situación: «Vengo aquí para hacerme los controles de orina y tomarme la metadona. Mi hija la tienen los trabajadores sociales por dar positivo a consumo. Ahora vengo a la psicóloga y hago mis controles. Yo sé que yo lo tengo difícil para que me den la custodia de mi hija porque no tengo casa ni tengo nada, vivo en un piso *okupa*. Lo único que quiero es que le den la custodia a mi tía y así podré ver a la niña».

Las mujeres embarazadas que acuden a las SCH deben consumir en las enfermerías, como método de protección sanitaria y para evitar el malestar entre los otros usuarios que acuden a consumir. Por ejemplo, a principios de diciembre de 2013, Isabel, italiana “parroquiana”, y Alexandra, rumana “parroquiana”, estaban embarazadas y coincidieron

en el CAS Baluard. Isabel, de alrededor de 30 años con estética ravera, entró al espacio de inhalación asistida (EIA)¹¹⁵ a fumar. Dentro había tres chicos magrebíes, Hafid, Rachid y Moha, consumiendo heroína. Ésta les enseñó la barriga, indicando que estaba embarazada: “Estoy embarazada de tres meses y mi chico se ha ido a Francia, me ha abandonado... No pasa nada, mis padres también están separados”. Hafid enfadado les respondía: “Pues yo si supiera que es mi hijo no podría abandonarle...”. Moha le replicaba: “Eso no lo sabes, para el hombre es muy fácil...si no le interesa se va y *bye*, en cambio una madre...”. Isabel sacó la dosis y comenzó a fumar heroína en el papel de plata que le había facilitado el profesional del EIA. Isabel se excusaba: “Fumo heroína y sé que no está bien pero bueno, el niño crecerá igual y cuando nazca tendrá *mono*...”. Hafid se sorprendía extrañado: “¿Que el niño nace con *mono*?”. Isabel calmadamente le explicaba: “Sí, nace y está en seguimiento 2 ó 3 días y el síndrome desaparece...”. Mientras, en la enfermería que está juntó al EIA entró Alexandra, que está embarazada de unos 6 meses, para consumir heroína por vía parenteral bajo la supervisión de la enfermera. Isabel continuó hablando con los magrebíes: “Mira, yo fumo y estoy embarazada pero no soy como la rumana esa que tiene el novio ese alto...esa está embarazada y se pincha”. Alexandra que estaba preparándose la inyección, oyó a Isabel hablar de ella; reivindicativa comenzó a gritarle a Isabel: “Eh tú italiana, ¿qué dices tú de mí?... ¿por qué hablas de mí? Yo estoy embarazada y tú también, pero explica lo que haces en la Rambla donde te pones cada noche para hacer de *putita*, yo eso no lo hago...”. Isabel miró a través de la persiana metálica de la puerta de cristal para sonreírle y saludarle simpáticamente. Alexandra le puso mala cara e Isabel se calló. Ambas consumieron sus dosis y cada una se fue por su lado.

Las consumidoras de drogas que están embarazadas están mal vistas por los usuarios de las SCH. Sobre todo, están peor vistas las consumidoras por vía que parenteral que las que lo realizan por otro tipo de vía de consumo.

Por su lado, los hombres viven la paternidad con menos responsabilidad. En aquellos que su pareja no es consumidora, los hijos corren a cargo de la madre mientras ellos emplean el día para “buscarse la vida” y consumir drogas. Por ejemplo, a finales de mayo de 2014, Manolo, un usuario gitano, hablaba sobre su papel de padre con un

¹¹⁵ El consumo por vía pulmonar no se puede realizar en las enfermerías por lo que debe realizarse igualmente en el EIA (véase apartado 7.3.3.).

profesional del CAS Fòrum. El profesional le preguntaba: “Manolo y ¿cuándo ves a tus hijos?” Manolo convencido le respondía: “Pues cuando salen de cole...”. El profesional perseverante le respondía: “Pues del cole ya han salido”. Manolo se excusaba: “Pero es que ahora yo estoy liado, no voy a ir a casa cuando estoy mal”. El profesional le recriminaba: “Pues tío haz bien las cosas, deja de tomar y *estate* con tus hijos”. Manuel explicaba sus argumentos: “A ver, ahora no puedo. Me he peleado con mi mujer y... a ver a mis hijos... cada mes tienen su bambas nuevas y son cuatro y yo a mi mujer no le pego ni nada, es más, cuando discuto con ella, los niños no pueden estar delante”. El profesional le hacía recomendaciones: “Pues *tío*, mira de arreglar las cosas y disfruta de tus hijos”. Manolo se quedó pensativo.

No obstante, puede haber casos de padres que, aun sabiendo que no pueden hacerse cargo de los hijos, sí desean cumplir un régimen de visitas regular. Mick hablaba de ello en la entrevista:

«Con la madre de mi hija hay una relación de entendimiento, nos llevamos muy bien. No somos de llamarnos y ya está. Nos vemos dos veces a la semana, el viernes que me la trae y el domingo que se la lleva. Hay días que salen temas personales y hablamos y tal. Si bebo me *mete bulla*. Me da consejos por la niña y todo eso. No quiere que me pase nada pero que sea responsable. Al principio, los fines de semana iba a ver a mi hija. Iba a casa de mi *ex* los sábados a pasar todo el día porque yo vivía en la *okupa* y no iba a venir allí la niña. Estaba con mis exsuegros, mi hija y mi *ex* cuando estaba y me quedaba hasta la hora de cenar, la acostaba y me iba. Iba un día pero podía estar los días que quisiera. Ahí me di cuenta que tenía un problema y ahora ya puedo llevármela los fines de semana». (Mick, “fiestero”, 1981)

La responsabilidad del cuidado de los hijos de los consumidores de drogas recae en la mujer y en el caso que ésta sea consumidora se corre el riesgo de perder la tutela. Los hombres tienen más capacidad de renuncia que las mujeres y en el caso de ellas, la pérdida de hijos puede agravar su situación personal conduciendo a recaídas o a que no se siga el tratamiento de forma satisfactoria. Ante este tipo de dificultades, se precisan programas y terapia familiar para analizar globalmente las diferentes situaciones para buscar soluciones al destino de los hijos y mejorar la responsabilidad de los padres y madres hacia éstos.

9.1.5. Efectos negativos para la salud desde una perspectiva de género.

Las consecuencias para la salud en el caso de las mujeres son: una mayor exposición al riesgo de contagio de enfermedades infecciosas y un elevado nivel de violencia ejercida sobre ellas. El hecho de consumir drogas por vía parenteral y ejercer la prostitución en condiciones no higiénicas y a estar sometidas a los tratos sexuales a cambio de droga aumenta exponencialmente el peligro de contagio de enfermedades, por lo que cabe un mayor trabajo en la puesta en marcha de programas de educación sexual y consumo higiénico. Además, las mujeres sufren violencia por parte de sus parejas, simbólica y física, en la rutina diaria de conseguir dinero para sustancias. También, las mujeres están altamente estigmatizadas por ejercer un rol subalterno en los espacios de consumo, “ser malas madres” por consumir durante el embarazo y perder la custodia tras el parto, así como por recibir dinero a cambio de sexo ejerciendo la prostitución o a cambio de las invitaciones de los hombres.

En el caso de los hombres, los actos de masculinidad empleados afectan a su salud. La violencia entre usuarios por las transacciones y tratos de sustancias, las peleas y la fuerza para robar, para conseguir dinero, les conduce a problemas con la justicia. Asimismo, por la violencia ejercida hacia las mujeres.

En relación a este último aspecto, en los últimos años, se está trabajando el problema de la violencia de machista contra las mujeres. Considero correcta la creación de dispositivos para mujeres que sufren este tipo de violencia. Sin embargo, mientras no se trate el problema de forma integral y se incluya en el tratamiento a los hombres violentos, seguiremos reproduciendo el modelo de subordinación femenina. Sin ellos, pocas garantías de transformación social van a ser posibles si continuamos tratando a las mujeres como “víctimas” y a ellos como “verdugos”. En el contexto del consumo de drogas en extrema exclusión social, todos y todas tienen repercusiones negativas.

9.2. Las relaciones de edad: roles entre iniciados y veteranos

En los años que funcionaba la SCH de Can Tunis, la media de edad de los usuarios se situaba alrededor de los 31 años (Anoro, Ilundain, Santisteban, 2003:694). Actualmente, con un aumento en la esperanza de vida de los consumidores (ASPB, 2006:23) y probablemente, con una transición tardía al consumo por vía parenteral, la media de edad de los usuarios de los centros de reducción de daños se sitúa en 35 años (Brugal,

Guitart y Espelt, 2013:58). Si bien, a las SCH acuden usuarios de todas las edades, comprendidas entre los 18 y más de 50 años. Por ello, en este apartado se analizan las relaciones que se establecen entre jóvenes y adultos con el objetivo de conocer las especificidades en el ciclo vital de este colectivo.

9.2.1. Iniciarse en el consumo de drogas

Los usuarios de las SCH que se iniciaron en el consumo de drogas inyectadas durante los años 80, provienen de una etapa en la que se tenía pocos conocimientos de los efectos negativos del consumo de heroína. No existía suficiente información y sensibilidad en relación a las vías de transmisión del VIH y hepatitis (B y C) y las muertes por sobredosis. Además, se iniciaron en una época que no había red asistencial y, en su caso, sólo existían los programas libres de drogas orientados a la abstinencia del consumo. Ante este vacío asistencial, muchos de los consumidores de aquella época han ido creando una serie de conocimientos y estrategias para afrontar los efectos negativos en paralelo a las prescritas por salud pública.

Los iniciados en los años 90 y posteriormente, ya provienen de una época en la que se ponen en marcha programas y tratamientos para las drogodependencias y los problemas concomitantes (VIH y las hepatitis B y C). No obstante, aunque el conocimiento de estas informaciones puede haber llegado por diferentes canales, los más jóvenes no se han iniciado en el consumo inyectado pensando en las medidas preventivas necesarias para evitar los diferentes problemas asociados. En su mayoría, han aprendido de sus iguales más experimentados o de usuarios veteranos. Estos últimos, cargados de costumbres, muchas veces erróneas, han podido transmitir ciertos conocimientos y creencias erróneas como las que he comentado en el punto 6.2.1.2. Por ejemplo, a principios de mayo de 2014, mientras realizaba la recogida de jeringuillas en las vías de La Mina con los educadores de “El Local” nos encontramos con un usuario joven. Caminamos por la zona de las vías junto a los bloques de la Calle de las Estrellas. En un poyete de cemento encontramos a Dani, joven de no más de 20 años, acompañado por Maika, de unos 35 años. Ambos estaban agachados con diferentes artilugios para el consumo inyectado. Ella le colocaba el torniquete con una goma smart y le inyectaba con una de las jeringuillas preparadas. Al encontrarle la vena, ella comenzó a bombarle mientras él se mostraba en actitud pasiva. Los educadores les saludaron y preguntaron si todo iba bien. Ellos asintieron. Uno de los educadores me dijo: «A este chico habría que

explicarle que no puede consumir en las vías. Llegó hace poco a “El Local” con una actitud muy escrupulosa y no quería coger nada que hubieran tocado otros... Me parece que no está muy bien ubicado. Parece ser que tiene una abuela que le cuida todo pero en los últimos tiempos no está yendo bien y debe tener unos 22 años y muy poco tiempo pinchándose. Deberíamos formalizar una tutoría con él».

Además, existen diferencias en los patrones de consumo y las drogas consumidas. Los más veteranos se han iniciado, mayoritariamente, en el consumo de heroína por vía parenteral y con el tiempo, con la introducción de los tratamientos de metadona y al no abandonar el consumo inyectado, han cambiado su consumo hacia el de cocaína por vía parenteral. Los jóvenes por su lado, provienen de la época de la popularización del uso de estimulantes (extasis, speed y cocaína) y con el tiempo realizan la transición hacia el consumo de cocaína y/o heroína por vía parenteral. Este dato es definitorio para que hoy en día se consuma más cocaína por vía parenteral que en otras épocas. Por ejemplo, a finales de enero de 2013, Simón, un usuario de unos 22 años, me habló de los cambios en el patrón de consumo mientras consumía en el SAPS: «Yo me pincho hace poco. Antes fumaba *crack* y luego me fui liando... Yo he tomado de todo... *crack*, pastillas, *speed*... Me iba de fiesta, de *rave*, todos mis amigos le hemos dado a la ketamina. Cuando vivía en Mongat iba mucho a fiestas ilegales y nos metíamos mucha *caña*... Mi problema no es la heroína porque lo puedo sustituir por metadona, el problema es la *coca* que me pone con la cabeza *abollada*, por eso quiero dejar de tomar *coca*».

La época y la edad de inicio en el consumo es determinante en la forma de usar las sustancias y en el establecimiento de los patrones de consumo de los usuarios de las SCH. Se precisa tener en cuenta esta especificidad para una mayor valoración en el diseño de programas específicos de la promoción de la salud relacionados con el consumo de drogas.

9.2.2. “Buscarse la vida” y edad

Los usuarios veteranos de las SCH llevan muchos años de consumo de drogas viviendo en condiciones extremas para buscarse la vida. A lo largo de los años han aprendido diferentes formas para conseguir dinero para consumir y maneras de sobrevivir en la calle. Por su lado, los jóvenes tienen sus propias formas de conseguir dinero y adoptan otras de los más veteranos. Aunque los veteranos conocen bien las formas de robar, su

deterioro físico no les garantiza una mayor destreza para realizar actos delictivos. Además, la reincidencia es una condición que les marca y que les facilita ser detenido habitualmente. Por su lado, los jóvenes, pese a un mejor estado físico, no tienen tantas destrezas y son también detenidos en sucesivas ocasiones. Por ello, en muchas ocasiones se producen alianzas de jóvenes y veteranos para buscarse la vida donde se movilizan las relaciones de poder. Por ejemplo, a mediados de julio de 2014, Mateo, de unos 25 años, me habló de una situación de este tipo mientras conversábamos en comedor del CAS Fòrum: «Acabo de tener una buena pelotera con el pureta. La hemos tenido a la hora de repartir la faena...él me hacía de pantalla en el metro y yo tenía que sacarme las carteras. Al final me he sacado una de un alemán con 100 *pavos* y como buen ciudadano la he metido en un buzón. Luego el viejo quería el 50%, ja, encima...encima que yo me juego la libertad le voy a tener que dar la mitad. Ya le he dicho que no vuelvo a ir con él, le he dado 20 *pavos* y a correr».

9.2.3. Expectativas de vida

Los jóvenes consumen de forma intensa con pocas expectativas de futuro y una baja concienciación de los problemas asociados. Mientras no se hayan producidos daños, como sobredosis o infecciones, los jóvenes viven en una especie de “luna de miel” que los mantiene alejados de las propuestas terapéuticas y tratamientos ofrecidos por la red asistencial. En el momento que estos daños ocurran es más probable que se produzca un acercamiento a los dispositivos de reducción de daños y/o terapéuticos. Quizás demasiado tarde para revertir los daños sufridos. Javi, un usuario de uno 25 años, me explicaba su situación a finales de noviembre de 2012, mientras conversábamos en el Club del SAPS: «Desde que salí de (la cárcel) Jóvenes que me va fatal. He estado un año y medio y desde que salí que no he parado de meterme caña a tope. Encima he pillado lo más grande, el VIH...me lo diagnosticaron aquí (mientras me enseña una cita del Hospital de Bellvitge) y estoy yendo a la unidad de infecciosos. Tomo tres pastillas diarias y de momento estoy mejor. También me metí en metadona en Creu Roja y estoy preparado para entrar en la unidad de desintoxicación de Bellvitge o al centro Alba...creo que una comunidad terapéutica me iría bien porque estoy mal de la cabeza».

Por su lado, los veteranos llevan una larga trayectoria de drogodependencias, alternando etapas de consumo activo con el seguimiento de tratamientos u otras medidas

terapéuticas. Tras varios intentos por dejar el consumo de drogas, los que siguen consumiendo viven la experiencia como una costumbre. En algunos casos, mucho después de haber salido airosos de etapas intensas de consumo, consiguen mantener un consumo normalizado, mucho más habitual en los consumidores por vía pulmonar. Manuel, usuario de unos 50 años, me habló de su situación a principios de marzo de 2013, mientras fumaba heroína en el CAS Baluard: «Yo te puedo hablar de toda la evolución desde que entró en Barcelona hasta la actualidad. Yo me he pinchado, he tomado metadona, pero yo no he robado. Me he pulido negocios pero nunca he robado. Ahora fumo lo que estás viendo. Es más de mantenimiento, más tranquilo. Trabajo en una imprenta y tengo mi pareja. Yo voy a currar y vengo aquí... hay otros que vienen aquí y luego a buscarse la vida, yo no». Sin embargo, muchos veteranos después de largas carreras de consumo acompañada de graves daños a la salud y la creciente dificultad para consumir y obtener dinero para costearse las drogas, generan un deterioro del estado de salud que precisan cuidados específicos: seguimientos del VIH y las hepatitis (B y C), enfermedades crónicas comunes (diabetes, hipertensión, etc.), problemas físicos derivados del consumo (cardiopatías, afectación pulmonar, etc.) y problemas de salud mental.

9.2.4. Estigma y deterioro físico

Los veteranos conociendo las consecuencias del consumo a largo plazo aconsejan a jóvenes que consumen intensamente a que no sigan por un camino que, ellos, bien conocen. Por ejemplo, a finales de febrero de 2013, Ramón (“rutero”) me habló de los consejos que le daba a Jonatan (“rutero”) antes de que este tuviera que entrar en prisión, mientras consumía en el EVA del SAPS: «¿Te has enterado? Al Jonatan, el niño, lo han vuelto a meter en La Modelo y con una buena causa. Yo ya se lo decía, que yo no era su padre pero que si seguía así no iba acabar bien... ha pillado de todo y otra vez *entrullado* (encarcelado). Yo no es que lo tenga muy controlado pero voy yendo al CAS para los seguimientos de las medidas penales alternativas con la trabajadora social, ya veremos».

Además, entre jóvenes y veteranos se vive de forma diferente la asignación identitaria en relación al consumo de drogas. Por ejemplo, a finales de abril de 2013, dos usuarios, Juanjo (nacido en 1964) y Miguel (de unos 30 años), discutían sobre la cuestión identitaria durante una actividad realizada en el “calor i café” del CAS Baluard. Se

habían recaudado 64 euros de una actividad realizada por los usuarios en el día de Sant Jordi y la educadora preguntaba: “A ver chicos, ¿qué queréis hacer? Dijisteis de ir a Port Aventura, una sardinada, barbacoa...” Juanjo proponía: “Yo digo que el kilo de sardinas debe valer unos 4 euros, se compran 10 kilos y que venga quien quiera...” Miguel daba su preferencia: “Pues a mí me gustaría ir al Tibidado...”. Juanjo un tanto enfadado le respondía: “Seamos realistas...aunque haya dinero, no se puede ir a un parque de atracciones con ocho yonquis...” Miguel molesto, le contestaba: “Ey, habla bien, di toxicómanos”. Juanjo, perseverante, le repetía: “Pues eso, yonquis”. Miguel algo más enfadado le replicaba: “Tío, a mí no me gusta eso...”. Juanjo reafirmando le respondía: “Yo me entiendo, a mí no me suena mal, es la verdad. No nos vamos a meter en una montaña rusa ahí medio dormidos y el otro *chutándose*...esa actividad no es posible”.

Los veteranos provienen de una etapa en que ser yonqui significaba estar inmerso en una subcultura donde sus miembros vivían el malestar de manera colectiva. Los más jóvenes no desean ser tildados de yonquis por su uso peyorativo en la actualidad y prefieren refugiarse bajo la etiqueta de enfermo o toxicómano con connotaciones menos estigmatizantes que las apoyadas por los veteranos.

De este modo, los jóvenes al sufrir estigma y deterioro físico reflexionan para buscar un cambio de rumbo en su vida. Paulus, un chico de menos de 25 años, es un ejemplo. A finales de abril de 2013, acudió al CAS Baluard para solicitar una valoración para iniciar el programa de mantenimiento con metadona. Paulus se presentaba así en el PIX de este CAS: “Hola, soy de Mataró y voy a empezar a trabajar con mi madre aquí en Barcelona, estoy enganchado y necesito ayuda...quiero tomar metadona”. La profesional le explicaba el procedimiento: “Debes visitarte antes para iniciar tratamiento...primero con la trabajadora social, médico y luego psicóloga. Más o menos necesitamos una semana para que te den tratamiento”. Paulus con tono desesperado respondía: “Ya, pero eso es mucho y quiero consumir, necesito dejar esto ya”. La profesional le informaba: “Este es el sitio más rápido de Barcelona, tenemos que pedirte visita”. Paulus tendría una primera visita pero no consiguió iniciar tratamiento de forma inmediata.

Además, cabe apuntar que pese a que la prevalencia de infecciones (VIH y hepatitis B y C) es mayor en los usuarios de más de 30 años, se evidencia que los consumidores se

infectan durante los tres primeros años de consumo inyectado (ASPB, 2006:39). Por ello, cabría agilizar el cribaje y una atención especializada para los usuarios jóvenes e iniciados para reducir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, las sobredosis y otros problemas de salud, ofreciendo una atención adecuada a las especificidades del momento del ciclo vital de los usuarios.

9.2.5. Los otros jóvenes

En el barrio de La Mina se producen otro tipo de relaciones de edad entre los consumidores y los vecinos; en este caso, con los adolescentes gitanos. Éstos reproducen la violencia ejercida por los padres y vecinos vendedores hacia los consumidores. Esto se debe a que la nueva ubicación de la SCH de “El Local” ha sufrido un gran rechazo al ponerse en marcha junto al bloque de la calle Venus, donde se detecta un movimiento constante de usuarios que acuden a conseguir sus dosis. Los vendedores y vecinos atacan asiduamente a los usuarios para ahuyentarles de las inmediaciones de ésta y no hacer evidente la venta de drogas de este bloque. De hecho, la SCH en un inicio tenía dos entradas, una desde la calle Venus y otra desde la Rambla del Besòs. En los primeros días de su apertura, los consumidores que accedían desde la calle Venus recibieron ataques de todo tipo desde los bloques como pedradas, disparos con escopetas de balines u otros artilugios que pudieran dañarles. Al poco tiempo, se decidió poner una valla de unos dos metros que impidiera el paso por esta entrada; sin embargo, muchos usuarios continuaban accediendo saltándola recibiendo agresiones. En la actualidad, tras sucesivos casos de balazos a usuarios y profesionales, se ha levantado una valla de unos 4 metros desde el patio de acceso a “El Local” para evitar que ningún usuario intente saltar la valla que cortaba el acceso.

Este tipo de ataques ha animado a los jóvenes gitanos a satisfacer su “divertimiento” emprendiendo ataques hacia los consumidores en espacios abiertos del barrio, sobre todo en la zona de las vías. Por ejemplo, a principios de agosto de 2014, Jordi, un “parroquiano” de “El Local”, me habló de un acto violento que acababa de sufrir en las vías del tren de La Mina: «Tú te crees que estoy en la vía y se ponen un montón de niños de la calle Marte a tirar piedras y a decir: “¡yonquis de mierda! ¡Fuera!”... he pillado a uno y le he dicho que como sigan tirando piedras se lo voy a decir a sus padres...no veas qué rápido se han callado cuando me he acercado a ellos. Son los hijos de los que venden, otros no,... a muchos no les enseñan así, algunos son hijos de los del

culto, pero se juntan con esos *mierdecillas* y vienen a dar por culo. Los del culto no quieren problemas».

En otra ocasión, a finales de julio de 2014, pude presenciar en la puerta de “El Local” la actitud de unos niños hacia los usuarios. Había una usuaria de unos 25 años discutiendo con una chica de unos 35 años que iba acompañada de tres niños de no más de 12 años; según una profesional eran del barrio. Estaban discutiendo porque, al parecer, días atrás fueron a robar juntas al supermercado y a la hora de repartir el botín no llegaron a un acuerdo. Por momentos, los niños insultaban a la usuaria y le pegaban patadas en la espinilla. Entonces, apareció una profesional de “El Local” y les pidió que se fueran o que tendría que llamar a la Policía. Desde la comisaría que está en frente, no parecía que se hubieran percatado del incidente. Mientras, iban entrando usuarios al patio de “El Local” y en ocasiones, los niños miraban a éstos de manera desafiante, insultando o simulando dar patadas. Entonces, salió Jordi, un usuario de “El Local”, y se sentó en el poyete de al lado de la valla de acceso al patio para colocarse bien los zapatos. Jordi se quedó mirando la escena y le llamó la atención: “oye, déjala estar ya...no ves que no lleva nada ahora encima”. La madre enfadada, les respondía: “Tú te callas que contigo no va la cosa...te callas”. Jordi desafiante le respondía: “¿Cómo que me calle? ¿De qué vais?” La madre le volvía a hacer callar: “Te callas *tío*, a ver si voy a llamar a mi cuñado y te vas a enterar”. Jordi indiferente le devolvía a su amenaza: “Puedes llamar a quién quieras...” El niño más alto de los tres se acercó a Jordi y se le quedó mirando con cara malhumorada. El niño le retaba a Jordi: “Como le digas algo más a mi madre te meto un *puñalón* y te parto la vida, *mierda*”. Jordi, calmado, siguió sentado arreglándose los zapatos, al escucharlo elevó la cabeza hasta quedarse a la altura del niño fijando su mirada desafiante. El niño siguió insultándole hasta pegarle una patada en la espinilla. Se retiró y se puso junto a sus hermanos que observaban la escena e insultaban a Jordi. Al final, la madre cogió a los niños y se fue hasta la esquina de la calle para seguir discutiendo con la chica joven.

En el barrio de La Mina, los adolescentes imitan a sus progenitores reproduciendo el odio y la violencia hacia los consumidores. Este tipo de actos se han instaurado como una forma de entretenimiento que conlleva graves problemas sociales en la convivencia con los consumidores que acuden a este barrio. Éstos, en muchas ocasiones, tienen que enfrentarse a los jóvenes, pudiendo llegar a tener mayores problemas con los familiares

de éstos. Ante este tipo de problemas se precisa una actuación comunitaria en la que se coordinen las escuelas, asociaciones de padres, servicios sociales y los centros de atención a las drogodependencias de el barrio de La Mina, para una actuación conjunta que evite este tipo actos violentos y promueva una educación y unas oportunidades más favorables para los jóvenes de este barrio.

9.3. Vidas precarias: sin casa, sin familia, sin oficio, sin ocio

En este punto retomo aspectos analizados en el capítulo 4, para reflexionar sobre las necesidades sociales de los usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH). A partir del análisis se proponen mejoras de las intervenciones para dar mayor cobertura a estas necesidades.

9.3.1. Familia y vivienda

Los usuarios de las SCH han roto lazos de unión con sus familiares y/o parejas, recibiendo poco apoyo de ellos. Tras largos procesos de consumo de drogas y la irresolución de problemas, muchas veces gestados desde la infancia y la adolescencia, el distanciamiento entre los consumidores y sus allegados se ve deteriorado con el paso del tiempo. En muchas ocasiones, los consumidores abandonan su casa tras largas discusiones o son expulsados tras graves problemas de entendimiento con sus familiares. Usuarios y profesionales reflejaban las dificultades que conlleva vivir en esta situación:

«Las personas que intentamos desintoxicarnos que no tenemos familia y que no tenemos una casa estable o tenemos más o menos un sitio dado, nos cuesta más desintoxicarnos. Si tuviéramos un piso de protección oficial más barato, nos costaría menos desintoxicarnos o podríamos llevar una vida mejor». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Les falta lo mismo que a todo el mundo... el mp3, vivienda, trabajo... no hace falta ser usuario de drogas para no tener vivienda, problemas, trabajo... Sin embargo, al usuario se le ha perpetuado en ciertas cosas. [...] Sólo hay albergues con estancia limitada, es todo muy alambicado, muy barroco, para poder salir tienen que ser héroes. Tienen soluciones de aspiración engañosa... una PIRMI (renta mínima de inserción), una PNC (paga no contributiva)... eso es lo máximo que les hemos enseñado. Faltan recursos para que ellos puedan estar bien». (Profesional Fòrum)

Los usuarios tienen dificultades para iniciar un proceso de recuperación de las drogodependencias por la falta de apoyo familiar. Además, éstos tienen dificultades para encontrar vivienda o un lugar donde pasar la noche. Ante este tipo de problemas, se precisa un trabajo de acercamiento entre los afectados hacia sus familiares. Un usuario y un profesional reflexionaban al respecto:

«Tener techo y ya está, es lo que necesito yo. Si tengo techo y dejo las drogas, yo creo que sí. Con mi madre sí, pero con mi padre no mucho. Ahora con mis hermanos no tengo relación pero siempre ha sido buena la relación. Por mi culpa más que nada, por la droga. Si arreglo mis cosas igual puedo volver a hablarme con ellos». (Javier, “rutero”, 1986)

«Han roto vínculos con la familia y lo primero es conocer a su familia y conocer los vínculos que ha roto. A veces, una llamada a un familiar es una manera de empezar. A partir de ahí, se necesitaría trabajar con la familia para llegar a un entendimiento». (Profesional “El Local”).

El estilo de vida de los consumidores dificulta establecer vínculos con los familiares y allegados. En estos casos, se precisa dar un abordaje psicosocial y familiar para aumentar las garantías en el acompañamiento de este tipo de procesos. Para ello, se precisan espacios para establecer este tipo de encuentros y profesionales especialistas en terapia familiar.

En otros casos es imposible este tipo de abordaje, sobre todo en aquellos usuarios que han perdido a su familia o han abandonado su país dejando todo atrás. En esta situación, los usuarios, sólo disponen de albergues poco adaptados a los estilos de vida de los usuarios. Dos profesionales hablaban al respecto:

«Los usuarios son muy diversos pero han hecho de la calle su vida. No tienen ingresos económicos y es difícil tramitar un techo. Esto es complicado. No sé decirte qué recursos hay, son temporales. Muchos entran en albergues y a la que detectan que consumen los echan fuera». (Profesional “El Local”).

«Me consta que hay un proyecto de albergues para toxicómanos pero, actualmente, nos encontramos con barreras para enviar gente al albergue. Es inviable porque no quieren toxicómanos y por parte del usuario es inviable por el tipo de vida que llevan. La

anarquía de su vida es difícil adaptarla a unos horarios y normas. No pueden adaptarse, nos tenemos que adaptar a ellos». (Profesional Zona Franca)

Los albergues de Barcelona no se adaptan a las necesidades, normas y horarios de los usuarios. Ante la dificultad para que los consumidores puedan ir a albergues convencionales, se precisa la creación de dispositivos adaptados a los estilos de vida de los usuarios de las SCH. Dos profesionales hablaban sobre las especificidades de este tipo albergues:

«Deberían generarse recursos que puedan responder a los usuarios. La negación de un usuario a un albergue no es la respuesta. Igual disponer de una SCH en un albergue o un punto de PIX o un tipo de vivienda específica que se pueda abordar a consumidores. Pueden haber casos que tengan la necesidad de consumir y no es por molestar sino porque hay una necesidad. Lo único que tenemos es el LITS¹¹⁶ del SAPS». (Profesional Baluard)

«Faltan pisos preparados para gente que está en consumo activo. Hay gente que tiene VIH y que necesita unos cuidados pero no se hace porque está en consumo activo. Luego los albergues hacen cola a las 18, entra a las 19 y no sale hasta las 8 de la mañana pero esta persona necesita consumir. No te va aguantar esos horarios y por eso no acceden. No está preparado para ellos y por eso duerme en la calle. Hay salas durante el día pero el resto, el usuario continúa viviendo. Los pisos deberían llevarse por sanitarios y continuar con los objetivos de la reducción de daños». (Profesional “El Local”)

En Barcelona, desde el año 2001 está en proyecto la creación de un albergue especializado para los consumidores de drogas en procesos de exclusión. Sin embargo, por el momento, es una incógnita la puesta en marcha de este tipo de dispositivo en la ciudad. En el caso que se pongan en marcha, éstos albergues deberían dar una atención especializada para el seguimiento de las drogodependencias de los usuarios de las SCH. En este tipo de instalaciones se precisaría disponer de espacios de consumo (SCH), PIX y otros programas de atención sociosanitaria.

¹¹⁶ Desde 1997, el SAPS dispone del programa LITS que consiste en la derivación de usuarios que precisan cuidados paliativos a pensiones para cortas estancias.

9.3.2. Ocupar el vacío de las drogas: trabajo y tiempo libre

La mayoría de usuarios que acuden a las SCH ocupa la mayor parte de su tiempo en los espacios de ritualización del consumo de drogas, excepto los de tipología “pasajera” que emplean parte del día a trabajar, estar con la familia o a realizar otro tipo de actividades y algunos “fiesteros” que están en condiciones de realizar actividades no tan relacionadas con el cuidado de su salud. Los usuarios que sólo ocupan su tiempo en el consumo de drogas y desean un cambio de estilo de vida, tienen dificultades para ocupar el tiempo que emplearían si dejaran de consumir con intensidad. Dos usuarios reflexionaban sobre este aspecto:

«Los que llevamos 7 ó 8 años enganchados y hemos estado presos, necesitamos estar ocupados en algo. Porque si yo digo que llevo 15 años sin trabajar no me lo van a dar, porque tenemos un vacío que no lo podemos cubrir en tantos años. Si al menos puedes decir que has hecho algo en un taller, da más paso a la forma laboral, nosotros no tenemos un hábito de trabajo y pasar de la noche al día con el trabajo y nuestros vacíos, cuesta mucho. Ya le cuesta a la gente normal, imagínate a nosotros». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Dejar la heroína no es tan chungo. Tomes lo que tomes en un mes estás limpio. Lo difícil es lo de después, el cómo llenas tu tiempo libre. ¿A mí me van a dar un trabajo? Joder, yo no puedo currar, de nada ni me van a dar. Soy pensionista y tiro como puedo». (Antonio, “parroquiano”)

Los procesos largos de drogodependencias dificultan que los usuarios de las SCH puedan buscar y encontrar trabajo. Además, la rutina diaria empleada en la obtención de dinero para consumir y el consumo de drogas inhibe el desarrollo de actividades lúdicas.

También los profesionales refieren que los consumidores tienen serias dificultades para buscar trabajo y ocupar el tiempo libre con actividades lúdicas. Dos profesionales reflexionaban sobre este aspecto:

«Cuando se es usuario de drogas su vida gira alrededor de la sustancia. Cuando quitas la sustancia hay un vacío. Un tratamiento global sería bueno para la dificultad diaria de la persona. Encontrar una motivación, un hobby, hay personas que todo gira alrededor del

consumo. Los diferentes núcleos de su vida se han forjado con la droga. Eso es necesario trabajarlo». (Profesional “El Local”)

«Los usuarios tienen un mundo muy reducido, si no les abres un mundo no creo que se consiga nada. Hay muchas necesidades. Hacemos poco a nivel social. Falta desde buscar actividades para hacer, están todo el día en la calle y son muy jóvenes, les podemos decir de ir algún sitio, pero no sabemos del todo». (Profesional Fòrum)

Los consumidores que abandonan la rutina diaria del consumo de drogas tienen serias dificultades para ocupar el tiempo libre en los períodos de abstinencia o de consumo moderado. Ante este tipo de déficit, los profesionales y usuarios aportaban una serie de ideas:

«Tío, a mí me gustaría currar de algo para ayudar a los que se *meten* (se drogan). Hacer un cursillo de monitor y estar aquí con mi currito pero tengo una paga de 400 euros que me busqué por Benestar i familia. Si me pongo a currar y pierdo mi paga, ¿qué? Me dan curro para 2 meses y luego búscate la vida hasta dentro de 3 ó 4 meses. No es tan fácil la cosa». (Dave, “fiestero”, 1978)

«Crear espacios sociales, espacios abiertos a cualquiera. Que haya para estas personas pero también con algo más. Que un comedor no sea sólo una sala, sino que puedas pasar allí más tiempo. Vas a comer pero que puedas hacer cursos, ver la tele, jugar al ping-pong...igual que ir a un espacio de la iglesia cuando eras pequeño. Espacios que atraen a las personas para no estar en la calle. Espacios con diferentes servicios a la vez. Los usuarios sólo se relacionan donde está la droga, sólo les dejan entrar en espacios para drogodependientes y si no, son espacios *okupas*. Hay pocos espacios para pasar el tiempo». (Profesional SAPS)

Se propone la creación de talleres sociolaborales y lúdicos para iniciar la promoción del uso del tiempo libre para aquellos usuarios que inicien un proceso de cambio, disminuyendo o regulando el consumo de drogas, sobre todo para los usuarios de tipo “parroquiano”. Este tipo de talleres y actividades deben realizarse en un primer paso desde las mismas SCH o espacios próximos. Dos profesionales aportaban más ideas al respecto:

«Yo diría que ahora el perfil profesional que falta es la persona ajena al mundo de las drogas en un sentido amplio educacional. Yo creo que nuestros usuarios ya están un poco hartos de nuestro lenguaje de drogas y de todo. Yo creo que está muy bien que llegue un maestro carpintero, una costurera, un profe de matemáticas, es decir, gente normal que vaya a formar. No un educador de drogas que un día les hace un taller de carpintería. Empezar a traer gente de otras procedencias que además les gusta y les tratan de otra manera. Yo creo que es el siguiente paso. La educación con baja exigencia, un espacio abierto donde la gente vaya a leer, a escribir, a aprender el carnet de conducir, a hablar y que no exista una continuidad, entrar y salir, que a lo mejor haya 5 ó 6 personas con intereses diferentes, que se pueda comentar una película, empezar a traer profesionales de fuera. Yo creo que esto puede tener un impacto». (Profesional SAPS)

«Falta más Terapia ocupacional para que el tiempo sea óptimo. Como oportunidad nuestro trabajo es reactivo, en tanto no poner parches, sino también la otra cara, sino ser más proactivos para fomentar y potencia lo proactivo con el sistema que está articulado con el usuario. Para que la persona encaje porque tienen unas necesidades nuevas que no se tratan desde los recursos». (Profesional “El Local”)

Los talleres sociolaborales y lúdicos deben ser promocionados por profesionales especializados en este tipo de actividades. Para este caso, se precisa una mayor inversión de fondos para la contratación de especialistas (terapeutas ocupacionales y monitores socioculturales) y un mayor esfuerzo en generar espacios para la búsqueda de trabajo y la creación de alternativas para ocupar el tiempo libre en usuarios en proceso de cambio.

9.3.3. Gestión de las rentas mínimas

En muchos casos, la búsqueda de empleo o situaciones de incapacidad para emplearse en actividades laborales debe ir acompañada de una valoración previa de la adjudicación de prestaciones de renta mínima por desempleo, invalidez u otro tipo de situaciones. Un usuario y una profesional hablaban al respecto:

«Tengo que buscar trabajo pero estoy intentado conseguir la PIRMI (renta mínima de inserción). Una vez lo tenga, te pueden enviar a cursillos pero no te la revisan constantemente. Yo quiero hacer unos trámites para dejar la habitación y poder irme a

una *okupa* o buscar algo más económico y disponer de ese dinero. La PIRMI te garantiza unos ingresos mínimos para 5 años. Esa es mi prioridad pero si me dan trabajo, prefiero trabajar. Si estás con la PIRMI te están *tocando los huevos* con cursillos, no me niego, lo que pasa que ahora pago la habitación con poco porque estoy esperando a esto. Necesito unos ingresos mínimos, pero necesito un trabajo. Barcelona es tan grande que no sabes ni por donde empezar. Dije lo de soldador y me dijeron que me olvidara que comenzara con lo del camión. Hice dos CV, uno para hostelería... prefiero trabajar». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«Hay gente que no puede dejar de consumir y cada uno va a lo suyo. En países donde funciona el asociacionismo se trabaja la búsqueda de empleo. Aquí es más difícil. Tiene éxito en países donde la gente tiene una paga donde no se tiene que preocupar del dinero, aquí es difícil implicarse si te tienes que mover para buscar tu dosis. Hay oferta laboral pero poca oferta para usuarios de drogas por razones obvias, es difícil que puedan cumplir». (Profesional SAPS)

Los usuarios tienen dificultades para la búsqueda de trabajo y en su caso deben solicitar prestaciones sociales para su supervivencia. No obstante, los profesionales y algunos usuarios son críticos con la adjudicación de este tipo de pagas. Por ejemplo, a finales de febrero de 2014, Manuela, “parroquiana” del CAS Baluard me habló un tanto molesta sobre la asignación a dos usuarios de este tipo de pagas: «Mira, Rafa, ves a esa pareja que están ahí en el banco. A ella le han dado una paga y no es de aquí y a él igual.... y tío, se lo dejan todo en droga. El día 25 cobran y el 27 ya no les queda nada. Se lo dejan todo en droga... en dos días no les queda nada y eso no es. Yo paso, yo prefiero gastármelo para estar bien».

Un profesional reflexionaba sobre la gestión de las rentas mínimas:

«Muchos tienen pagas pero cobran el día 25 y esa noche es para todos los que están vendiendo droga. Yo haría más controles de paga, no se la daría a todo el mundo. No está justificado a los que toman drogas, porque no se lo están gastando en vivienda o comida. Se debería responsabilizar más de todo. Hay que dar pero esperar algo. No veo bien la actitud de “estoy enfermo dámelo todo”. Me sabe mal pero entiendo que todos necesitamos vivir de algo pero siempre que haya un trabajo tuyo detrás. Se lo gastan

todo en un día y van a tener que delinquir para conseguir dinero. Van a seguir viviendo en la calle. Me miraría mucho más el tema de las pagas». (Profesional Zona Franca)

En muchas ocasiones, el cobro de las prestaciones se emplea íntegramente para comprar drogas, no haciéndose uso de éstas para cubrir otras necesidades básicas. En estos casos, se precisa promocionar el uso de las pagas de renta mínima de manera que sean empleadas adecuadamente. Sin embargo, cabe reflexionar que la obtención y consumo de drogas es la principal necesidad entre los consumidores de drogas, sobre todo en los de tipo “rutero”. Para asignar con garantía este tipo de prestaciones se precisa la valoración de otras necesidades básicas (vivienda, ocio, etc.) que ya he desarrollado en otros apartados de este capítulo, así como, la innovación de tratamientos para las drogodependencias que mitiguen el consumo intenso de drogas.

9.4. Policías, jueces y abogados: buscar alternativas a la criminalización de los usuarios

En este punto se reflexiona acerca del trato del sistema policial y judicial hacia los usuarios de las salas de consumo de Barcelona (SCH) para valorar qué alternativas existen a la criminalización y qué medidas inmediatas deben ser aplicadas para mejorar los aspectos legales de los usuarios.

9.4.1. Presión policial

Los consumidores reciben presión policial en las cercanías de las SCH de Barcelona, estratégicamente, para trasladar la venta y consumo a la zona de La Mina, donde se aplican con menor intensidad este tipo de actuaciones. Para ello, además de detener a usuarios por hurtos y robos, se realizan registros asiduamente en las inmediaciones de las SCH, produciéndose incautaciones de las dosis. Por ejemplo, a finales de junio de 2014, José Luís me habló sobre el trato policial mientras conversábamos en la puerta de “El Local”: «Con *la poli* hay que ir con cuidado. Siempre van a las vías a *tocar los cojones*... nos ponen multas de 400 euros, nos quitan *las bolas*, depende quién,... te joden y casi te están obligando a robar para poder quitarte ir otra vez a *pillar*, todo para hacerse superiores. Yo no sé sin uniforme a lo mejor son buenas personas, pero se lo ponen y es una mierda. Son unos *pringaos* que acatan órdenes. En la Cañada real de Madrid sólo miran si tienes antecedentes y si no, te dejan estar».

Dos profesionales me explicaban los problemas que pueden conllevar este tipo de actuaciones:

«No tiene sentido que les quiten la sustancia y les multen por tenencia de drogas. Tienen problemas para conseguir dinero y si se lo quitas, le estás obligando a delinquir o pedir para conseguir dinero porque no tiene medios. No creo que la multa por consumir en la calle sea la solución». (Profesional Zona Franca)

«Incautar la droga está demostrado lo que conlleva, quitarle *la postura* cerca de la sala implica que si lo ha conseguido de una manera más o menos lícita pidiendo, esa segunda *postura* la va a conseguir con más ansiedad, con más agresividad y pueda conllevar un delito, un tirón de bolso o un robo en un supermercado. Esto conlleva un coste elevadísimo que se podría suprimir obligando al usuario a consumir en la sala». (Profesional “El Local”)

La incautación de las dosis genera problemas en los usuarios de las SCH. Éstas se han obtenido con dificultad con el dinero conseguido por diversos medios (mendicidad, prestaciones, sociales, pequeños trapicheos, hurtos, etc.). La pérdida de dosis puede llevar a que los usuarios comentan actos delictivos con agresividad para conseguir rápidamente otra vez el dinero (robos con fuerza) conllevando mayores problemas con la ley. No obstante, muchos usuarios refieren ser coaccionados por la policía para que delaten a la persona que les ha vendido a cambio de no incautarles las dosis. Muchos con la desesperación de no perder las dosis acceden, generándose reyertas entre los usuarios delatores y delatados. En algunos casos, la policía actúa incautando todas las dosis excepto una, como mal menor, para el usuario no sufra los efectos del síndrome de abstinencia.

Los usuarios refieren recibir, en ocasiones, un trato punitivo que viola sus derechos e integridad. Por ejemplo, a finales de mayo de 2014, Pedro, “parroquiano” del CAS Fòrum, me habló de un episodio durante la semana del festival de música Primavera Sound: «No veas, tío. Vengo de la parada del Tram, al lado del festival y me ha parado *la poli* me ha hecho fotos de arriba abajo. Dicen que es el nuevo protocolo. Ya les vale! Pero qué se creen que no me he dado cuenta que me han hecho una foto de mi cara. Yo entiendo que hagan prevención pero creo que ya se pasan».

Esmeralda reivindicaba durante la entrevista que no encontraba lógico la actuación policial en las inmediaciones de las SCH:

«Yo vengo con una papela a consumir a la sala, para eso están las salas. ¿Para qué están? ¿Para que nos metéis presos en los calabozos y nos *ponéis* contra la salud pública? ¿En la cárcel quién está? los pobres. ¿Por qué no está la gente de dinero?» (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

En otros casos, como ya he comentado en el apartado 5.1., muchos usuarios deciden consumir en lugares escondidos, alejados del cerco de la policía, para evitar este tipo de trato corriendo el riesgo de sufrir los efectos negativos de consumir en lugares insalubres y desprotegidos.

Este tipo de actuaciones en las inmediaciones de las SCH conducen a desvirtuar los objetivos de estas estrategias y a que se considere la puesta en marcha de estos dispositivos como un “modelo perverso”. Profesionales y usuarios opinaban sobre este hecho:

«Aquí en Cataluña hay doble moral. No entiendo esto de las narcosalas (SCH) y luego castiguen tanto a los consumidores. [...] No veo bien que esperen a quien entra a la narcosala. Yo cuando les veo, les digo que llevo y aviso que si me lo quitan me voy a tener que buscar la vida por otro lado y no quiero delinquir. Me jode esa doble moral. A por *yonquis mataos* de droga. Las narcosalas están bien pero deberían tener consideración porque saben quién vende y quién no vende». (Kike, “parroquiano”, 1979)

«No sé qué hace tanta gente en la cárcel con aspectos relacionados con la salud pública, habría que hacer también un cambio de mentalidad. Un valium en la calle te puede llevar a la cárcel porque se puede considerar tráfico. Creo que habría que explicarle también a los policías lo que significa dar un valium. [...] Son unas legislaciones antiquísimas, la gente puede estar tomando valiums y en la calle en cambio dar un valium, tú lo sabes, cogen a una chica dándole un valium a otra y es un motivo cárcel». (Profesional SAPS)

El acoso policial impone barreras que dificultan el acceso de los usuarios a las SCH. Ante este tipo de actuaciones y con ánimo de formalizar una colaboración con la policía

y las SCH, profesionales y usuarios expresaban una serie de medidas para evitar la criminalización de los usuarios de las SCH:

«Debería haber una tarjeta de Baluard, como que eres consumidor para demostrar que eres usuario y a ti no te pueden quitar eso. Como los carnets de fumar marihuana que también te lo pueden quitar y te dicen que te la guardes en *los huevos* porque te cobran 50 euros. Lo deberían hacer con Baluard, te *pillan* y demostrar que eres consumidor. [...] Los consumidores deberíamos tener una forma de defendernos cuando nos paran con nuestras dosis, que no nos las quiten». (Jonatan, “rutero”, 1984)

«El problema es la policía y se debería hacer un perímetro donde no parar al usuario y dejarlo que lleguen al centro. O si lo paran, yo estaría encantado de trabajar conjuntamente con la policía para fomentar la vida sana de ese usuario y no bajarle todo lo pendiente de causas. Yo estaría encantado que nos avisaran y lo escoltáramos hasta el centro para que consuman. [...] Debería haber políticas para poder trabajar con policía, ¿qué es eso que pueda consumir en la sala y llevar droga encima, no?» (Profesional “El Local”)

La coordinación entre la policía y los responsables de las SCH es fundamental para evitar el acoso policial. Se precisa mayor colaboración con los cuerpos policiales para que éstos actúen como agentes sociales que animen a los usuarios que consumen en la vía pública a hacerlo en las SCH. También es necesario establecer un perímetro libre de presión policial y sería recomendable que los consumidores dispongan de unos carnets específicos que acrediten que son usuarios de las SCH y así, puedan identificarse como tales. A su vez, cabe una mayor formación de la policía acerca del consumo de drogas y los estilos de vida de los consumidores para una mayor comprensión y un trato más asertivo para la mejora del orden público.

9.4.2. Revisar la jurisprudencia

Muchos usuarios, sobre todo los de tipo “rutero” y “parroquiano”, son detenidos por buscarse la vida revendiendo benzodiazepinas, obtenidas por receta médica prescritas en los CAS o los médicos de familia, y dosis de drogas obtenidas en el mercado negro.

También, por la tenencia de diversas dosis¹¹⁷son acusados de tráfico de drogas. En estos casos, son conducidos a comisaría para declarar y en caso de ser inculcados, pasan a disposición judicial. Muchos usuarios desconocen la ley, al ser detenidos, y se encuentran indefensos en los modos de actuar ante una declaración y una alegación de sus derechos. Por ejemplo, a finales de marzo de 2014, asistí a un taller en CAS Baluard impartido por abogados para poner en conocimiento a los usuarios de sus derechos ante una detección policial. Mateo, un usuario de este CAS, explicaba molesto un episodio con la policía: “El otro día venía de comprar aquí al lado de casa del *paki* y venía a consumir aquí a Sala Baluard y me pararon en la misma puerta y me multaron por llevar 3 bolas... ¿esto qué es?”. Una de las abogadas exponía con severidad que “la verdad que no se debería actuar así y creo que deberíamos denunciar el acoso policial, porque es anticonstitucional, si uno va por la calle y lleva dosis para su consumo y lo va hacer en la sala no deberíais ser multados”.

Kike, “parroquiano” del CAS Baluard y colaborador en estos talleres, me habló molesto del trato recibido en las comisarías de policía:

«Es que nos la hacen doble... nos envían a los calabozos por *pringaos* y nos ponen en comisaría 72 horas comiéndose *el mono* sin medicación. Deberían tener otra actitud. Mientras no tengas antecedentes por trapicheo o estén caducados, enseñes esa tarjeta y no te molesten. Es como una vez que me pararon a mí y a una amiga, yo llevaba *tranquis* (alprazolam) y les dije que los tenía de Galicia y me dijeron que no hacía falta decir quién era la que me había vendido, me lo decían en femenino y me tuvieron ahí media hora parado pero nada en contra mía. Esperaron a que saliera ella para decirle que yo estaba en comisaría chivándome de ella. Me pedían firmar a ella pero yo no firmé ni el acta de incautación, ni la citación, ni nada. Nunca les he firmado nada. Esas cosas no se pueden hacer». (Kike, “parroquiano”, 1979)

Los usuarios deben aumentar sus conocimientos de sus derechos y de cómo actuar ante la detección policial. Para ello, se precisa que en las SCH se promuevan la realización de talleres para trabajar aspectos legales dinamizados por abogados especialistas en este colectivo.

¹¹⁷ Las dosis obtenidas en el barrio de La Mina son de cantidades alrededor de un octavo de gramo envueltas en bolas. Los usuarios que precisan más cantidad deben comprar varias “bolas”. La tenencia de varias dosis puede ser considerada como delito por intuirse que se llevan dosificadas para la venta callejera.

Al pasar a disposición judicial y ser acusados de atentar contra la salud pública, la pena puede conducir a cumplimiento de prisión de entre 3 y 6 años. En el caso de declararse la atenuante de drogodependencia, la pena puede quedar reducida y en el mejor de los casos se pueden aplicar medidas penales alternativas realizando seguimiento y tratamiento en centros especializados para las drogodependencias. Los profesionales criticaban la aplicación de estas medidas desproporcionadas que provocan la reiteración de entradas en prisión:

«El pequeño tráfico y consumo que acabe derivando en prisión, la acumulación de multas, creo que no es la solución ni para el sistema judicial, ni para él. No creo que se deba usar la prisión como método de desintoxicación. No debería haber tantas personas en prisión por salud pública». (Profesional Baluard)

«Están tirados y no tiene los mismos derechos que otra persona. Tantas entradas a prisión no sirven para nada, no arreglamos nada así». (Profesional “El Local”)

Además, muchos usuarios acumulan varias denuncias por actos incívicos como dormir en la calle, desechar material de consumo en la vía pública y otras acciones de carácter menor que pueden conducirles a prisión por el impago de las multas. Por ello, en la actualidad¹¹⁸, en varias SCH como SAPS, CAS Baluard y “El Local” de La Mina se ha potenciado la colaboración con colectivos de abogados para revisar y estudiar los diferentes casos de actos judiciales de los usuarios. Profesionales y técnicos de La Mina explicaban este tipo de intervención:

«Actualmente hemos contactado con Alejop¹¹⁹, una asociación de abogados. Los mismos del SAPS. No tenemos apoyo como en Barcelona. Ellos delinquen o en Badalona o por Barcelona y no conseguimos soporte jurídico por ser Sant Adrià. Ahora la educadora les acompaña a la Ciutat de la justícia para ver las causas y valorar cómo se pide el pago de multas y todo eso y así es como lo solucionamos. Los educadores hacen un gran trabajo y esta asociación nos ayuda mucho. [...] Estamos planteando que hagan medidas alternativas aquí dentro, haciendo trabajos. Estamos empezando y vamos

¹¹⁸ En SAPS de Creu Roja fue el precursor de la asesoría jurídica a usuarios.

¹¹⁹ Véase el siguiente enlace [consultado 20/1/2016]: <https://asociacionalejop.wordpress.com/contacto/>

hacer una formación para aprender a leer los papeles que traen los usuarios». (Profesional “El Local”)

«Como tienen tantos juicios se está intentando una colaboración con un grupo de abogados que ya existe, que ya están en algunas salas de Barcelona y da asesoramiento a profesionales de “El Local” y que hacen intervenciones directas. Estamos intentando formalizar esta colaboración y poder ampliarla. A veces se hace un trabajo con esa persona y te lo enganchan y te lo meten en la cárcel. Si hay algún abogado implicado se pueden evitar algunas condenas». (Técnico Sant Adrià de Besòs)

La colaboración de los colectivos de abogados que realizan asesoría jurídica en las SCH, es un recurso que ha comenzado a dar sus frutos para mejorar la situación jurídica de de usuarios con multitud de multas y denuncias por faltas administrativas y delitos menores. Se precisa afianzar este tipo de colaboración para formalizar el apoyo de los procesos judiciales y promover que los delitos se cumplan con medidas penales alternativas que se realicen con garantías, según las posibilidades de los interesados. Se requiere una mayor cercanía entre los colectivos de abogados y las SCH y en el mejor de los casos, sería preciso integrar en los equipos profesionales la figura del abogado para una mayor coordinación de cada caso.

9.4.3. Alternativas a la prisión

Aunque existe la posibilidad de aplicación de medidas penales alternativas a la prisión por los delitos menores, muchos de los usuarios deben cumplir condena reiteradamente por aplicárseles la reincidencia. La entrada en prisión supone, en muchos casos, romper procesos vitales en usuarios que han iniciado una búsqueda terapéutica para el tratamiento de las drogodependencias. A su vez, el ingreso en prisión no es una garantía de un tratamiento con resultados positivos. Más bien, es un empeoramiento de la situación de los consumidores: desarraigo familiar, mayor estigmatización, problemas de convivencia por el hacinamiento de las prisiones, etc. (Fornons, 2009). Además, en el plano de la atención al consumo de drogas y las drogodependencias, los programas ofrecidos desde las instituciones penitenciarias distan de una atención de calidad para la cobertura de las necesidades de los usuarios. En las prisiones catalanas, aunque los programas de mantenimiento con metadona fueron introducidos con éxito en el año 1992, la puesta en marcha de los programas de intercambio de jeringuillas ha sido tardía

y deficitaria (Crespo y Codern, 2010). Son varias las razones: dificultad de la introducción de estos programas por la oposición de los cuerpos de seguridad, falta de motivación por los profesionales responsables de llevar a cabo el programa, desconfianza de los internos hacia el programa y la baja cobertura del programa (Bañuls et al., 2013; Crespo y Codern, 2010). Además, aunque se han introducido los PIX en las prisiones catalanas, aún hay prisiones que no lo han puesto en marcha. Una de ellas es el Centro penitenciario de Hombres de Barcelona (La Modelo). Esta prisión es por la que suelen ingresar todos los detenidos que están en esta situación de preventivos. Dentro de las prisiones proliferan sustancias y muchos al ingresar aún mantienen el deseo de consumir, por lo que lo harán con pocas medidas higiénicas, fabricando jeringuillas con artilugios no estériles o alquilando jeringuillas ya usadas. Además, las opciones terapéuticas de tipo psicosocial y psicológico son de dudosa garantía. Los programas ofertados están sujetos a la valoración de la adjudicación de permisos y a la revisión de grado, lo que produce que muchos internos refractarios lo instrumentalicen suponiendo pocas mejoras para el seguimiento de las drogodependencias de forma sincera.

El ingreso en prisión no es la mejor opción para los consumidores de drogas. Por ello, los profesionales y usuarios proponían una serie de medidas penales alternativas:

«Quizás se debería poner servicios comunitarios o algo así. No sé, es que la prisión no te acaba de arreglar. Meter a un toxicómano en prisión no creo que sea el remedio». (Edgar, “rutero”, 1974)

«Tengo las multas, de esas tontas que tengo. Si saben que estoy enferma y tengo una paga no contributiva pues por favor que no me metan presa o que no me quiten el dinero. Que me dejen hacer medidas alternativas o lo que sea». (Esmeralda, “parroquiana”, 1974)

«Estaría bien tener unas horas de abogado para poder orientarlos. Muchos tienen causas, buscas, etc. Los usuarios muchas veces te hablan de las formas de devolución de la condena y todo eso. Tener un jurista no sería una mala opción para ellos y poder formalizar una forma para la devolución del delito». (Profesional Fòrum)

La opción de pagar las multas no resulta compatible con los estilos de vida de los usuarios. Como alternativa, los profesionales refieren que el pago del delito debe

realizarse con medidas enfocadas desde una óptica pedagógica, donde el usuario tome consciencia y a su vez pueda resolver de una forma óptima su problema. Dos profesionales lo reflexionaban al respecto:

«A nivel general hay un factor del desconocimiento, estigma, prejuicio por parte de las instituciones judiciales y policiales. Hay un desconocimiento de la persona que no permite ver más allá del propio delito. Se despersonaliza a la persona. El trabajo va directo a la punición y el castigo. Se castiga aunque hay medidas alternativas, no se da cabida a una educación. Igual si se aporta un conocimiento de lo social a la policía o juez permite un acercamiento a la persona». (Profesional “El Local”)

«Las medidas alternativas las veo positivas siempre que estén enfocadas con una óptica educativa, que no sea un trabajo forzado. Sería una oportunidad poder trabajarlo con una persona que pueda sentirse útil y hacerse cargo de su responsabilidad, que no sea una punición y sea una oportunidad». (Profesional SAPS)

En la valoración de los usuarios que han cometido delitos se precisa un análisis global de su situación donde además de la revisión del delito se sumen las consideraciones del resto de necesidades que he ido desarrollando a lo largo de los capítulos anteriores.

9.4.4. Formalizar a los “indocumentados”

En los últimos años ha aumentado los consumidores extranjeros no comunitarios. Estos tienen serios problemas de regularización de permisos de residencia y/o de documentación de identidad que les impide tener acceso a la salud, trabajo y otras prestaciones sociales. Un profesional reflexionaba sobre este aspecto:

«Hay una cosa previa que yo diría que es urgentísima, son esas personas que tenemos por aquí flirteando con las drogas que no tienen país y que no se van a marchar del nuestro. Hay gente que nunca se va a ir de aquí y nunca le vamos a dar papeles. Ni se van a ir, porque no tienen dónde ir, porque sus países han cambiado incluso sus fronteras...Yugoslavia tal y cual... no tienen familia, no tienen cosas y no se van a marchar. Aquí hay que hacer una actuación sobre una bolsa... no te digo los próximos pero te digo que hay una bolsa histórica en la que tendríamos que hacer una actuación y aquí disminuiría la delincuencia y la peligrosidad porque son gente que no tiene modus vivendi y que cada día tienen que comer y consumir. Gente que tiene aquí 12, 15 y 18 años aquí, que te hablan catalán y que no tienen papeles y es que además, el abogado te

dice que no los va a tener nunca. A esas personas hay que estudiar, concretamente, qué se hace con esa bolsa. Si esto no se soluciona vamos a seguir viviendo con una peligrosidad lógica... si no les dejamos trabajar... Entonces habría que hacer una reflexión sobre cómo a esas personas se les ha llevado a la cárcel». (Profesional SAPS)

Con ello, se han creado bolsas de personas que no tienen un lugar donde regularizar su situación personal teniendo que vivir en extrema exclusión social. En la actualidad, muchos usuarios son detenidos y no pueden demostrar su nacionalidad, abriéndose procesos de expulsión. Muchos deben ingresar primero en los centros de internamiento de extranjería (CIE), dispositivos de cuestionable seguridad donde se violan los derechos de las personas a diario (Jarrín, Rodríguez-García, de Lucas; 2012).

En general, deben buscarse alternativas para dar atención legal de los consumidores “indocumentados”. A nivel macro, se precisa una regulación y revisión de la ley de extranjería, específicamente en usuarios expulsados, refugiados y otros que por razones de derechos humanos no puedan volver a sus países de origen.

CONCLUSIONES

Desde el año 2001, tomando como punto de inflexión la puesta en marcha de una SCH para hacer frente a la situación de la fuerte escena de consumo de drogas que se generó en el barrio de Can Tunis y el posterior despliegue de estos dispositivos por todos los distritos de la ciudad emprendido tras el derribo de este barrio en 2004, se ha producido un cambio en la óptica de la atención del consumo de drogas por vía parenteral de Barcelona. Las SCH han modificado el trato de los profesionales con los consumidores trabajando desde un principio de realidad, abordando sus necesidades y normalizando el hecho de que muchos quieren seguir consumiendo y otros desean dejar de consumir pero no pueden. Ha sido un gran avance la aceptación del consumo, perspectiva impensable cuando comenzaron a ponerse en marcha los primeros CAS que perseguían la abstinencia de forma estricta.

Sin embargo, en ocasiones, la puesta en marcha de las SCH ha tenido un interés muy alejado de sus objetivos iniciales. En la expansión de estos dispositivos, estas salas han servido como elemento de disputa entre los partidos políticos locales, enfrentando a la ciudadanía contra el gobierno del ayuntamiento. A su vez, se han desprestigiado sus objetivos transitando, en muchas ocasiones, de una perspectiva de salud pública a su uso como elemento para mantener el orden público. La crítica de estos dispositivos, promovida por los partidos de la oposición y respaldada por los medios de comunicación, ha sellado el malestar de los vecinos provocando el empleo de las fuerzas policiales para desplazar a los consumidores de drogas a otras zonas de venta de drogas y forzando su invisibilización con las SCH como la tapadera de los síntomas de una sociedad que precisa un debate para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. En sucesivos episodios, estas estrategias se han llevado a cabo sin contar con los propios afectados y sin que haya un debate público abierto con la participación de todos los agentes sociales implicados.

En la actualidad, los cambios sociales de los mercados de venta de drogas, la crisis económica, la falta de coordinación de la ciudad de Barcelona con los municipios vecinos con barrios de venta de drogas, la desigualdad de distribución de los servicios de salud para la atención a los consumidores y el estancamiento de ideas en las políticas

de reducción de daños, deben invitar a repensar las políticas públicas de atención a las drogodependencias de Barcelona hacia un modelo más efectivo. La investigación ha evidenciado los claroscuros de estas políticas. Desde los años 90 se ha avanzado en la puesta en marcha de centros sociosanitarios que ofrecen tratamientos y programas de reducción de daños para hacer frente a los problemas derivados del consumo de drogas. Desde una óptica de salud pública, se han producido resultados positivos: disminución de muertes por sobredosis y de la infección del VIH y las hepatitis, aumento de usuarios en tratamiento y una mejora de la calidad de vida. Desde los CAS y centros de reducción de daños con SCH se han desarrollado programas e intervenciones para la atención de otras áreas de necesidad de los consumidores. Sin embargo, estas intervenciones han quedado reducidas en exceso al control epidemiológico de los daños producidos por el consumo de drogas. Como resultado, en la actualidad aún es tímido el desarrollo de nuevas propuestas que den un salto cualitativo respecto a la calidad de vida de los consumidores.

Con este punto de partida, esta tesis se enmarca en la Epidemiología sociocultural y adopta una perspectiva micro con el fin de investigar las prácticas de los usuarios y profesionales de las SCH. Pretende ir más allá de un diagnóstico de salud que no procura un entendimiento detallado del fenómeno. Aunque se ponen en evidencia los aspectos positivos de las políticas de reducción del daño en términos de salud, quedan muchos asuntos pendientes que se deben ser considerados porque, justamente, afectan de forma directa e indirecta a la eficacia de estas políticas. Así pues, con el fin de procurar un entendimiento distinto de este fenómeno, se realizó una etnografía multisituada en tres escenas de consumo (en los barrios del Raval y la Zona Franca de Barcelona y el barrio de La Mina de Sant Adrià de Besòs y sus alrededores).

Gracias a los datos recogidos en espacios “naturales” de consumo (en la vía pública) y dentro de los espacios socio sanitarios con SCH -dos centros de reducción de daños (SAPS y “El Local”), una unidad móvil (Zona Franca), un CAS de nueva generación (Fòrum) y un centro de reducción de daños transformado en CAS integral (Baluard)-, se ha realizado una comparación de las necesidades de los consumidores. Se han descrito los procesos de salud/enfermedad/atención y sus estilos de vida sobre la base de la concepción del riesgo que proyectan en diferentes lugares: la vía pública, viviendas y las SCH. Además, los datos recogidos por la etnografía multisituada y las fuentes

textuales han permitido analizar los cambios de intensidad de las escenas de venta y consumo de drogas a lo largo de los años, así como las repuestas de las administraciones para dar cobertura a los problemas generados en los movimientos de estas escenas.

En esta investigación dichos aspectos se han contrapuesto a las respuestas sociosanitarias de las administraciones de salud pública, diseñadas para hacer frente a los riesgos y daños del consumo de drogas en las diferentes situaciones. Con ello, se han evaluado los programas de reducción de daños proyectados en las SCH de la ciudad de Barcelona, realizando una serie de propuesta para la revitalización de la intervención sociosanitaria sobre drogas. Así mismo, se han realizado una serie de propuestas de atención sociosanitaria y legal orientada hacia nuevas perspectivas de actuación para mejorar la calidad de vida los consumidores de drogas en situación de exclusión social. Antes de discutir estas propuestas, a continuación se repasan los distintos estilos de vida y procesos de salud /enfermedad/atención de los usuarios de las SCH, así como los riesgos y daños del consumo de drogas en la vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. Estas propuestas están fundamentadas en los resultados del análisis de los estilos de vida, los procesos de salud/enfermedad/atención asociados, y las concepciones del riesgo a las que dan lugar.

Los estilos de vida y los procesos de salud/enfermedad/atención de los usuarios de las SCH

Entre los usuarios de las SCH existe una diferencia generacional en cuanto al uso de sustancias según los períodos de expansión de éstas. A su vez, existen diferentes motivaciones en los usos de las drogas y de las SCH según los estilos de vida de la población estudiada. Por ello, se propone una tipología de los estilos de vida identificados.

Diferencias generacionales en el consumo de drogas

Los iniciados a finales de los 70 y los 80, se caracterizan por el consumo de heroína y/o cocaína por vía parenteral de forma temprana en una época que no existía una red asistencial específica de las drogodependencias. Estas formas de consumo se expandieron rápidamente por los barrios marginales de las grandes ciudades aumentando la criminalidad (robos con fuerza en entidades bancarias y farmacias) y los

problemas de salud asociados al consumo (SIDA, sobredosis y otras reacciones adversas) en una época con poca información acerca de los efectos de las drogas y una baja concienciación respecto a éstos.

Los que se iniciaron a mitad de los 80 y principios de los 90 se desarrollan en una época en la que comenzó a tenerse conciencia de los efectos negativos del consumo por vía parenteral. No obstante, se produjo el mayor registro de muertes por sobredosis y probablemente la etapa de máxima expansión del VIH. Sin embargo, las respuestas desde la Administración de Salud Pública no comenzaron a tener una respuesta favorable hasta mediados de los años 90 cuando se pusieron en marcha los programas de reducción de daños (PIX, PMM, etc.), momento en que los nuevos movimientos juveniles rechazaron el uso de drogas por vía parenteral coincidiendo con una nueva cultura musical y de uso de sustancias estimulantes (cocaína, MDMA, *speed*, etc.).

Los iniciados en el consumo a mediados de los años 90, nacidos a finales de los 70 y principios de los 80, comienzan a consumir heroína y cocaína por vía parenteral y/o pulmonar tras un tiempo de experimentación y consumo de sustancias en espacios de ocio. Este se torna intenso, adoptando un nuevo significado como paliativo del malestar diario de las circunstancias personales y sociales del proceso vital.

Motivo de uso

En los tres grupos generacionales se achaca el uso de drogas y el desarrollo del problema de las drogodependencias como forma de autoatención para paliar los malestares producidos en el seno familiar. En la mayoría de casos, aparecen problemas parentales donde se sitúa la figura del padre como elemento disfuncional en el sistema de relaciones de la familia. Con el tiempo, en edades más adultas, los consumidores que arrastran problemas en la infancia o los iniciados en un consumo intenso en edades adultas, relacionan sus problemas existenciales durante el desarrollo de la formación de parejas sentimentales. En algunos casos, éstos se agravan en aquellas parejas con hijos donde los problemas de relación suceden a la pérdida de la patria potestad de los hijos.

El consumo intenso de drogas y la organización de la vida alrededor de éstas resultan ser incompatibles con el desarrollo de actividades lúdicas, laborales y educativas. En buena parte de los entrevistados, las vidas laborales son inexistentes o cortas debido a

las dificultades de compaginación con el consumo de drogas y de encontrar empleos cualificados debido a la baja instrucción educativa. En esta situación los consumidores emplean diferentes métodos para “buscarse la vida” y a vivir en condiciones de marginalidad. En muchos casos, los consumidores emplean métodos ilegales, como los hurtos, robos y venta de drogas al por menor que conllevan problemas con la ley e ingresos en prisión. En el caso de los inmigrantes, esta situación se agrava por la dificultad de regularizar su situación teniendo problemas en el acceso a la salud, al empleo, a la vivienda y al ocio.

A lo largo de las etapas de consumo intenso se desarrollan problemas de salud (síndromes de abstinencia, sobredosis e infecciones) que estimulan a los consumidores a reflexionar sobre el rumbo de sus vidas buscando diferentes métodos de autoatención y a acudir a los centros de salud de la red asistencial de drogodependencias. Muchos emprenden itinerarios terapéuticos en los servicios de salud ambulatorios (CAS y centros de día) y en centros cerrados (comunidades terapéuticas y prisiones) y utilizando métodos de autoatención (deporte, pasar el *mono*, ingesta de benzodiazepinas, etc.) con el ánimo de cesar el consumo intenso de drogas.

Tipología de los estilos de vida.

Los procesos de drogodependencias se caracterizan por seguir un circuito de etapas de consumo de drogas intenso, períodos de abstinencia, ingresos en prisión u hospitales y el paso por diferentes instituciones para recibir atención a las drogodependencias. En la investigación, se ha realizado una tipología del uso de drogas y de la adherencia a las SCH que describe y compara los estilos de vida de los consumidores. La tipología se compone de los siguientes estilos de vida:

a) “Rutero”. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad que realiza más de 5 ó 6 consumos diarios. Acude a la SCH para consumir y no participa en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) “Parroquiano”. Consumidor de heroína o cocaína, por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad; dos o tres consumos diarios aunque no todos los días. Está altamente comprometido con la actividad de los centros con SCH.

c) “Pasajero”. Consumidor que acude a las SCH en su trayecto de casa al trabajo o viceversa u otra actividad no relacionada con el consumo de drogas. Consume heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, dos o tres veces al día. No realiza tratamiento para las drogodependencias.

d) “Fiestero”. Consumidor en proceso de recuperación, en tratamiento o terapia en algún centro de salud (CAS, CSMA, etc.). Acude, en días ocasionales, a las SCH para darse un *homenaje* de heroína o cocaína por vía parenteral.

En cada tipo social se moviliza la búsqueda del bienestar personal. En las SCH los usuarios continúan consumiendo, solicitan tratamientos y terapias, piden ayuda para cubrir sus necesidades básicas y reflexionan sobre el futuro. Los usuarios de tipo “rutero”, refieren el deseo de buscar diferentes métodos para controlar o dejar el consumo diario, el cual, les reporta una serie de problemas insostenibles. Los “parroquianos” expresan el deseo de no empeorar su situación y no intensificar el consumo a diario para poder replantearse, en un tiempo, un tratamiento con garantías que aumente su calidad de vida. Los “pasajeros” verbalizan el deseo de continuar ocultando su situación actual y recapacitar para buscar medidas que no les lleven a un consumo más intenso o, incluso, para alejarse del consumo a diario. Los “fiesteros” refieren el deseo de no transformar el consumo ocasional en habitual para así no dejar de cuidarse y empeorar su situación actual.

Riesgos y daños del consumo de drogas en la vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico

En el recorrido de los consumidores/usuarios de las SCH se producen innumerables situaciones durante la práctica del consumo de drogas que conlleva una valoración de los riesgos según el tipo de lugar donde se realiza. En cada caso, se valoran una serie de aspectos positivos y negativos que reporta el consumo de drogas en la vía pública, viviendas y SCH según el estilo de vida de los consumidores. En el caso de valorar un posible daño, los consumidores/usuarios de las SCH adoptan una serie de medidas de protección.

Consumo en vía pública

En relación al consumo de drogas en la vía pública, los consumidores, sobre todo de tipo “rutero” y “parroquiano”, refieren que este tipo de experiencia reporta beneficios para una vivencia de los efectos más intensa de manera colectiva. Ésta se intensifica en el caso del consumo de cocaína argumentando que este tipo de consumo es más tranquilo y vivencial en la vía pública que realizándolo en las SCH. Por el contrario, muchos consumidores, sobre todo de tipo “pasajero” y “fiestero”, consideran este tipo de experiencia de forma negativa al producirse una serie de consecuencias negativas como el riesgo de contagiarse de enfermedades transmisibles por vía sanguínea (VIH y hepatitis B y C), sufrir efectos adversos (intoxicaciones y sobredosis), recibir un trato discriminatorio por parte de vecinos y transeúntes y ser intervenidos por la policía. En estos casos, aquellos que deciden consumir en la vía pública toman medidas de seguridad como valorar las dosis que puedan tolerar, consumir en un lugar tranquilo con compañía y en caso de ser sorprendidos, utilizar una serie de argumentos para que no les incauten las dosis o sean denunciados.

Consumo en viviendas

El consumo de drogas en viviendas se produce en aquellos usuarios que disponen de ella y de tipo “rutero” que viven en casas okupas, como una mayoría de italianos o georgianos. En el caso de los consumidores por vía pulmonar, el consumo se produce en viviendas porque en Barcelona sólo se dispone de una SCH para esta vía (CAS Baluard). Así pues, en los restantes barrios sin este servicio, los consumidores deben buscarse formas para evitar contratiempos en la vía pública. En barrios como La Mina y el Raval se han detectado pisos donde los vendedores permiten el consumo por esta vía. En general, se refiere que en este tipo de espacios se puede consumir con tranquilidad y sin ser molestado por otros usuarios o sin tener las presiones de las normas de las SCH. Sin embargo, los consumidores por vía parenteral refieren que se corre el riesgo de sufrir sobredosis y tener pocos medios para remontarlas, además de crearse problemas con los compañeros de piso o familiares. Los consumidores de cocaína refieren que en caso de ansiedad y paranoia es difícil controlar la situación. Para evitar este tipo de situaciones, los consumidores refieren consumir acompañados, disponer de móvil para avisar y llevar kits de naloxona para utilizar en caso de sobredosis.

Consumo en SCH

La mayoría de consumidores explica que tomar drogas en las SCH es una buena medida para evitar sobredosis e infecciones y no tener problemas con el vecindario y la policía. Este tipo de consumo lo realizan con mayor frecuencia los “pasajeros” y “fiesteros” que intentan evitar a toda costa daños a la salud, sociales y legales. Sin embargo, gran parte de los consumidores dicen que consumir en la SCH reporta problemas como ser increpado por otros usuarios (tener discrepancias a la hora de repartir dosis compradas a medias u otras impertinencias). A su vez, también opinan negativamente sobre tener que hacer colas en ocasiones y asumir las normas de la SCH. En estos casos, para evitar este tipo de molestias, los usuarios refieren evitar transacciones de drogas con otros usuarios, preservar la tranquilidad dentro de la SCH y acudir a SCH poco masificadas.

Las SCH son espacios donde se puede consumir con las garantías de no morir por sobredosis y no contraer enfermedades infectocontagiosas. No obstante, los consumidores no siempre acuden porque prefieren utilizar otros lugares y porque las SCH no abren las 24 horas del día. Actualmente, entre los inyectores de sustancias se registran tasas del 70% de infectados por VHC y un 30% por VIH (Folch et al., 2012). Además, en la ciudad de Barcelona las muertes por sobredosis se han estancado por encima de los 60 casos anuales, de los cuáles el 73% se produjeron en domicilios y 12% en la vía pública. Las principales circunstancias de estas muertes se deben al uso de heroína por vía parenteral, aunque en los últimos años se detecta la presencia de cocaína en más del 50% de los casos (Brugal et al., 2013). Barcelona es una ciudad donde prolifera la heroína “blanca” con respecto a otras zonas geográficas de España (De la Fuente et al., 2006). Este tipo de heroína es mucho más soluble y fácil de consumir por vía parenteral. También, los derivados de la coca que se distribuyen en Barcelona son en forma de clorhidrato por lo que aquellos que quieran consumir por vía pulmonar precisan adquirir grandes cantidades y destreza para transformarla en *crack*. Estos hechos hacen que el consumo de heroína y/o cocaína por vía parenteral esté más extendido en Barcelona que en otras zonas geográficas de España. Además, en consumidores de largo recorrido, el consumo de drogas por esta vía reporta unos efectos más intensos que por otras vías y se precisa menos gasto económico. Asimismo, en cuanto se produce la transición a esta vía de consumo es muy difícil volver a consumir por otras vías, debido a estas causas y cuestiones personales.

Evaluación de los programas de reducción de daños

A continuación, se resume el análisis de cada uno de los cinco programas estudiados y se aportan recomendaciones para aumentar su efectividad:

Programas de intercambio de jeringuillas

En los barrios estudiados no existe una cobertura de puntos PIX para las 24 horas del día, quedando parte de la franja nocturna sin cobertura, siendo preciso aumentar los horarios, el personal y los servicios destinados a esta función y una mejora de la coordinación entre los servicios que realizan este programa entre los diferentes lugares de venta y consumo de drogas. Para una mayor cobertura se valora la necesidad de dispensar el número de jeringuillas que los usuarios necesiten sin que esté sujeto exclusivamente al intercambio. La recuperación de jeringuillas usadas puede promocionarse con sistemas que animen a concienciar a los usuarios a mantener limpia la vía pública como los talleres de recogida comunitaria o hacer registros de “reservas” para aquellos usuarios que devuelven gran cantidad de jeringuillas en los puntos PIX. Además, es necesario que se dispense material para el consumo por vía pulmonar y nasal. Por último, se propone fomentar que los usuarios siempre se lleven jeringuillas consigo al abandonar las SCH, sobre todo para la franja horaria nocturna.

Talleres de venopunción higiénica y para el cambio de vía

Las SCH son espacios para consumir de forma higiénica y segura evitando la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las muertes por sobredosis. No obstante, existe la dificultad de que los usuarios adopten las indicaciones de los profesionales puesto que a estos espacios acuden básicamente para consumir siendo difícil la interiorización de pautas de consumo higiénicas. Para trabajar este aspecto, se recomienda una mayor inversión para la realización de talleres de promoción de la salud en el consumo de drogas. Concretamente, deben realizarse más talleres de venopunción higiénica y para el cambio de vía para promocionar unas buenas prácticas resolviendo falsas creencias y praxis erróneas del consumo de drogas con graves consecuencias para la salud.

Diagnóstico y seguimiento de las enfermedades infectocontagiosas

En los centros con SCH se realizan pruebas rápidas y analíticas para la detección de enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, los usuarios son reacios a realizarse las

pruebas y llevar un seguimiento para el control de estos problemas de salud. Muchas veces desconfían de los profesionales o rechazan hacerse las pruebas para evitar conocer un resultado no deseado. Para aumentar la concienciación y seguimiento se precisa reforzar la atención y la promoción de la salud con talleres para la adherencia a los tratamientos específicos para las infecciones del VIH y las hepatitis (B y C). Asimismo, es necesario agilizar los protocolos de derivación para el seguimiento de estas patologías desde los servicios sanitarios de la red asistencial.

Talleres de atención en sobredosis y distribución de naloxona

Consisten en talleres remunerados de dos sesiones en los que se explican los factores que pueden causar las sobredosis, los signos y síntomas y cómo actuar haciendo uso de la naloxona, antídoto de los opiáceos. En Barcelona existe una alta participación en este tipo de talleres, sin embargo hay dificultades para asimilar los factores que producen las sobredosis por la dificultad de interiorizarlos y/o por la barrera idiomática. Además, tienen ciertas limitaciones y desconocimiento de cómo abordar las sobredosis en la vía pública y viviendas. Se precisa continuar manteniendo este tipo de talleres y es aconsejable que sean dinamizados por usuarios expertos, agentes de salud, para una mayor asimilación de los contenidos. Así mismo, es necesario que estos talleres se realicen en viviendas, como casa okupas, pues son los lugares donde se producen más muertes por sobredosis.

Análisis de sustancias

Este servicio consiste en entregar una cantidad ínfima para analizar en laboratorio. Se realiza en el CAS Baluard y se analiza en los laboratorios de Energy Control. Con este tipo de intervención se detectan los adulterantes y los porcentajes de sustancia. Sin embargo, los usuarios son reacios a utilizar este tipo de servicios porque son escépticos a estas informaciones. Por el contrario, muchos usuarios realizan sus propias valoraciones comprobando los efectos de las sustancias al consumirlas. Se valora que debe promoverse la responsabilización de los usuarios y la difusión de la composición de las sustancias para exigir mayor calidad a los vendedores.

Hacia una mayor eficacia de las salas de consumo higiénico

En cuanto al funcionamiento y normativa de las SCH, se han identificado una serie de aspectos a mejorar: a) ubicación; b) horarios; c) espacios de consumo higiénico; d)

consignas, zona de higiene personal y gestión de los alimentos; e) material para el consumo de drogas; f) normativa básica en la sala de consumo higiénico y otras áreas; y g) intervención de los profesionales.

a) Ubicación.

Las SCH estudiadas se encuentran situadas en barrios de venta de drogas. Sin embargo existen matices en cuanto a la ubicación de los centros. En el barrio del Raval, se considera que el SAPS está ubicado en un lugar discreto que no genera problemas al vecindario y a los comerciantes. En el caso del CAS Baluard, se valora que el centro no está ubicado en un lugar discreto y que el dispositivo tiene una funcionalidad limitada. En el caso de la unidad móvil de la Zona Franca, los usuarios opinan que las dos paradas actuales (cerca de las casas de venta de drogas y una comisaría y al lado de un ambulatorio) no son del todo adecuadas, prefiriéndose la antigua ubicación en una explanada alejada del vecindario y la comisaría. Por su lado, los profesionales consideran necesaria la transformación de este dispositivo debido a su baja actividad. En el caso de las SCH de La Mina y del CAS Fòrum se considera que ambas están ubicadas en una zona de fuerte venta de drogas. No obstante, en el caso de La Mina se opina que la ubicación de la SCH en las proximidades de un bloque donde se vende drogas ha generado actos de violencia hacia los profesionales y usuarios por parte de los vendedores. En resumen, se valora que las SCH del Raval y La Mina son necesarias al ubicarse en zonas de venta y consumo de drogas.

Sin embargo, existen SCH ubicadas en zonas con escenas débiles de venta y consumo de drogas. En relación a éstas se generan dos debates: situar las SCH en zonas débiles de venta de drogas e integrar estos espacios en los CAS existentes. En cuanto a la primera cuestión, se considera que las SCH deben estar ubicadas en zonas donde se evidencia la venta de drogas, con lo cual es imprescindible identificar y evaluar a estas zonas de ventas antes de poner en marcha las SCH. De las SCH no estudiadas solo se detecta un consumo destacable en el EPA de Sant Roc (Badalona) y un leve consumo en el CAS Vall Hebron. En el resto, el uso es anecdótico (Sants, Sarrià y Garbivent). Sobre la segunda cuestión, existen dudas sobre la efectividad de integrar las SCH en CAS existentes hace más de 20 años. Se considera difícil que los profesionales de estos centros incorporen un enfoque de reducción de daños y que los usuarios visibilicen el consumo por el riesgo de romper los acuerdos terapéuticos. Se valora que la puesta en

marcha de SCH en los CAS debe realizarse en aquellas zonas que lo precisen, estudiando y promoviendo la aceptabilidad de éstas conjuntamente con los profesionales y usuarios.

b) Horarios

Los usuarios, profesionales y técnicos coinciden que los horarios no cubren las necesidades del consumo de drogas. En ninguno de los barrios estudiados existe una cobertura de las 24 horas, existiendo una limitación en la franja nocturna y de fin de semana. En el caso del barrio del Raval, con los recortes de presupuesto realizados en 2010, el SAPS dejó de abrir los fines de semana y se eliminó la franja nocturna del CAS Baluard y parte del SAPS. En la Zona Franca el horario parece limitado pero la baja afluencia de usuarios lleva a reafirmar la necesidad de transformar este servicio. En “El Local” de La Mina y el CAS Fòrum se considera limitado el horario de apertura además no realizarse intervención por la noche. En todos los casos, se propone estudiar cómo aumentar las horas de intervención nocturna, franja horaria en la que se consume más cocaína, especialmente en aquellos barrios con más afluencia de usuarios, como es el caso del barrio del Raval y La Mina.

c) Espacios de consumo higiénico.

Existen limitaciones en la amplitud de los espacios de consumo, el número de plazas y la modalidad de espacios según la vía de consumo. Las SCH del SAPS y el CAS Fòrum son pequeñas y con pocas plazas para consumir; el resto de espacios se consideran adecuados pero con algunos matices. En relación a la vía de consumo, todas las SCH son para el consumo por vía parenteral y el CAS Baluard dispone de un espacio para el consumo por vía pulmonar. Se considera que debe promoverse la diversificación de espacios, siendo necesaria la creación de SCH para consumir por vía pulmonar y nasal. En el caso del espacio por vía pulmonar, se refiere la dificultad del manejo de usuarios consumidores de *crack*, siendo necesario crear espacios más amplios o exclusivos para esta práctica. En todos los casos, se valora que las plazas dispongan de mesas más amplias. Asimismo, se considera que haya plazas donde la persona pueda preservar su intimidad, sobre todo para casos de personas que se inyectan en zonas íntimas, jóvenes, embarazadas o personas con dificultad para consumir. Se propone, también, mejorar la accesibilidad a los espacios de consumo y hacer de estos lugares espacios cómodos con un mobiliario atractivo libre de objetos, formas o colores que alteren la percepción de

los usuarios.

d) Consignas, zona de higiene personal y gestión de alimentos

Los usuarios acuden a las SCH para cubrir sus necesidades del consumo de drogas, pero no en todos los centros se dispone de servicios básicos en cuanto a la higiene y la alimentación. Existen SCH que no tienen consignas (p.e. CAS Baluard), que no disponen de duchas (p.e. CAS Fòrum), y en la mayoría existen dificultades para la gestión de los alimentos. Se propone que todos los centros dispongan de consignas para que los usuarios puedan dejar sus pertenencias. También que los centros tengan zonas de higiene para el cuidado personal. Se reclama una mejor organización de la gestión de los alimentos para que a lo largo de los turnos se disponga siempre de alimentos y bebidas.

d) Material para el consumo de drogas

Se valora que el material de consumo que se dispensa es aceptable y de buena calidad aunque se hacen recomendaciones de mejora. Para el material de consumo por vía parenteral, se recomienda estudiar diferentes opciones de tipos de jeringuillas y buscar un tipo de filtros estériles adecuados. Efectivamente, en el caso del consumo por vía pulmonar, es aconsejable que los kits diseñados en el CAS Baluard sean distribuidos en todas las SCH y centros de reducción de daños. Estos se componen de artilugios para un consumo con menos riesgos y daños: papel de aluminio bajo en plomo para el consumo de heroína y *kits* con pipas especiales para el consumo de *crack*. Con el mismo argumento, para el consumo por vía nasal, se recomienda distribuir los kits de “El Local” de La Mina: tarjetas, superficie de cartulina y túbulos para esnifar.

e) Normativa básica en la SCH y otras áreas

Se recomienda mayor agilidad en el acceso de los usuarios con una mínima recogida de datos. La apertura de historia clínica, las pruebas complementarias y exploraciones físicas deben ser opcionales y cuando el usuario precise una atención sanitaria más completa que la supervisión del consumo en las SCH. Dentro del espacio de consumo se valora orientar en el sentido que las invitaciones entre usuarios se pacten de manera formal antes de entrar a consumir para evitar malentendidos. En relación al tiempo de consumo, se valora no limitar el tiempo (20 minutos) y permitir el que precise el usuario. En relación al espacio de tiempo entre consumos (30 minutos), se valora que

sea una recomendación más que una norma. Respecto a la ayuda entre usuarios para inyectarse existen discrepancias, pero se opina que presenciar este tipo de prácticas puede ayudar a promocionar un consumo higiénico y potenciar la autonomía, rectificando las malas praxis del consumo potencialmente reproducibles fuera de las SCH. Con respecto a las sanciones que suceden diariamente por el incumplimiento de estas normas, se valora que solo deben ser motivo de expulsión los casos de violencia hacia los profesionales y entre usuarios e incumplimientos muy graves de la normativa; en estos casos, las sanciones deben valorarse en una comisión con unos criterios establecidos. Estas indicaciones deben ir encaminadas a reducir conflictos entre usuarios y profesionales.

f) Intervenciones de los profesionales

En relación a que los profesionales ayuden a los usuarios a realizar la práctica del consumo, se valora actuar sólo en aquellos casos en que exista dificultad. En ocasiones, es difícil que los usuarios cumplan con la normativa básica del centro al estar bajo los efectos de las sustancias. En estos casos, se recomienda el uso de técnicas comunicativas adecuadas evitando recriminaciones que puedan mermar la interacción entre profesionales y usuarios. Por último, para buscar una mayor armonía entre los profesionales y las diferentes áreas de las SCH, se valora la necesidad de trabajar de forma coordinada con una óptica transdisciplinar que lleve a la rotación de profesionales por los diferentes espacios de las SCH sin que ello genere intrusismo.

Tratamientos, abordajes globales y nuevas líneas actuación

A lo largo del trabajo de campo se ha evidenciado la necesidad de revitalizar los programas de reducción de daños, las propuestas terapéuticas y otros aspectos transversales en la atención del consumo de drogas. Esto supone valorar nuevas formas de intervención para aumentar la cobertura de las necesidades de los consumidores/usuarios de las SCH.

En cuanto a los tratamientos de las drogodependencias se acusan dificultades de acceso y otras limitaciones. Respecto al acceso a los CAS, existen listas de espera para dar primeras visitas debido a los recortes de personal y horario. En el caso de la derivación a las comunidades terapéuticas se señala que éstas pueden llegar a tardar varios meses siendo difícil el seguimiento de los usuarios para que se cumpla el ingreso. Sobre ambas

cuestiones, se entiende que debe aumentarse el personal y agilizarse los protocolos de derivación a los centros terapéuticos. En relación a la calidad de las comunidades terapéuticas, aunque se han hecho esfuerzos, se valora que existen limitaciones de las perspectivas terapéuticas de los diferentes centros, siendo necesario la creación de dispositivos que sigan planes de cuidados integrales con aprobación científica. En el caso particular de los extranjeros, se acusa la dificultad de acceso a la salud debido a las limitaciones de la reforma sanitaria de 2012, así como por los problemas de la barrera idiomática que impide el seguimiento terapéutico. En estos casos, se precisa mayor agilidad en los protocolos para dar atención a los extranjeros. Además, se precisa buscar fórmulas para realizar el seguimiento y tratamiento de los usuarios con barreras idiomáticas.

Los tratamientos específicos para el consumo de heroína y cocaína requieren ser renovados. En el caso del tratamiento de la heroína, se considera limitado el tratamiento con metadona. Este fármaco no siempre reporta resultados favorables. Muchos consumidores al iniciarse el tratamiento con metadona intensifican el consumo de cocaína al no trabajarse la adicción del uso de la vía parenteral. El consumo de cocaína se produce de forma más compulsiva que la heroína y muchos usuarios para mitigar las consecuencias negativas de su consumo utilizan benzodiazepinas, alcohol y otras sustancias depresoras. Estas consecuencias complican el abordaje. Una alternativa valorada por los usuarios y los profesionales es la puesta en marcha de los programas de prescripción de heroína. Este tratamiento se considera beneficioso al dispensarse heroína que ha pasado controles de calidad bajo la supervisión de profesionales y para romper con la rutina diaria de los consumidores. Sin embargo, como cualquier tratamiento a las drogodependencias, se requiere un abordaje integral que contemple necesidades sociales y aspectos legales para maximizar los beneficios. En el caso de la cocaína, no existe una terapia sustitutiva y se recomienda un abordaje integral donde se valore las sustancias que se consumen combinadamente y otras necesidades derivadas del consumo. En ambos casos, se precisa una valoración de los problemas de salud mental en su globalidad. Se propone que los psicoterapeutas y psiquiatras actúen en un marco contextual para comprender mejor el comportamiento de los usuarios, muchas veces sujeto a situaciones de estrés, estigmatización y violencia que van más allá de los efectos asociados a las sustancias.

En el abordaje de los consumidores/usuarios de las SCH se precisa una valoración que incluya aspectos sociales y legales. Desde un plano estructural se precisa intervenir teniendo en cuenta las desigualdades de género, edad y clase.

En cuanto a las relaciones de género, las desigualdades en la salud entre hombres y mujeres se establecen por las relaciones de poder y la adquisición de unos roles de género. En algunos casos, las mujeres tienen una mayor exposición a las enfermedades infectocontagiosas por el uso de drogas por vía parenteral, el ejercicio de la prostitución y el sometimiento a tratos sexuales a cambio de drogas. Además, las mujeres sufren violencia por sus parejas masculinas y doble estigmatización por sus roles de género asignados (cuidado de otras personas, el ámbito doméstico...). En el caso de los hombres, las expresiones de violencia tienen graves consecuencias para la salud. Los hombres emplean la violencia contra las mujeres y en las transacciones de las sustancias con otros usuarios, y realizan robos con fuerza que les llevan a tener problemas con la justicia. Bajo este aspecto, se precisa una actuación integral para atender la especificidad de hombres y mujeres. Se recomienda la creación y mejora de acceso a dispositivos para mujeres víctimas de violencia machista y de programas para hombres que ejercen la violencia de este colectivo específico.

En cuanto a las relaciones de edad, existen diferencias entre los consumidores veteranos y los iniciados dependiendo de la época de inicio de consumo. Muchos veteranos iniciaron el consumo de heroína por vía parenteral en una época que no existía una red asistencial de drogodependencias específica, creando sus propias formas de autoatención alejadas de la adhesión a las propuestas de reducción de daños. Los iniciados durante los años 90, provienen de una época de expansión de drogas estimulantes y en la que comenzaban a ponerse en marcha los programas de reducción de daños. Sin embargo, en los inicios de un consumo intenso no se valoran los daños a largo plazo. El acercamiento a los programas de promoción de la salud se produce en el momento que el consumo reporta daños, quizás demasiado tarde para evitar enfermedades de tipo crónico (VIH y hepatitis B y C) y muertes por sobredosis. En ambos casos, se precisa una atención específica: en los veteranos, un abordaje del deterioro producido por el consumo de drogas a largo plazo y la aparición de problemas de salud habituales en edades adultas; en los jóvenes o iniciados más recientes, una

intervención adaptada al proceso vital para evitar los daños del consumo de drogas y el estigma social.

Estos consumidores de drogas viven en una situación de marginalidad. No tienen vivienda, están alejados de las familias, no trabajan, no realizan actividades de ocio y tienen problemas con la ley. Para iniciar un proceso de recuperación es necesario un abordaje familiar para aumentar las garantías de la atención. Sin embargo, muchos usuarios no tienen familia o ésta no desea reestablecer la relación. Ante esta dificultad muchos tienen imposibilidad de encontrar medidas concretas para cubrir las necesidades de la vida cotidiana. Muchos viven en la calle y tienen limitaciones para acceder a los albergues de la ciudad debido a la intensidad del consumo que les impide cumplir con la normativa de estos dispositivos. Ante esta necesidad se recomienda la creación de albergues específicos para consumidores de drogas. En estos deben llevarse a cabo programas de promoción de la salud y de reducción de daños (PIX, SCH, etc.) y otras propuestas terapéuticas de atención a las drogodependencias. Además, los usuarios que inician tratamiento tienen dificultades de ocupar el tiempo libre y regular o abandonar el consumo de drogas. En cuanto a las actividades para ocupar el tiempo, se propone la creación de espacios para talleres sociolaborales y lúdicos con profesionales especializados para fomentar la búsqueda de trabajo y actividades de ocio para aquellos usuarios que quieren dejar o disminuir el consumo de drogas.

Los consumidores están altamente criminalizados y reciben acoso policial diariamente en las proximidades de las SCH. Se propone una mayor coordinación con las fuerzas policiales y establecer un perímetro libre de presión policial para que los usuarios acudan a las SCH. A su vez, se recomienda que los policías actúen como agentes sensibles socialmente que animen a los usuarios a acudir a las SCH y a no consumir en la vía pública. Los usuarios son detenidos por vender medicación o dosis de sustancias y multados por actos incívicos (dormir o consumir en la vía pública), produciéndose detenciones e ingresos en prisión. En los últimos años, para estos casos, se ha establecido la colaboración con colectivos de abogados para el pago de las penas mediante medidas penales alternativas. Se precisa afianzar este tipo de colaboración y en el mejor de los casos, es necesario integrar la figura del abogado en los equipos profesionales para una mayor coordinación de cada caso. A su vez, se recomienda que el pago de las multas se cumpla con medidas compatibles con los estilos de vida de los

consumidores. Por último, en relación a los extranjeros no comunitarios se han creado bolsas de personas que no tienen un lugar donde formalizar su situación personal teniendo que vivir en extrema exclusión social. En general, deben buscarse alternativas para dar atención legal de los consumidores indocumentados y una regulación y revisión de la ley de extranjería, específicamente en usuarios expulsados, refugiados y otros que por razones de derechos humanos no puedan volver a sus países de origen.

Las diferentes propuestas de tratamiento y de programas de reducción de daños que se proponen deben ser valoradas conjuntamente con los afectados. Es necesario que en el diseño y normas de las diferentes propuestas los consumidores tengan voz para opinar y mejorar el funcionamiento de las propuestas. Es necesario que desde las SCH y las Administraciones se potencie y se apoye a las organizaciones y asociaciones de usuarios de drogas para una mayor participación en el cambio de las políticas de reducción de daños, como forma de gestión del consumo de drogas, para afianzar su participación como ciudadanos en defensa de las libertades individuales.

Limitaciones de la investigación

La Epidemiología sociocultural es una propuesta que articula la Epidemiología convencional y la Antropología médica con el afán de realizar un diagnóstico de la salud enriquecido por la recolección de datos de ambas disciplinas. Sin embargo, como se ha explicado, ambas propuestas tienen sus limitaciones debido a cuestiones conceptuales, epistemológicas y metodológicas. En este caso, no se evaluarán los resultados de los datos epidemiológicos (convencionales) de investigaciones realizadas en la ciudad de Barcelona pues éstos han sido interpretados y criticados según las necesidades y objetivos de la investigación realizada. Por el contrario, sí se reflexiona acerca de datos cualitativos producidos mediante la observación participante y las entrevistas cualitativas (historias de vida y entrevistas semiestructuradas).

En cuanto a la observación participante se ha realizado una recolección de datos significativa en los diferentes barrios estudiados, recopilando información de los centros con SCH y del consumo de drogas en la vía pública. Sin embargo, no se ha podido realizar observaciones en viviendas privadas o casa okupas, contextos donde se podría haber recogido datos para un mayor análisis de las dinámicas y riesgos del consumo de drogas en este tipo de espacios. No obstante, esta limitación se ha superado

parcialmente mediante las entrevistas semiestructuradas donde se ha preguntado sobre este aspecto.

Otra limitación del presente estudio ha sido el acceso a ciertos colectivos nacionales de consumidores de drogas. Aunque no era un objetivo específico de la investigación, en el curso de ésta se ha evidenciado que los consumidores de ciertas procedencias congregan unas especificidades en el consumo de drogas y el uso de los servicios de salud que precisan ser estudiados con profundidad. Estas dificultades se deben a la complejidad de establecer diálogo con ciertos usuarios por el problema de la barrera idiomática que se ha tenido, sobre todo, con colectivos de países de Europa del este. Con los colectivos de países del sur de Europa (Francia e Italia) no han existido dificultades porque son colectivos que aprenden rápido el castellano o tampoco las ha habido con los de las zonas del Magreb que llevan muchos años establecidos en la ciudad de Barcelona. Otra limitación de acceso a los usuarios se relaciona con la tipología diseñada. Es el caso de poder establecer una relación cercana con los usuarios de tipo “pasajero” los cuales acuden a las SCH sólo para consumir en el trayecto de casa al trabajo o viceversa. Más que una limitación, refleja las características específicas de este tipo de usuario que se define por participar poco de las actividades de las SCH y no haber integrado un problema del consumo de drogas como otros tipos sociales más presentes en estos dispositivos.

Se identifican también limitaciones en la profundidad de análisis de temas propuestos que deben ser retomados como objetivo de estudios sustantivos. Dos de ellos han sido tratados superficialmente en el capítulo 6. Uno es la cuestión del cambio de vía de consumo. Se ha esclarecido que la mayoría de los usuarios de las SCH son consumidores por vía parenteral porque la heroína que se distribuye en Barcelona es de tipo “blanca” (clorhidrato) mucho más fácil de disolver y consumir por esta vía. Se atribuye a que la heroína y la cocaína por vía parenteral producen mayores efectos que consumidas por otras vías de consumo y que por razones personales, los consumidores tienen dificultades para realizar la transición inversa a la vía pulmonar y/o nasal. Sin embargo, no se ha podido profundizar detalladamente en estas razones personales y en cuáles pueden ser las claves en las intervenciones para la transición inversa.

Otro aspecto a profundizar es el de la participación de los usuarios en el diseño de los programas e intervenciones de reducción de daños. En la actualidad, dichos colectivos no participan apenas en la creación y diseño de los programas de atención al consumo de drogas, siendo esta una carencia de las políticas sociosanitarias. En este caso, hubiera sido preciso entrevistar sobre esta cuestión a los técnicos municipales responsables y a representantes de asociaciones de usuarios para esclarecer cuáles son los problemas para establecer la coordinación con los afectados y promover la participación de éstos.

Finalmente, se destaca que la puesta en marcha de los programas de prescripción de heroína (PPH) (apartado 8.2.1.), la creación de albergues destinados a consumidores de drogas (apartado 9.3.1.) y la coordinación con las fuerzas policiales (apartado 9.4.1.) no han sido analizados suficientemente. Estas tres intervenciones deberían ser clave en la revitalización de las políticas de reducción de daños. En el primer caso, los PPH son programas que se han desarrollado en países con políticas de reducción de daños avanzadas, como en el caso de Suiza y los Países Bajos, demostrándose su efectividad en la mejora de la calidad de vida de los consumidores de drogas y su entorno. En mi caso, sólo se ha podido recoger la opinión con respecto a estos programas pero no se ha profundizado en las claves para la movilización y la puesta en marcha de esta propuesta terapéutica. En relación a la segunda cuestión, los albergues destinados a los consumidores de drogas son una propuesta realizada hace 15 años en la ciudad de Barcelona y que ha estado en boca de los profesionales en los últimos tiempos. Aunque es una cuestión que se da por hecha, no se ha profundizado detalladamente en qué características y cuáles deben ser los criterios de funcionamiento de este tipo de recurso. Este tema no se había previsto previamente y no existían elementos suficientes para su discusión. Por último, del mismo modo, aunque se han podido analizar los efectos de la presión policial en la cotidianidad de los usuarios, ha faltado profundizar en este aspecto entrevistando a responsables de los cuerpos de policía para conocer cuáles son las directrices de intervención hacia los consumidores de drogas y cuál es la coordinación que se establece con las Administraciones responsables de las SCH.

Nuevos retos: innovación e investigación de las políticas sociosanitarias de drogas

Los resultados señalan que debe continuar avanzándose en las políticas de reducción de daños promoviendo nuevas estrategias. Se resalta que los consumidores disponen de programas para cubrir sus necesidades en cuanto a la salud aunque aún deben mejorarse

algunos aspectos, como agilizar el acceso a los servicios de atención sociosanitaria de drogodependencias, extender los programas innovadores a todos los centros sociosanitarios y promover la regulación de los tratamientos de prescripción de heroína. En cuanto a las necesidades sociales y legales, se han detallado una serie de propuestas para una mayor cobertura de las necesidades sociales y la descriminalización de los consumidores. Se propone una atención integral con la creación de albergues para drogodependientes y un trabajo coordinado con las fuerzas policiales y servicios judiciales. La propuesta es descapitalizar la atención a las drogodependencias de una óptica de salud pública hacia un abordaje global donde participen responsables de los servicios sociales, las administraciones judiciales y de interior para formar una gran comisión que estudie coordinadamente un abordaje más global. También, los resultados han esclarecido que las estrategias e intervenciones en drogodependencias deben realizarse coordinadamente entre Barcelona y los municipios periféricos con el objetivo de reorganizar y redistribuir los servicios sociosanitarios hacia los barrios más necesitados.

En relación a estas reflexiones y a los resultados y conclusiones de la investigación, quiero proponer una serie de líneas de investigación para un futuro. En primer lugar, he destacado en las limitaciones la imposibilidad de realizar el trabajo de campo en casas okupas y viviendas privadas. Propongo que se realicen trabajos de campo etnográficos recogiendo datos *in situ* que permitan tener un mayor conocimiento de las dinámicas dentro de este tipo de viviendas, conociendo la cotidianidad y las prácticas de consumo en estos “espacios naturales” con el objetivo de valorar posibles intervenciones para la promoción de la salud. También propongo trabajos etnográficos sobre el consumo en la vía pública para continuar ahondando en la cotidianidad de los consumidores y tener conocimiento de primera mano de las prácticas de consumo y la violencia diaria.

En segundo lugar, propongo la realización de investigaciones con métodos cuantitativos y/o cualitativos para continuar valorando las necesidades de los usuarios a diferentes niveles así como de estudios de satisfacción y del impacto de los programas de reducción de daños y los tratamientos ofrecidos desde los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias. Estos deben enfocarse a mejorar la normativa y funcionamiento de los programas para una mayor adherencia de los usuarios. Por último, propongo estudios mixtos con métodos cuantitativos y cualitativos para la

valoración de la puesta en marcha de nuevas estrategias. En una primera fase debe estudiarse cuantitativamente la aceptabilidad de propuestas de intervención para conocer el grado de interés de participación de los consumidores en dichas propuestas. En una segunda fase, en el caso de valorarse favorablemente las propuestas, planteo la realización de estudios cualitativos que cuenten con la participación de los usuarios, profesionales y técnicos para valorar el diseño, funcionamiento y normativa de las propuestas que se quieran llevar a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

20 Minutos Barcelona (redacci3n) (2006), “El 'bus de la droga' a Can Tunis deja de circular y da paso a una nueva lnea”. *20 minutos*. 27 Junio 2006. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/134949/0/bus/droga/Tunis/>

ABD (ed.) (2012), *Mem3ria d'activitat 2011 CAS Baluard*, Barcelona: ASPB y ABD.

ABD (ed.) (2013), *Mem3ria d'activitat 2012 CAS Baluard*, Barcelona: ASPB y ABD.

ABD (ed.) (2014a), *Mem3ria d'activitat 2013 CAS Baluard*, Barcelona: ASPB y ABD.

ABD (ed.) (2014b), *Mem3ria d'activitat 2013 Unitat M3bil - adreçada al consum supervisat per usuaris cr3nics de drogues*. Barcelona: ASPB y ABD.

Ad3n, E.; Del3s, J.; Andreo, L.; Diaz, O.; Fuertes, R. (2010), “Da reduç3o de danos para a excel3ncia: 15 anos de atendimento a consumidores de drogas il3citas em Barcelona”, *GAT - Aaç3o & Tratamentos*, 25:7-11.

Ad3n, E.; D3az, O.; Hidalgo, D.; Andreo, L.; Del3s, J.; Henar, E. et al. (2012), *Protocols de reducci3 de danys*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcci3 General de Salut P3blica.

Ag3ncia ABITS. Disponible en:

http://w110.bcn.cat/portal/site/Dones/menuitem.de19ba4a7f0fe87b6306809220348a0c/idx80f4.html?vgnextoid=4093fcc9bbb04410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=es_ES

Ag3ncia de Salut P3blica de Barcelona (ed.) *Programes de reducci3 de danys*. En: http://www.aspb.cat/quefem/reduccio_danys.htm

Ag3ncia de Salut P3blica de Barcelona (ed.) (2004), *Programa dispensaci3 metadona para drogodependientes marginales*. Barcelona: ASPB.

Ag3ncia de Salut P3blica de Barcelona (ASPB) (ed.) (2006), *Pla d'acci3 de drogodepend3ncies de Barcelona 2006-08*. Barcelona: ASPB.

Ag3ncia de Salut P3blica de Catalunya (ASPCat) (ed.) (2015), *Sistema d'informaci3 sobre drogodepend3ncies a Catalunya. Informe anual 2014*. Barcelona: ASPCat.

Aguilar, F.; Verdejo, A.; L3pez, A.; Mont3nez, M.; G3mez, E.; Arr3ez, F.; P3rez, M. (2008), “Respuesta emocional ante est3mulos afectivos en sujetos adictos a opi3ceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A”. *Adicciones*, 20(1):27-36.

Albert3n, P. (1999), *Consumir hero3na: relaciones, significados y vida cotidiana*. Girona: Universitat de Girona.

Albiñana, M. (2005), “Un centenar de vecinos boicotean la puesta en marcha de la 'narcosala' de Vall d'Hebron”. *El País*. Viernes, 29 Julio 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/07/29/catalunya/1122599239_850215.html

Almeida, N.; Castiel, L.D.; Ayres, J.R. (2009), “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”. *Salud Colectiva*, 5(3):323-344.

Álvarez, F.J. (2005), “Condiciones de prescripción y financiación de la buprenorfina-Subutex® según la autorización de comercialización en España de 2000 a 2004”. *Trastornos adictivos*, 7(1):37-43.

Álvarez, L.S. (2012), “Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1):95-101.

Álvarez, Y.; Farré, M. (2005), “Farmacología de los opioides”. *Adicciones*, 17(2):21-40.

Amit, V. (2000), “Introduction: constructing the field”. En: Amit, V. (ed.) *Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. London: Routledge, pp. 1-18.

Andreo, L.; Rogés, J.; Marco, C.; Bua, A.; Segador, M.; Gómez, S.; Henar, E.; Coromina, M.; Camí, J.; Delàs, J.; Díaz, O.; Aguas, M. (2013), “Síndrome postconsumo en consumidores de cocaína inyectada a partir de las observaciones realizadas en salas de consumo de diferentes ciudades españolas”. *Low Threshold Journal*, 1:13-6.

de Andrés, M.; Delàs, J. (2005), “Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa”. *Medicina Clínica*, 125(18):700-2.

de Andrés, M.; Hernández, T. (1998), *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas*. Madrid: CREFAT.

Andréu, J. (2001), *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Documento de trabajo, S2001/03, Centro de estudios andaluces. En: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf> [Fecha de acceso: 24 de Noviembre, 2015].

Angulo, S. (2005), “Los vecinos desafían al Ayuntamiento por la narcosala con otro corte en la ronda”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 8 Septiembre, pp. 3.

Angulo, S. (2006), “Barcelona dispondrá de dos autobuses que funcionarán como narcosalas móviles”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 19 Enero, pp. 3.

Anoro, M.; Ilundain, E.; Santisteban O. (2003), “Barcelona's safer injection facility – EVA: A harm reduction program lacking official support”. *Journal of Drug Issues*, 33(3):689-712.

Anoro, M.; Bernabeu, J.; Ilundain, E.; Molí, R.; Montalvo, J.; Prieto, R.; Rodríguez, R.; Rosell, L. (2003), “EVA-Espacio de venopunción asistida: una curiosa experiencia campestre en Barcelona”, en Observatorio Vasco de Drogodependencias (ed.) *Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las Drogas*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones, pp. 280-286.

Anoro, M.; Ilundain, E.; Rodríguez, R.; Rosell, L.; Begoña, I.; Guinovart, C.; Gabari, M. (2004), “Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona”. *Revista Española de Salud Pública*, 78(5):601-608.

Arenós, P. (2001), “Barcelona expulsa a Barberà a 30 personas de Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 19 Diciembre, pp. 4.

Arostegi, E.; Pérez, T. (2012), *Impacto sociocomunitario de la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao*. Bilbao: Munduko Medikiak.

Arribas-Ibar, E.; Sánchez-Niubò, A.; Majó, X.; Domingo-Salvany, A.; Brugal, M.T. (2014), “Coverage of overdose prevention programs for opiate users and injectors: a cross-sectional study”. *Harm Reduction Journal*, 11:33.

Asaupam. Associació d'intervenció comunitària en drogues. Disponible en: <http://asaupam.info/>

Asociación Alejop. Asesoramiento jurídico y orientación legal integral en drogodependencias. Disponible en: <https://asociacionalejop.wordpress.com/contacto/>

Asociación Remar. Rehabilitación de adictos a las drogas. Disponible en: <http://remar.org/programas/rehabilitacion-de-adictos-a-las-drogas>

Asociación RETO a la esperanza. Disponible en: <http://www.asociacionreto.org/index.html>

Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya (ACASC). Disponible en: <http://ca.acasc.info/programas>

Bañuls, E.; Clua, R.; Jiménez, R.; Imbernón, M. (2013), *Presó, drogues i poblacions ocultes: Consum de drogues i conductes de risc per a la salut en població penitenciària*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia.

Bauman, Z. (1999[1998]), *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.

Berger, P.L.; Luckmann, T. (2001[1968]), *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bertaux, D. (1993), “De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica”, en Marinas, J.M.; Santamaria, C. (eds.) *La historia oral: métodos y experiencias*. Madrid: Debate, pp. 19-34.

Bertrand, B. (2010), *Salles de shoot ? Un regard engagé en faveur de l'expérimentation de structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*. Paris: Books on Demand.

Betteridge, R.; Jürgens, R.; Kerr, T. (2008), *Needle and syringe programs and bleach in prisons: reviewing the evidence*. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Bewley-Taylor, D.; Jelsma, M. (2011), *Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica*. Amsterdam: Transnational Institute.

Bird, S.M.; McAuley, A.; Perry, S.; Hunter, C. (2015), "Effectiveness of Scotland's national naloxone programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison". *Addiction*. doi: 10.1111/add.13265.

Bisquerra, R. (1997), "Maria Teresa Codina i Mir. Una aproximació biobibliogràfica". *Temps d'Educació*, 17:293-323.

Blanchar, C. (2005), "Apoyo de la 'sindic de greuges' de Barcelona a las 'narcosala' ". *El País*. Sábado, 16 Julio 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/07/16/catalunya/1121476044_850215.html

Borràs, T.; Carbonell, J.; de Andrés, M.; Kjaer, J.; Kempfer, J.; Magrí, N.; Manera, P.; Martínez, M.; Montalvo, J.; Olivet, F. (2000), *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: CREFAT.

Bourdieu, P. (1988[1970]), *La Distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Bourdieu, P. (2000 [1998]), *La dominació masculina*. Barcelona: Edicions 62.

Bourgois, P. (2002), "Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue". *International Journal of Drug Policy*, 13(4):259-269.

Bourgois, P.; Schonberg, J. (2007), "Ethnic dimensions of habitus among homeless heroin injectors". *Ethnography*, 8(1):7-31.

Bravo, M.J.; Royuela, L.; De la Fuente, L.; Brugal, M.T.; Barrio, G.; Domingo-Salvany, A. and Itínere Project Group. (2009), "Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors". *Addiction*, 104(4):614-619.

Breilh, J. (2013), "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1):S13-S27.

Bröring G.; Schatz E. (eds.) (2008), *Empowerment and Self-Organisations of Drug Users Experiences and Lessons Learnt*. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC Correlation Network.

Brugal, M.T. (2005), *Morbi-mortalidad asociada al consumo de heroína*. Tesis Doctoral. Barcelona, Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva. Universitat Autònoma de Barcelona.

Brugal, M.T.; Espelt, A.; Guitart, A. (reds.) (2009), *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-12*. Barcelona: ASPB.

Brugal, M.T.; Guitart, A.; Espelt, A. (reds.) (2013), *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2013-16*. Barcelona: ASPB.

Bua A, del Río M. (2010), *Manual de Buenas Prácticas para la apertura de una Sala de Consumo Supervisado*. Bilbao: Munduko Medikiak.

Buchholz, Y. (2000), "El Ayuntamiento da el visto bueno para abrir narcosalas tras la explicación de la Comunidad". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Madrid. Jueves, 27 Enero 2000:4.

Butler, J. (2007[1999]), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Cabello, M. (2005), "Primera manifestación a favor de la narcosala del Vall d'Hebron". *El Periódico*. 25 Septiembre 2005:41.

Cáceres, P. (2003), "Análisis Cualitativo de Contenido: una alternativa metodológica alcanzable". *Psicoperspectivas*. 2(1):53-82.

Camarotti, Ac.; Kornblit, Al. (2015), "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo". *Salud colectiva*, 11(2):211-221.

Caramés, M.T. (2004), "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente". En: Fernández Juárez, G (coord.) *Salud e interculturalismo en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-yala, pp. 31-52.

Castells, E. (2003), "Alberto no quiere guetos". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Lunes, 13 Enero 2003: 1 y 3.

Castells, E. (2007), "El PP cerrará las narcosalas y ofrecerá test antidrogas". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Domingo, 13 Mayo 2007:2.

Centre Cochrane Iberoamericà (CCI) (2009), *Eficàcia i seguretat de la buprenorfina en el tractament de manteniment de persones amb dependència a opiacis*. Subdirecció general de Drogodependències del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Cia, B. (2000a), "El concejal de Sants se compromete a vetar una 'narcosala' en Can Tunis". *El País*. Jueves, 9 Marzo 2000. Disponible en: http://elpais.com/diario/2000/03/09/catalunya/952567654_850215.html

- Cia, B. (2000b), “Crisis en el gobierno de Barcelona por la 'narcosala' de Can Tunis”. *El País*. Viernes, 10 Marzo 2000. Disponible en: http://elpais.com/diario/2000/03/10/catalunya/952654066_850215.html
- Cia, B. (2001), “Vecinos de Can Tunis piden ayuda al Síndic de Greuges ante el desalojo del barrio”. *El País*. Viernes, 23 Noviembre 2001. Disponible en: http://elpais.com/diario/2001/11/23/catalunya/1006481258_850215.html
- Cia, B. (2005), “El plan de drogas combina las 'narcosala' fijas y las móviles”. *El País*. Jueves, 1 Diciembre 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/12/01/catalunya/1133402858_850215.html
- Cia, B. (2010), “Nou Barris, Sant Martí y Ciutat Vella tendrán nuevas narcosalas”. *El País*. Lunes, 8 Marzo 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/03/08/catalunya/1268014040_850215.html
- Clua, R. (2011), “A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida”. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4):463-475.
- Clua, R. (2012), “A ritmo de bombeo: teoría y métodos para el estudio antropológico en un espacio de venopunción asistida de Barcelona”. *Cadernos de campo*, 21:255-271.
- Clua, R. (2015), “Salas de consumo higiénico en España (2000 – 2013)”. *Salud Colectiva*, 11(2):261-282.
- Clua, R.; Tenza, G.; Mingueza, J. (2015), *Guia de bones pràctiques en els programes d'intercanvi de xeringues*. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
- Colom, J. (coord.) (2002), *Manual d'injecció higiènica per a professionals*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Colom, J.; Duro, P. (eds.). (2009), *Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Subdirección General de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública.
- Colom, J.; Casas, M.; Pérez de los Cobos, J.C.; Del Río, M.; Roncero, C.; Castells, X.; Valero, S.; Eiroa-Orosa, F.; Batlle, F.; Trujols, J. (2012), "Feasibility of double-blind clinical trials with oral diacetylmorphine: A randomized controlled phase II study in an inpatient setting." *European Addiction Research*, 18:279–287.
- Comelles, J.M. (1997), “De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques”. *Revista d'etnologia de Catalunya*, 11:32-43.
- Comelles, J.M. (2004), “El Regreso de lo cultural: Diversidad cultural y práctica médica en el s. XXI”, en Fernández Juárez, G. (coord.), *Salud e interculturalismo en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-yala, pp. 17-30.

Comisión global de políticas de drogas (CGPD) (eds.) (2011), *Informe de la comisión global de políticas de drogas*, en www.globalcommissionondrugs.org

Corbetta, P. (2007), *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.

Costa, M. (2005a), “Barcelona abre dos nuevas salas para drogadictos en situación de marginalidad”. *El País*. Martes, 3 Mayo 2005. Disponible: http://elpais.com/diario/2005/05/03/catalunya/1115082448_850215.html

Costa, M. (2005b), “La narcosala de Vall d’Hebron se pone en marcha pese a las protestas”. *El País*. Miércoles, 27 Julio 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/07/27/catalunya/1122426445_850215.html

Cox, G.; Robinson, J. (2008), *Needle exchange provision in Ireland: the context, current levels of service provision and recommendations. A joint report by the national drugs strategy team and the National Advisory Committee on Drugs*. Dublín: NACD.

Crespo, R.; Codern, N. (2010), *Avaluació del Programa d'intercanvi de xeringues als Centres Penitenciaris de Catalunya. Resum executiu. Desembre 2010*. Barcelona: Fundació Doctor Robert. UAB.

Creu Roja (eds.) (2011), *Memoria de actuación 2010*. Barcelona: Creu Roja.

Creu Roja (eds.) (2012), *Memoria de actuación 2011*. Barcelona: Creu Roja.

Creu Roja (eds.) (2013), *Memoria de actuación 2012*. Barcelona: Creu Roja.

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

Daigre, C.; Comín, M.; Rodríguez-Cintas, L.; Voltés, N.; Alvarez, A.; Roncero, C.; Gonzalvo, B.; Casas, M. (2010), “Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias”. *Gaceta Sanitaria*, 24(6):446-452.

Danet, A.; Romero, M.; March, J.C. (2012), “Los programas experimentales con heroína en la atención de la población drogodependiente”. *Salud y drogas*, 12(1):19-34.

De Keijzer, B. (1997), “El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva”, en Tuñón, E. (eds.) *Género y Salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD; pp. 199-219.

De la Fuente, L.; Brugal, M.T.; Domingo-Salvany, A.; Bravo, M.J.; Neira-León, M.; Barrio, G. (2006), “Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro”. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5):505-520.

De Orovio, N. (1999), “500 jeringuillas al día”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 12 Mayo 1999:1.

- Delàs, J. (coord.) (2014 [2007]), *Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas*. Barcelona: El Ciervo.
- Delàs, J.; Adán, E.; Díaz, O.; Aguas, M.; Pons, M.; Fuertes, R. (2010), “Smoked cocaine in socially-depressed areas”. *Harm Reduction Journal*, 7:27.
- Delàs, J.; Priore, A.G.; Pigem, A.; Aguas, M. (2008), “Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada”. *Medicina Clínica*, 130:35-6.
- Denning, P.; Little, J.; Glikman, A. (2004), *Over the influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol*. New York: Guilford Press.
- Departament de Justícia. *Descriptors estadístics serveis penitenciaris. Gènere*, en http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/5_pob.html
- Devillard, M.J. (2004), “Antropología social, enfoques (auto)biográficos y vigilancia epistemológica”. *Revista de antropología social*, 13:161-184.
- Devillard, M.J.; Franzé, A.; Pazos, Á. (2012), “Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico”. *Política y sociedad*, 49(2):353-369.
- Díaz, A. (1998), *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Barcelona: UAB.
- Díaz, A.; Barruti, M.; Doncel, C. (1992), *Les línees de l'èxit? Estudi sobre la naturalesa i l'extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Dietze, P.; Winter, R.; Pedrana, A.; Leicht, A.; Majó, X.; Brugal, M.T. (2012), “Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin”. *International Journal of Drug Policy*; 23: 257-60.
- Douglas, M. (1996[1985]), *La Aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Douglas, M (2007[1966]), *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dumont, G. (2012), “Multiplicidades móviles, dibujo de una pluralidad situacional”. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 4:66-80.
- Dumont, G.; Clua, R. (2015), “Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida”. *Aposta Digital. Revista de ciencias sociales*, 66:83-99.
- EFE (2005), “Clos defiende que los centros de atención a drogadictos estén dentro de los hospitales”. *El País*. Viernes 25 Noviembre 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/11/25/catalunya/1132884447_850215.html

El País (2005a), “Los vecinos protestan por la 'narcosala' de Vall d’Hebron”. *El País*. Jueves, 23 Junio 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/06/23/catalunya/1119488846_850215.html

El País (2005b), “Expediente a cuatro vecinos de Vall d’Hebron por los cortes de tráfico contra la 'narcosala’”. *El País*. Viernes, 11 Noviembre 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/11/11/catalunya/1131674851_850215.html

El País (2010), “Barcelona aumentará el número de narcosalas”. *El País*. Miércoles, 24 Marzo 2010. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/03/24/actualidad/1269385209_850215.html

El Periódico (2005), “La concejala Mayol ofrece diálogo sobre la narcosala”. *El Periódico*. 24 Junio 2005:52.

El Periódico (2010a), “BCN tendrá narcosalas en todos los distritos en el 2014”. *El Periódico*. 25 Marzo 2010:37.

El Periódico (2010b), “Los médicos se pronuncian a favor de las narcosalas”. *El Periódico*. 30 Marzo 2010:33.

El Periódico (2011), “Ciutat Vella reclama que cada distrito tenga una narcosala”. *El Periódico*. 19 Septiembre 2011:37.

El Periódico (2013), “Prisión provisional para 25 de los 35 detenidos en La Mina y la Zona Franca”. *El Periódico*. 19 Noviembre 2013:40.

Escur, N. (2003), “Can Tunis, la diáspora”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 12 Noviembre 2003:6.

Esteban, M.L. (2003), “El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3(1):22-39.

Esteban, M.L. (2004), *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, M.L. (2006), “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud colectiva*, 2(1):9-20.

Esteban, M.L.; Comelles, J.M.; y Díez, C. (edits) (2010), *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

Fajreldin, V. (2006), “Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la interdisciplinar”. *Ciencia y Trabajo*, 8(20):95-102.

Farci, T.; Kistmacher, R. (2013), “Profilo degli utenti italiani nel centro di riduzioni del danno SAPS Creu Roja di Barcellona”. *Low Threshold Journal*, 1:21-28.

Feixa, C. (1996), *Antropología de las edades*, en <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/C%20Feixa.pdf>

- Feixa, C. (2006), “La imaginación autobiográfica”. *Periferia. Revista de Investigación y Formación en Antropología*. 5. 44 pp.
- Fernandes, L. (2000), “Los 'territorios urbanos' de las drogas”, en Grup Igia, (ed.) *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia, pp. 53-60.
- Fernández Miranda, J.J. (2005), “Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona”. *Adicciones*, 17(Supl. 2):167-180.
- Fernández Miranda, J.J.; Pereiro, C. (2007), *Guía para el tratamiento de la dependencia a opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Ferrarotti, F. (2007), “Las historias de vida como método”. *Convergencia: Revista de ciencias sociales*, 44:15-40.
- Figueredo, E. (2008a), “Golpe policial a las casas de la droga con 18 detenidos”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 19 Junio 2008:5.
- Figueredo, E. (2008b), “Lateros traficantes”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 2 Septiembre 2008:1-2.
- Figueredo, E. (2009), “Rambla de los trapicheos”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 30 Abril 2009:1-2.
- Figueredo, E.; Sierra, L. (2006), “Redada antidroga en Can Dragó tras fuertes protestas vecinales”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 24 Febrero 2006:2.
- Flotats, A. (2009a), “Más problemas con las drogas en el Raval”. *El País*. Jueves, 8 Octubre 2009. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2009/10/08/actualidad/1254989839_850215.html
- Flotats, A. (2009b), “Los vecinos llevan la narcosala del Raval a los tribunales”. *El País*. Viernes, 9 Octubre 2009. Disponible en: http://elpais.com/diario/2009/10/09/catalunya/1255050445_850215.html
- Folch, C.; Casabona, J.; Brugal, M.T.; Majó, X.; Meroño, M.; Espelt, A.; González, V. (2012), “Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña”. *Gaceta Sanitaria*, 26(1):37-44.
- Fornons, D. (2009), *Prisión y drogas: doble condena*. Barcelona: deParís.
- Foucault, M. (1999[1994]), “La gubernamentalidad”, en Foucault, M. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Vol. III*. Barcelona: Paidós, pp. 175-196.
- François, A.; Mino, A. (2009), “Tratamiento con prescripción de heroína: un desarrollo político y sanitario que merece la pena. El ejemplo suizo”, en Laespada, M.T.; Iraurgi, I. (eds.) *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Instituto Deusto de drogodependencias, pp. 49-66.

Fuertes, R.; Kistmacher, R.; Díaz, O. (2008), “Além da injeção: Estratégias de intervenção com toxicodependentes a partir das Salas de consumo”. 2ª Conferencia Latina Virtual de Reducción de Daños (Virtual).

Funes, J.; Romaní, O. (1985), *Dejar la heroína: vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española, Dirección General de Acción Social.

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

Gamella, J.F. (1997), “Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas” *Claves de razón práctica*, 72: 20-30.

Gamella, J.F.; Álvarez, A. (1999), *Las rutas del éxtasis: drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.

Gamundi, L. (2004), “El derribo de Can Tunis redibujar el mapa de la droga en Barcelona”. *El País*. Martes, 28 Septiembre 2004. Disponible en: http://elpais.com/diario/2004/09/28/catalunya/1096333649_850215.html

García, J. (2005), “El 75% de los usuarios de la 'narcosala' de Vall d'Hebron son vecinos del distrito”. *El País*. Viernes, 18 Noviembre 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/11/18/catalunya/1132279641_850215.html

García, J. (2006), “El traslado de la 'narcosala' de Vall d'Hebron al interior del hospital divide a los vecinos”. *El País*. Sábado, 4 Febrero 2006. Disponible en: http://elpais.com/diario/2006/02/04/catalunya/1139018858_850215.html

García, J.L. (1989), “El ciclo de vida, algo más que un sistema de transiciones”, en *Antropología Cultural de Extremadura*. Mérida: Junta de Extremadura, pp. 293-306.

Generalitat de Catalunya (ed.) (2008), *La figura de l'agent de salut. Un document orientatiu*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Goffman, E. (1979 [1971]), *Relaciones en público: microestudios del orden público*. Madrid: Alianza.

Goffman, E. (1993 [1959]), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (1994 [1961]), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos aires: Amorrortu.

Gómez-Ullate, M. (2000), “Memoria, diarios y cintas de vídeo. La grabación de vídeos en el campo y su análisis como técnica de investigación antropológica”. *Revista de Antropología Social*, 9:199-209.

González, M.; Cebrián, S.; Nadal, C.; Sala, L.; Vall-llosera, A.; Delás, J. (2003), “Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona”. *Gaceta Sanitaria*, 17(3):256-268.

González, J.; Toledo, P. (2007), *Can Tunis*. Barcelona: Didac Films. 84 min.

Grup Igia (ed.) (2000), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia.

Grup Igia. (ed.) (2008), *Nimby. Conflictos de implantación*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ThFoRawNk_Q (Parte 1) y <https://www.youtube.com/watch?v=SCjhFhSVoiw> (Parte 2).

Grup Igia (ed.) (2010), *Protocolo de actuación para la implantación de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: ASPB.

Guasch, O. (1992), “Riesgo y cultura. Determinantes culturales en la definición médica de los grupos de riesgo ante el SIDA”. *Quaderns d'Antropologia*, número especial mayo dedicado a la Antropología de la Medicina, 55-60.

Guasch, O. (2006), *Héroes, científicos, heterosexuales y gays: los varones en perspectiva de género*. Barcelona: Bellaterra.

Guasch, O. (2008), “Los varones en perspectiva de género: Teorías y experiencias de discriminación”. *Asparkia: Investigació feminista*, 19:29-38.

Guber, R. (2001), *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Haemming, R.B. (1995), “La agencia de la esquina con habitación para inyectarse (‘Fixerstuebli’)”, en O'Hare, P.A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E.C.; Drucker, E. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, pp. 239-243.

Haro, J.A. (2000), “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 101-161.

Haro, J.A. (2013), “El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación”, en Romaní, O (eds.) *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 21-42.

Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hedrich, D.; Kerr, T.; Dubois-Arber, F. (2010), “Drug consumption facilities in Europe and beyond”, en Rhodes, T.; Hedrich, D. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, pp. 305-331.

Hersch-Martínez, P. (2013), “Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria”. *Salud Publica Mex*, 55(5):512-518.

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

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*, 8:16.

Hunt, N. (2006), *The evaluation literature on drug consumption rooms. Independent Working Group on Drug Consumption Rooms Paper B*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Hunt, N.; Trace, M.; Bewley-Taylor, D. (2005), *Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revision global. Informe nº 4*. London: Beckley Foundation.

Hurley, S.F.; Jolley, D.J.; Kaldor, J.M. (1997), “Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection”. *Lancet*, 349 (9068):1797-1800.

Iannello, G.D.; Delás, J.; Aguas, M.; Bacovich, I.; Serra, L.; Díaz, O. (2012), “La bolsa de las drogas”. *Gaceta Sanitaria*, 26(3):288.

Ilundain, E. (2004), “Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma?”. *Humanitas : Humanidades Médicas*, 5:105-118.

Ilundain, E.; Markez, I. (2005), “Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas”. *Adicciones*, 17(Supl. 2):287-297.

Insúa, P. (dir.) (2001), *Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad del País Vasco y Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Institut per a la Promoció Social i de la Salut (IPSS) (ed.) (2015), *Memòria d’activitats 2014 del centre d’atenció sociosanitària per a usuaris de drogues al barri de La Mina*. Sant Adrià de Besòs: IPSS – Ajuntament de Sant Adrià de Besòs.

Iraurgi, I. (2009), “Reducción de daños y riesgos: lecciones aprendidas y retos futuros”, en Laespada, M.T.; Iraurgi, I. (eds.) *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Instituto Deusto de drogodependencias, pp. 183- 223.

Jarrín, A.; Rodríguez-García, D.; de Lucas, J. (2012), “Los Centros de Internamiento para Extranjeros en España: una evaluación crítica”. *Revista CIDOB d’afers internacionals*, 9:201-220.

Jones, L.; Pickering, L.; Sumnall, H.; McVeigh, J.; Bellis, M.A. (2008), *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.

Joseph, H.; Appel, P. (1997 [1992]), “Perspectivas históricas y cuestiones de salud pública”, en Parrino, M.W. *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona; Grup Igia, pp. 67-95.

Jürgens, R. (2007), *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva: WHO Publications.

Kaufman, M. (1997), “Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”, en Valdés, T.; Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional/ FLACSO Chile, pp. 63-81.

Kaufman, J.S.; Mezones-Holguin, E. (2013), “Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre la inequidad en salud”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4):543-546.

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.; Hedrich, D. (eds.) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: EMCDDA, pp. 115-63.

Kimmel, M. (1997), “Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina”, en Valdés, T.; Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional/ FLACSO Chile, pp. 49-62.

Krieger, N. (2002), “Glosario de epidemiología social”. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5/6):480-490.

Kwon, J.A.; Anderson, J.; Kerr, C.C.; Thein, H.; Zhang, L.; Iversen, J.; Dore, G.J.; Kaldor, J.M.; Law, M.G.; Maher, L.; Wilson, D.P. (2012), “Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia”. *AIDS*, 26 (17):2201-10.

La Vanguardia (1992a), “Una redada de 114 agentes sólo se hace con 250 gramos de heroína”. *La Vanguardia*. Viernes, 27 marzo 1992:21.

La Vanguardia (1992b), “Detenido un traficante de Can Tunis que ocultó en su coche 99 kilos de hachís”. *La Vanguardia*. Martes, 22 diciembre 1992:24.

La Vanguardia (1993), “Detenidos cien presuntos traficantes de droga en una amplia redada policial”. *La Vanguardia*. Miércoles, 3 Febrero 1993:24.

La Vanguardia (1998a), “La policía detiene a siete miembros de una familia por tráfico de drogas”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 28 Febrero 1998:4.

La Vanguardia (1998b), “Desarticulado un clan familiar en Can Tunis que traficaba con heroína”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 4 Septiembre 1998:4.

La Vanguardia (2000a), “La Asociación de Vecinos del Port se opone a la narcosala de Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 19 Febrero, 2000: 5.

La Vanguardia (2000b), “Aplazada la reunión entre vecinos y policía por la narcosala”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Domingo, 20 Febrero, 2000: 3.

La Vanguardia (2000c), “Cabrera defiende la elección de la empresa Cocas para gestionar la narcosala”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Madrid. Viernes, 28 Abril 2000: 4.

La Vanguardia (2004a), “Una farmacia de Porta abandona el programa de intercambio de jeringuillas”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 5 Octubre 2004:4.

La Vanguardia (2004b), “Una cacerolada en Porta denuncia la extensión de la droga en Nou Barris”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 19 Octubre 2004:6.

La Vanguardia (2005a), “Protesta contra una narcosala”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 23 Junio 2005:2.

La Vanguardia (2005b), “Expedientes por las protestas contra la narcosala”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 11 Noviembre 2005:2.

La Vanguardia (2005c), “Tura avisa de que los mossos no permitirán más cortes en la ronda”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 18 Noviembre 2005:3.

La Vanguardia (2007), “CiU pide el cambio de ubicación de la narcosala del Raval”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 29 Diciembre 2007:7.

Lago, A.; Henar, E. (2012), “Sala de consumo de drogas ilegales por vía fumada inhalada” (Póster). *XXXIX Jornadas nacionales de Socidrogalcohol. 28-31 de marzo de 2012*. Tarragona: Socidrogalcohol.

Lago, A.; Sala, E.; Rovira, J. (2013), “Reducció de riscos a reducció de danys: Anàlisi de substàncies i comunicació preventiva des de sales de consum”. *IV Jornada de Reducció de danys de Catalunya; 28 nov 2013*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya.

Le Breton, D. (2002[1990]), *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión

Leflaive, G. (2004), “Consumo de drogas ilícitas. Estilos de vida, riesgos y realidades”. *Política y sociedad*, 41(2):203-221.

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 Drug Policy*, 19(3):255-64.

Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Stöver, H.; Laticevschi, D.; Nelles, J. (2006 [2004]), *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida.

Llopis, J.J. (2001), "Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína". *Adicciones*, 13 (Supl. 2): 147-165.

Llort, A. (2010), "Antropología Médica y Epidemiología: hacia una mayor comprensión y normalización del fenómeno social de consumo de drogas", 29 pp., en http://www.encod.org/info/IMG/pdf/ANTROPOLOGIA_MEDICA.pdf

Llort, A. (2013), "La organización de los usuarios", en Martínez Oró, D.P.; Pallarés, J. (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 195-208.

López, C. (2000), "Inyectarse bajo la mirada del médico". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 15 Noviembre 2000:4.

López, H. (2009), "Vecinos del Raval inician una campaña contra la narcosala". *El Periódico*. 9 Octubre 2009:34.

López, H. (2011), "Los drogadictos advierten del riesgo de recortar en narcosalas". *El Periódico*. Jueves, 17 Marzo 2011:37.

Lupton, D. (1993), "Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health". *International journal of health services*, 23 (3):425 -35.

Lupton, D. (ed.) (1999), *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.

Madueño, E. (2000a), "Hoy empieza todo (en Can Tunis)". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 24 Febrero 2000: 5.

Madueño, E. (2000b), "Una narcosala con ruedas". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 16 Marzo. 2000: 5.

Magrí, N. (1997), "Las drogas un problema social y sanitario. Epistemología y praxis", en Arana, X.; Márkez, I. (coords) *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson, pp. 215-228.

Mairal, G. (2000), "Una exploración etnográfica del espacio urbano". *Revista de Antropología Social*, 9:177-191.

Majó, X.; Ilundain, E.; Valverde, C. (2009), *Manual per educar en prevenció i assistència a les sobredosis. Adreçat als professionals de les drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública.

Malchy, L.A.; Bungay, V.; Johnson, J.L.; Buxton, J. (2011), "Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits?". *Can J Public Health*, 102(3):188-92.

Manifest “Usuaris i usuàries de drogues per la defensa de les polítiques i recursos de Reducció del Dany associat a l’ús de drogues a Catalunya”. Barcelona, 28 gener 2011. Disponible en: <http://periferics.cat/usuarises-de-drogues-per-la-defensa-de-les-politiques-de-reduccio-de-danys/>

Manifest GERD-GRUP INFERMERIA CAS-CESD Retrocès en l’atenció de les drogodependències!!!! Disponible en: <http://cesdcat.blogspot.com.es/2011/10/manifest-gerd-grup-infermeria-cas-cesd.html>

Manifiesto de Can Tunis. (2004), Disponible en: <http://barcelona.indymedia.org/newswire/display/99155/index.php>

Manzanera, R.; Torralba, L.; Brugal, M.T.; Armengol, R.; Solanes, P.; Villalbí, J.R. (2000), “Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona”. *Gaceta Sanitaria*, 14(1):58-66.

Marchena, D. (1995), “Sobredosis de ingenio contra la droga”. *La Vanguardia*, Revista. Sábado, 8 Julio 1995:2-3.

Marchena, D. (1997a), “Tres operaciones policiales ratifican el nexos entre el robo de joyas y la compra de drogas”. *La Vanguardia*. Martes, 18 Marzo 1997:29.

Marchena, D. (1997b), “Perdigonadas contra la droga”. *La Vanguardia*. Lunes, 19 Mayo 1997:23.

Marchena, D. (1998), “Una familia vivía y vendía drogas en un antiguo centro cívico de Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 1 Octubre 1998:4.

Marchena, D. (1999), “El barrio de la droga”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Lunes, 10 mayo 1999:1 y 3.

Marcus, G.E. (1995), “Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography”. *Annual Review of Anthropology*, 24: 95-117.

Marqués, J.V. (1997), “Varón y patriarcado”. en Valdés, T y Olavarría, J (eds.) *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional/ FLACSO Chile, pp.17-30.

Marset, M. (2005), “Programas de prescripción de heroína”. *Adicciones*, 17 (supl.2): 235-256.

Marset, M. (2006), “¿Es posible el cambio?”. *Norte de Salud Mental*, 26: 9-18.

Martínez Oró, D.P. (2015), *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Bellaterra.

Martínez Oró, D.P.; Pallarés, J. (2013), “Riesgos, daños y placeres”, en Martínez Oró, D.P.; Pallarés, J. (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 23-36.

- Martínez, B.; Donat, L.; Soler, E.; Ferrando, R.; Perez, N.; Romero, R. (2007), "Buprenorfina-naloxona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos". *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2):149-161.
- Massó, P. (2008), "Experiencias etnográficas acerca del tratamiento de mantenimiento con heroína", en *Simposium de Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas*, pp. 119-135.
- Menéndez, E.L. (1984), "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 23:71-102.
- Menéndez, E.L. (1997), "Antropología médica: espacios propios, campos de nadie". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 51:83-103.
- Menéndez, E. L. (1998), "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos*, 16 (46):37-67.
- Menéndez, E.L. (2005a), "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de antropología social*, 14:33-69.
- Menéndez, E.L. (2005b), "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud colectiva*, 1(1):9-32.
- Menéndez, E.L. (2008), "Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades". *Región y sociedad*, 20(extra 2):5-50.
- Meneses, C. (2006), "Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica". *Trastornos adictivos*, 8(4):261-275.
- Merigó, T.(2004), "Rodeo al Morrot". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 22 Octubre 2004:5.
- Minello, N. (2002), "Los estudios de masculinidad". *Estudios Sociológicos*, 20 (3): 715-732.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS eds.) (2009), *Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las comunidades autónomas. Año 2008*. Madrid: MSPS.
- Moral, B. (2010), "Siniestralidad y masculinidad", en Esteban, M.L.; Comelles, J.M.; Díez, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra, pp. 147-169.
- Mouso, J. (2015), "Trias traslada la narcosala Baluard a otro edificio de Ciutat ella". *El País*. Sábado, 10 Enero 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/01/09/catalunya/1420838088_554075.html
- Muñoz, N.E. (2009), "Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud". *Salud Colectiva*, 5(3):391-401.

Navarro, P.; Díaz, C. (1995), “Análisis de contenido”, en Delgado, J.M.; Gutiérrez, J. (coords.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, pp. 177-224.

Newcombe, R (1995[1992]), “La reducción de los daños relacionados con las drogas: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación”, en O’Hare, P.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E.; Drucker, E. (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, pp. 25-39.

Noël, L.; Gagnon, F.; Bédard, A.; Dubé, È. (2009), *Avis sur la pertinence des services d’injection supervisée : analyse critique de la littérature*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Nosyk, B.; Guh, D.P.; Bansback, N.J.; Oviedo-Joekes, E.; Brissette, S.; Marsh, D.C.; Meikleham, E.; Schechter, M.T.; Anis, A.H. (2012), “Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment”. *Canadian Medical Association Journal*, 184(6):E317–E328.

Novo, C. (1999), “El Plan sobre Drogas extenderá las narcosalas a toda España si funcionan en Madrid”. *La Vanguardia*. Miércoles, 1 Diciembre 1999:30.

Novo, C. (2000), “La narcosala de Madrid asiste a una media de 46 drogodependientes al día”. *La Vanguardia*. Lunes, 5 Junio 2000:35.

Novo, C.; Salvador, R. (1999), “Todos los partidos apoyan en la Asamblea de Madrid abrir narcosalas antes de fin de año”. *La Vanguardia*. Domingo, 21 Noviembre 1999: 32.

Ochoa, E.; Madoz-Gúrpide, A. (2005), “Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad”. *Adicciones*, 17(2):223-234.

O’Hare, P. (1995), “Introducción: Apuntes sobre el concepto de reducción de daños”, en O’Hare, P.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E.; Drucker, E. (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, pp. 17-22.

Ollés, A. (2005), “Los vecinos causaron daños en la narcosala por casi 23.000 €”. *El Periódico*. 15 Julio 2005:52.

Oluwajenyo, B.; Tzemis, D.; Al-Qutub, D.; Amlani, A.; Kesselring, S.; Buxton, J.A. (2014), “A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone program”. *CMAJ*, 2(3): E153–E161.

Otegui, R. (1999), “La construcción social de las masculinidades”. *Política y sociedad*, 32: 151-160.

Padilla, M.(2001), “Can Tunis: comienza la cuenta atrás”. *El País*. Jueves, 5 Abril 2001. Disponible en: http://elpais.com/diario/2001/04/05/catalunya/986432854_850215.html

- Padilla, M. (2004), “Can Tunis, últimos coletazos”. *El País*. Domingo, 20 Junio 2004. Disponible en: http://elpais.com/diario/2004/06/20/catalunya/1087693655_850215.html
- Pallarés, J. (1996[1995]), *El placer del escorpión. Antropología de la heroína y los yonquis*. Lleida: Milenio.
- Pallarés, J.; Díaz, A. (2003), “Observatorio de nuevos consumos”. *JOVENes, Revista de Estudios sobre Juventud*. 18: 40-59.
- 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.
- Peirón, F. (2004), “La videovigilancia no impide que Escudellers sea la calle de la droga”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 28 de Enero 2004:4.
- Peirón, F. (2005), “Ciutat Vella exige que en Barcelona haya 5 narcosalas a corto plazo”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 4 noviembre 2005:4.
- Peirón, F.; Marchena, D. (1999), “El ratón y el gato en Avillar Chavorro”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 13 Mayo 1999:3.
- Peirón, F.; Marchena, D. (2001), “Cuenta atrás en Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Lunes, 2 Abril 2001:1.
- Pereiro, C. (2005), “Consumo de menos riesgo: técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis”. *Adicciones*, 17(2):277-86.
- Piña, C. (1988), “La construcción del ‘sí mismo’ en el relato autobiográfico”. *Revista Paraguaya de Sociología*, 71:135-176.
- Pizza, G. (2005), “Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, 'capacidad de actuar' (agency) y transformaciones de la persona”. *Revista de Antropología Social*, 14:15-32.
- Pizzey, R.; Hunt, N. (2008), “Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation”. *Harm Reduct J*, 5:24.
- Potier, C.; Laprévotte, V.; Dubois-Arber, F.; Cottencin, O.; Rolland, B. (2014), “Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review”. *Drug & Alcohol Dependence*, 145:48 – 68.
- Prat, J.(coord.). (2004), “I... això és la meva vida”, *Relats biogràfics i societat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Temes d’Etnologia de Catalunya, n.º 9.
- Pujadas, J.J. (1992), *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS.

- Pujadas, J.J. (2000), "El método biográfico y los géneros de la memoria". *Revista de Antropología Social*, 9:127-158.
- Ramírez, S. (2009), "La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí". *Salud colectiva*, 5(1):63-85.
- Rhodes, T. (2009), "Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach". *Int J Drug Policy*, 20(3):193-201.
- Rhodes, T.; Singer, M.; Bourgois, P.; Friendman, S.; Strathdee, S. (2005), "Social Structural Production of HIV Among Injection Drug Users". *Social Science & Medicine*, 61(5):1026-1044.
- Ricart, M.; Sierra, L. (2004), "Barcelona habilita dos locales para acoger a los toxicómanos". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 5 Octubre 2004:4.
- Rodrigo I. (1999), "Del análisis del contenido al análisis del discurso: aspectos metodológicos en relación a la etnometodología", en Van Dijk T.A.; Rodrigo I. *Análisis del discurso social y político*. Quito: AbyaYala, pp. 103-168.
- Rodríguez, E.; Martín, U.; Bacigalupe, A. (2010), *Análisis de la actividad de la Sala de Consumo Supervisado de Munduko Medikiak: 2003-2009*. Bilbao: Munduko Medikiak.
- Romaní, O. (1986[1983]), *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Barcelona, Anagrama.
- Romaní, O. (1997), "Etnografía y drogas: discursos y práctica". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 52-53:39-66.
- Romaní, O. (2004 [1999]), *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2008), "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño". *Salud colectiva*, 4 (3): 301-318.
- Romaní, O. (2010a), "La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias", en Haro, J.A. (coord.) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar, pp. 89- 113.
- Romaní, O. (2010b), "Adicciones, drogodependencias y 'problema de la droga' en España: la construcción de un problema social". *Cuicuilco*, 17(49): 83-101.
- Romaní, O. (2013), "Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando?", en Martínez Oro, D.P.; Pallarés, J. (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 103-116.
- Romaní, O.; Pallarés, J.; Díaz, A. (2001), "¿Dependencia o estilo de vida?: la vida de un grupo de heroinómanos catalanes de los 80". *Trabajo social y salud*, 39:205-216.

Romaní, O. (coord.); Planas, A.; Feixa, C.; Trilla, J.; Saura, J.R.; Casal, J.; Figueras, M.; Soler, P. (eds.) (2010), *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?*. Barcelona: Bellaterra.

Romero, M.; Oviedo-Joekes, E.; March, J.C.; Markez, I. (2005), “Programas de jeringuillas”. *Adicciones*, 17(supl.2):257-75.

Romo, N.; Gil, E. (2006), “Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar”. *Trastornos adictivos*, 8(4):243-250.

Romo, N.; Poo, M.; Ballesta, R. (2009), “From illegal poison to legal medicine: a qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain”. *Drug Alcohol Rev*, 28(2):186–95.

Roncero, C.; Martínez-Luna, N.; Daigre, C.; et al. (2013), “Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program”. *Substance Abuse*, 34(2):118-21.

Rovira, J.; Ibáñez, V. (2002), “Testeo y análisis de sustancias como práctica para una reducción de riesgos”. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 16:61-76.

Salvador, R. (2000), “Narcosala en Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 18 Febrero, 2000: 1.

Sánchez, G. (2015), “Macrooperación de los Mossos contra la droga en la Mina”. *El Periódico*. 23 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/barcelona/operacion-mossos-trafico-drogas-la-mina-sant-marti-badalona-4694420>

Sánchez, X. (2001), “La experiencia de AUPA ´M”, en Grup Igia (eds.) *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinarietà*. Barcelona: Grup Igia, pp. 439-444.

Sanz, R.M. (2005a), “2.000 vecinos vuelven a salir a la calle contra la narcosala”. *El Periódico*. 30 Junio 2005:49.

Sanz, R.M. (2005b), “El ayuntamiento actuará contra los vecinos que boicotean la narcosala”. *El Periódico*. 7 Septiembre 2005:50.

Sanz, R.M. (2005c), “Vecinos de Porta critican a la FAVB por su apoyo a las narcosalas”. *El Periódico*. 24 Octubre 2005:34.

Sanz, R.M. (2005d), “Los contrarios a la narcosala aceptan no cortar hoy la ronda”. *El Periódico*. 23 Noviembre 2005:51.

Sanz, R.M. (2005e), “Fracasa el diálogo sobre la narcosala”. *El Periódico*. 29 Noviembre 2005:46.

Sanz, R.M. (2005f), “Barcelona dispondrá de tres narcosalas más antes del 2008”. *El Periódico*. 2 Diciembre 2005:57.

- Sanz, R.M. (2013), “Operación limpieza”. *El Periódico*. 16 Noviembre 2013:39.
- Sanz, R.M.; Ollés, A. (2005), “La narcosala del Vall d'Hebron crea división entre vecinos y concejales”. *El Periódico*. 23 Junio 2005:43.
- Sanz, R.M.; Subirana, J. (2005), “El ayuntamiento estudia la creación de dos narcosalas más en Barcelona”. *El Periódico*. 5 Noviembre 2005: 50.
- Sarasa-Renedo, A.; Espelt, A.; Folch, C.; Vecino, C.; Majó, X.; Castellano, Y.; Casabona, J.; Brugal, M.T.; Redan Study Group. (2014), “Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs”. *Gaceta Sanitaria*, 28(2):146-54.
- Schäffer, D.; Stöver, H. (eds.) (2011), *Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V./ Akzept e.V.
- Sepúlveda, M. (2010), “Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio”. *El Cotidiano*, 163:55-65.
- Sepúlveda, M. (2011), “El riesgo como dispositivo de gobierno: neoprudencialismo y subjetivación”. *Revista de Psicología*, 20(2):103-124.
- Sepúlveda, M.; Báez, F.; Montenegro, M. (2009), *No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
- Sepúlveda, M.; Romani, O. (2013), “Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo”, en Martínez Oro, D.P.; Pallarés, J. (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 89-102.
- Sierra, L. (2004a), “El consumo de drogas se dispara en el barrio de Porta”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 25 Septiembre 2004:5.
- Sierra, L. (2004b), “Los vecinos se manifiestan para evitar que Porta se convierta en otro Can Tunis”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 28 Septiembre 2004:6.
- Sierra, L. (2004c), “‘Narcosala’ en Drassanes”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 8 Diciembre 2004:1.
- Sierra, L. (2004d), “Entre 70 y 80 drogadictos podrán utilizar el nuevo centro de Drassanes”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 10 Diciembre 2004: 2.
- Sierra, L. (2004e), “La ‘narcosala’ abierta en Drassanes atiende en un día a 50 toxicómanos”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 15 Diciembre 2004:4.
- Sierra, L. (2005a), “Cacerolada contra la droga”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 30 Abril 2005:3.

Sierra, L. (2005b), “Nou Barris acelera el derribo de edificios para acosar a los vendedores de droga”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 5 Mayo 2005:6.

Sierra, L. (2005c), “El nuevo centro de Vall d'Hebron prevé atender a 300 drogadictos”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 27 Julio 2005:4.

Sierra, L. (2005d), “Piquetes y recurso contra la narcosala de Vall d'Hebron”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 29 Julio 2005:4.

Sierra, L. (2005e), “El juez deniega el cierre urgente de la narcosala de Vall d'Hebron”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 30 Julio 2005:5.

Sierra, L. (2005f), “Rincón de impunidad”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 3 Noviembre 2005:3.

Sierra, L. (2005g), “La narcosala Baluard está al borde de la saturación”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Domingo, 13 Noviembre 2005:5.

Sierra, L. (2005h), “Los vecinos mantienen la protesta por la narcosala”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 29 Noviembre 2005:5.

Sierra, L. (2005i), “Dos nuevas narcosalas estarán en Nou Barris y entre el Eixample y Sant Martí”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 30 Noviembre 2005:4.

Sierra, L. (2005j), “El Ayuntamiento aprueba más narcosalas y mejor repartidas”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 2 Diciembre 2005:3.

Sierra, L. (2006), “La narcosala se muda”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 25 Abril 2006:1-2.

Sierra, L. (2010), “Las narcosalas se reparten por todos los distritos”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 25 Marzo 2010:6.

Sierra, L. (2015), “La narcosala del Raval se traslada”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 10 enero 2015:1-3.

Sierra, L.; Figueredo, E. (2008), “El despliegue policial antidroga logra el apoyo vecinal de la Zona Franca”. *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 29 Febrero 2008: 5.

Sontag, S. (2005[1977,1988]), *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Santillana

Spink, M.J.P. (2007), “Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de 'habilidades personales' como estrategia de promoción de la salud”. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17 (50): 575-598.

Spink, M.J.P.; Menegon, V.M. (2006), "Prácticas discursivas como estrategias de gubernamentalidad: el lenguaje de los riesgos en documentos de dominio público", en Íñiguez, L. (ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC, pp. 197-230.

Stolcke, V. (2000), "¿es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad...y la naturaleza para la sociedad?". *Política y Cultura*, 14:25-60.

Stolcke, V. (2009), "A propósito del sexo". *Política y Sociedad*, 46(1/2):43-55.

Suárez, R.; Beltrán, E.M.; Sánchez, T. (2006), "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles". *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, 3:123-154

Suñé, R. (2003a), "Donde para el 38". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 6 Mayo 2003:4.

Suñé, R. (2003b), "Esperando el AVE sin desespero". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 19 Julio 2003: 5.

Suñé, R. (2005a), "Zona Franca y Vall d'Hebron tendrán salas de toxicómanos". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 3 Mayo 2005:5.

Suñé, R. (2005b), "Ciutat Vella admite el riesgo que la narcosala genera en Drassanes". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 9 Junio 2005:3.

Suñé, R. (2005c), "CiU suma sus votos al gobierno local para aprobar el plan contra las drogas". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 14 Diciembre 2005:4.

Suñé, R. (2007), "Las dos Barcelonas". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Miércoles, 30 Mayo 2007:3.

Suñé, R. (2010), "El rescate de la Rambla". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 10 Agosto 2010:1-3.

Suñé, R.; Peirón, F. (2006), "El voto de la protesta". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Domingo, 12 Noviembre 2006:1-2.

Szasz, T. (2002, [1992]), *Nuestro Derecho a las Drogas*. Barcelona: Anagrama.

Szczepanski, J. (1978), "El método biográfico". *Papers*, 10:229-256.

Tezanos, J.F. (2001), *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Torralba, L.; Brugal, M.T.; García, V.; Graugés, D.; Guitart, A.; Queralt, A.; Ribot, N.; Rodríguez-Martos, A.; Vecino, C.; Macía, C. (2002), *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2000-2003*. Barcelona: ASPB.

Torrens, M.; Fonseca, F. (2009), “La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica”, en Colom, J.; Duro, P. (eds.) *Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Subdirección General de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública, pp. 27-36.

Torrents, O. (2006), “Perfil psicológico de sujetos toxicómanos en activo, usuarios de un programa de reducción de daños”. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1):24-33.

Trias, X. (2005), “Narcosalas y política”. *El País*. Viernes, 30 Diciembre 2005. Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/12/30/catalunya/1135908443_850215.html

Trujols, J. (2013), “Hacia una participación significativa de las personas usuarias de drogas por vía parenteral en el desarrollo de las políticas e intervenciones en el ámbito del uso de drogas: apuntes para una historia mal conocida”, en Llord, A.; Borràs, T. (coords.) *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares*. Barcelona: Grup Igia, pp. 124-148.

UNAIDS (2010), *An introduction to triangulation*. Geneva: UNAIDS. [24 de noviembre de 2015]. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/10_4-Intro-to-triangulation-MEF.pdf

Usó, J.C. (1996), *Drogas y cultura de masas (España 1855 – 1995)*. Madrid: Taurus.

Vallés, M.S. (2002), *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS.

Van de Mheen, D.; Gruter, P. (2004), “Interventions on the supply side of the local hard drug market. Towards a regulated hard drug trade? The case of the city of Rotterdam”. *Journal of Drug Issues*, 34(1): 145-162.

Vargas, V. (2015), “La narcosala de Baluard se trasladará a Peracamps”. *El Periódico*. Sábado, 10 Enero 2015:40.

Veal, A. (2000), *Leisure and Lifestyle. A Review and Annotated Bibliography*. Sidney: School of Leisure, Sport & Tourism, University of Technology, Online Bibliography no. 8.

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.

Vega, F. (2007), “Nuevos enfoques de inserción laboral. La experiencia en el barrio de La Mina”. *Salud y drogas*, 7 (1): 205-213.

Ventura, M.; Fornís, I.; Blanc, E. (2013), “Análisis de sustancias: una vida mejor gracias a la química”, en Martínez Oró, D.P.; Pallarés, J. (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 251-261.

- Vidal, C.; Fornís, I.; Ventura, M. (2014), "New psychoactive substances as adulterants of controlled drugs. A worrying phenomenon?". *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8):819-824.
- Vivanco, F. (2000a), "No habrá narcosala". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 9 Marzo, 2000:1.
- Vivanco, F. (2000b), "La renuncia del Ayuntamiento a la narcosala descoloca a Sanitat". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Viernes, 10 Marzo, 2000:3.
- Vivanco, F. (2000c), "Clos cierra filas y dice que las narcosalas no son la solución". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Sábado, 11 Marzo, 2000:3.
- Vivanco, F. (2000d), "'Los toxicómanos morirán' si no hay narcosala, afirma Médicos sin Fronteras". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Lunes, 20 Marzo, 2000:3.
- Vivanco, F. (2001a), "Las familias de Can Tunis piden 'pisos y no dinero' por la desaparición del barrio". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 3 Abril 2001: 5.
- Vivanco, F. (2001b), "Entrevista a M. Teresa Codina, impulsora de la educación en Can Tunis desde 1977". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Martes, 3 Julio 2001: 6.
- Vivanco, F. (2003), "Portabella y la identidad de Barcelona". *La Vanguardia*, Supl. Vivir en Barcelona. Jueves, 9 Enero 2003:1 y 3.
- Wacquant, L. (2001 [2001]), *Parias urbanos*. Buenos Aires: Manantial.
- Wacquant, L. (2006 [2000]), *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- WHO, UNAIDS, UNODC (eds.) (2007), *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva: WHO Publications.
- Woods, S. (2014), *Drug consumption rooms in Europe: Organisational overview*. Amsterdam: Regenboog Groep.
- Zona Fòrum Associació. "22/05/2014 Degradació al Fòrum. Les sales de venopunció situades als barris Besós-Maresme degraden l'entorn i afecten la convivència entre els veïns", en http://www.zonaforum.cat/20140522_not_nc.htm
- Zuliani L. (2010), "El aporte de la epidemiología a la salud colectiva". *Iatreia*, 23(4):354-361.

ANEXOS

Anexo I. Información del proyecto de investigación

¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona.

Este proyecto de investigación se desarrolla dentro del programa de doctorado del Departamento de Antropología social y cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. El objetivo de la investigación es conocer y comparar las necesidades básicas de los usuarios que acuden a las salas de consumo higiénico de Barcelona y de los consumidores no institucionalizados para orientar y proponer estrategias de reducción de daños para las drogodependencias y permitir así mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

En esta investigación participarán consumidores de heroína y/o cocaína, por vía inyectada y/o pulmonar, profesionales de las diferentes salas de consumo higiénico de Barcelona, y técnicos responsables de la intervención en drogodependencias de Barcelona. Los participantes serán entrevistados para obtener datos que cubran los objetivos de la investigación. Los datos personales serán anonimizados por el investigador con seudónimos, de forma que no sea posible relacionar datos personales y conductas de consumo.

Investigador responsable: Rafael Clua García

Supervisor: Aurelio Díaz, Departamento de Antropología Social y cultural, Universitat Autònoma de Barcelona. Teléfonos: 935811143 y 935811239-935868317 (secretaría)

Para más información, enviar consulta por mail a: cluag@msn.com

Anexo II. Declaración de consentimiento informado

D./Dña....., con DNI/NIE....., expreso mi participación voluntaria en la investigación “¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona”, pudiéndome retirar de la misma en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello implique perjuicio a mi persona.

Dispongo de la información suficiente sobre la investigación, he podido hacer preguntas sobre ellas y conozco el uso que se hará de mis datos personales. Tengo conocimiento de que la lista de equivalencias entre códigos e identidades se destruirá una vez haya terminado la investigación.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Barcelona, a __ de _____ de 201__

Interesado/a

Investigador

Rafael Clua García

cluag@msn.com