



Universidad de Valladolid

Consumo responsable de sustancias: La reducción de riesgos como alternativa a la prohibición.

**Universidad de Valladolid
Escuela universitaria de Palencia
Trabajo de fin de Grado de Educación Social
Autor: Jairo Casado Gallego
Coordinado por: María Cruz Tejedor Mardomingo**

“SOLO LA DOSIS HACE DE ALGO UN VENENO” PARACELSO.

RESUMEN/ABSTRACT

Las malas prácticas en el consumo de drogas por vía parenteral siguen siendo una de las principales causas de transmisión de diversas enfermedades, como el VIH o hepatitis, entre otras. El presente trabajo versa sobre las políticas de reducción de daños-riesgos, que pretenden ofrecer cierta calidad de vida a aquellos consumidores que no quieren o no pueden dejar de consumir pero sí quieren minimizar problemas asociados al consumo, para reducir al máximo sus prácticas de riesgo. Se presentan, además, algunos de los programas existentes en este ámbito, centrándonos en los programas “Bola de nieve”, mediante la realización de entrevistas a una profesional y un usuario en la ciudad de Santiago de Compostela así como experiencias extraídas del Prácticum realizado el pasado año en Leiria (Portugal).

Bad practices relating with intravenous drugs consumption still are one of the main causes in the transmission of several diseases such as HIV and hepatitis, among others.

This working paper tries to introduce the reader to policies and techniques of damage-risk reduction related to drug consumption which intend to deliver a certain life-quality to those whom cannot or don't want to abandon the consumption of this kind of substances but aim to minimize health problems related with it, reducing its risk.

Some programs and existing alternatives are presented in this paper, giving special relevance, in a more practical perspective, to “SnowBall Programs” through interviews made both to a drug user and to a professional who worked and lead as coordinator in one of this programs in the city of Santiago de Compostela and as well as some experiences that were drafted from the Practicum done the previous year in Leiria (Portugal).

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS

Reducción de riesgos, Reducción de daños, Consumo responsable, Droga, drogodependencia.

Risk Reduction, Damage reduction, Responsible Consumption, drugs, drug addicts.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
JUSTIFICACIÓN	8
LA PERSPECTIVA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS-RIESGOS. CONSUMO RESPONSABLE. MARCO TEÓRICO.	10
REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS: CONCEPTOS SIMILARES PERO NO IDÉNTICOS.....	10
REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	10
REDUCCIÓN DE DAÑOS.....	12
CONSUMO RESPONSABLE.....	14
LA EDUCACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA PROHIBICIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	16
LEGISLACIÓN Y POLÍTICA DE DROGAS	18
A NIVEL EUROPEO.....	18
A NIVEL ESTATAL.....	20
DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS: PROPUESTA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS-RIESGOS Y TIPOS DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE.....	22
TESTEO Y ANÁLISIS DE SUSTANCIAS: (REDUCCIÓN DE RIESGOS).....	22
PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PI): (REDUCCIÓN DE DAÑOS)	25
SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO-SCS: (REDUCCIÓN DE DAÑOS)	26
PROGRAMAS OUTREACH: TRABAJO DE CALLE: (REDUCCIÓN DE DAÑOS-RIESGOS).	27
PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) (REDUCCIÓN DE DAÑOS)	28
PROYECTOS BOLA DE NIEVE: (REDUCCIÓN DE DAÑOS)	29
ENTREVISTA AL PERSONAL DE UN PROYECTO “BOLA DE NIEVE”	32
CONTEXTO.....	32
METODOLOGÍA.....	33
Entrevista a la psicóloga del Centro de día Vieiro	33
Entrevista a un Agente de Salud del Proyecto “Bola de Nieve”	36
LÍNEAS DE MEJORA A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS	38
LA FIGURA DEL EDUCADOR SOCIAL EN UN PROYECTO BOLA DE NIEVE.....	40
CONCLUSIONES: LECCIONES APRENDIDAS Y RETOS FUTUROS	44
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	47
APÉNDICES.....	51
<u>Apéndice I</u> : Mapa del Alcance de las Estrategias Nacionales en materia de droga.	52
<u>Apéndice II</u> : Entrevista al médico Fernando Caudevilla en el Diario Vasco.....	53

ÍNDICE DE SIGLAS

ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo)

CG (Cromatografía de Gases)

DAVE (Dispositivos Asistencial de Venopunción)

EC (Energy Control)

IMIM (Instituto Municipal de Investigaciones Médicas)

LAAM (Levo-Alfa-Acetil-Metadol)

MS (Espectrometría de Masas)

OED (Observatorio Español sobre Drogas)

OEDT (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías)

PIJ (Programas de Intercambio de Jeringuillas)

PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona)

PNSD (Plan Nacional sobre Drogas)

REITOX (Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías)

SCS (Salas de Consumo Supervisado)

TLC (Cromatografía en Capa Fina)

UE (Unión Europea)

VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogas es una de las cuestiones más preocupantes desde el punto de vista sociológico, sanitario y educativo. La dimensión de esta problemática debe ser tratada tanto por la cantidad o la frecuencia de uso, por el número de consumidores o por la propia calidad de la misma. Del mismo modo, el consumo de drogas y las consecuencias que este lleva aparejado no se debe considerar solamente como una problemática social de ámbito local ni puntual, sino que afecta de una forma mucho más generalizada a nivel global. Sus efectos van más allá del propio daño que su uso pueda ocasionar en el organismo del consumidor pues, entre otros, se encuentra el perjuicio económico, social y emocional que supone para sus familias o entornos próximos.

El grado de la demanda de consumo de una determinada sustancia en la sociedad, en muchas ocasiones, viene dado por la percepción que se tiene de ésta. Vivimos en una sociedad en la que muy a menudo nos dejamos llevar por modas con el único objetivo de simular un determinado estatus social. Un claro ejemplo de esta influencia lo encontramos en los comienzos del consumo de la heroína. A principios del siglo XX, el uso de la heroína estaba asociada a clases acomodadas y con una media de edad superior a los cincuenta. Más tarde, la heroína comienza a ser consumida a edades cada vez más tempranas y con unos patrones sociales muy desiguales a los que se presentaban las clases acomodadas. Se pasa entonces de un consumo elitista a otro más asociado a la marginalidad y delincuencia.

Con el paso de los años, el uso de drogas actualmente ha tenido un cambio abismal, existen nuevas sustancias que son utilizadas como medio de diversión y relación entre los más jóvenes, dejando en algunas ocasiones de lado la perspectiva del consumidor de heroína que se tenía hace unos años. Estos cambios son producidos dentro de una sociedad que educa en el consumismo, el individualismo y la competitividad, entre otros factores, y en la que las personas buscan salidas para aislarse, como en este caso es la droga, sin percatarse de los riesgos que corren con ello.

Ya desde una perspectiva sanitaria, el consumo de una determinada droga afecta a nuestro organismo desde un punto de vista químico y biológico. Sin embargo, el grado en el que este daño es producido también viene dado, en gran medida, por las pautas de administración, las cuales pueden variar de modo extenso entre usuarios. La tolerancia a la droga es otro factor a tener en cuenta. Escohotado, A. (2002) se refiere a la tolerancia en los siguientes términos:

Una droga a la que el sujeto puede irse familiarizando (con un factor de tolerancia alto, como el café o el alcohol), presenta muchos menos riesgos de intoxicación aguda que una droga con un factor de tolerancia bajo (como barbitúricos y otros somníferos), cuyo uso repetido no ensancha considerablemente el margen de seguridad. (p. 22)

La comunidad científica distingue hasta tres tipos de conductas en relación al consumo de una determinada droga y que van en función del nivel de dependencia de la persona usuaria hacia la misma. Estos niveles son el uso, el abuso y la adicción. No todos los consumos entrañan los mismos riesgos pues éstos también dependen de la vulnerabilidad del consumidor, del tipo de la sustancia, de la cantidad y frecuencia consumida así como del contexto de empleo.

Cabe destacar, en último lugar, que existen varios usos destinados al consumo de drogas. Comúnmente, se asocia el consumo de drogas a usanzas festivas y recreativas. Sin embargo, no hay que olvidarse de otro tipo de aprovechamientos de este tipo de sustancias, tales como los terapéuticos o curativos, ambos completamente legales, extendidos y normalizados dentro de la sociedad. En este sentido, Escotado, A. (2002) aporta lo siguiente:

Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química. Pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de: a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso. La cuarta de estas circunstancias es extrafarmacológica, aunque tenga actualmente un peso comparable a las farmacológicas.(p. 30).

Cuando es el propio usuario quien decide voluntariamente no abandonar el consumo de una determinada sustancia, la reducción de riesgos y de daños buscan minimizar los aspectos negativos que dicha práctica pueda ocasionar, promoviendo hábitos saludables y de higiene. Se trata, por lo tanto, de que el consumo de una determinada sustancia se realice de forma responsable y sin que ello afecte a su salud o integridad, ni a la de los demás. Desde el punto de vista profesional, la Educación Social permite aportar a este tipo de programas una serie de capacidades de mediación y orientación encaminadas a la obtención de unos hábitos saludables de consumo.

OBJETIVOS

Se describen a continuación los objetivos generales y específicos que se tendrán en cuenta para el desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar el ámbito de la reducción de daños- riesgos como una eficaz alternativa para reducir el contagio de muchas de las enfermedades fruto del consumo de drogas por vía intravenosa, dándole la oportunidad al propio consumidor de tomar la decisión del cambio hacia prácticas menos perjudiciales para su salud y su entorno o del no consumo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer algunas de las teorías existentes sobre los conceptos de Reducción de Daños, Reducción de Riesgos y Consumo responsable, con el apoyo de mi propia experiencia y trayectoria sobre el tema.
- Identificar varias de las alternativas que tienen los usuarios de drogas, fuera de las políticas de prohibición del consumo.
- Profundizar en un caso práctico, mediante dos entrevistas, de cómo funciona y se desarrolla un Proyecto “Bola de nieve” desarrollado.
- Proponer líneas de mejora para un posible desarrollo de un Proyecto Bola de nieve en el futuro.

JUSTIFICACIÓN

Frente a la perspectiva de la reducción de daños y riesgos, los programas clásicos siempre han tenido un enfoque orientado hacia la terapia basada en la abstinencia de las prácticas de riesgo. La reducción de daños y riesgos suponen un complemento a los programas clásicos y buscan, por otro lado, un mayor protagonismo del consumidor en un entorno mucho más pragmático de forma que éste, bajo su propia responsabilidad, consiga unos objetivos de una forma mucho más realista.

La reducción de daños y riesgos supone una excelente oportunidad profesional para el Educador Social ya que entra en juego como un agente educativo, el cual puede estar especializado en la problemática de la drogodependencia. Desde el punto de vista de la realidad sociocultural, la mediación del Educador Social en el ámbito de las drogodependencias supone una contribución mucho más rica de lo que otros perfiles profesionales puedan aportar. El Educador Social está preparado para mejorar dicha realidad y ayudar en la autonomía de aquellas personas que presenten un uso abusivo o drogodependencia. Por otro lado, este tipo de necesidades, aunque hayan supuesto un aumento progresivo en escenarios de ocio y diversión, siguen estando muy ligadas a contextos de marginalidad y exclusión social, entornos con los cuales el Educador Social ha sido familiarizado durante su formación.

Personalmente, el reconocimiento de la idoneidad en el uso de planteamientos no prohibitivos respecto al consumo de droga se ve constatado con mi propia experiencia en la *Associação Novo Olhar* de Leiria (Portugal) y el *Centro de día Vieiro* (Santiago de Compostela) donde realicé prácticas durante los cursos académicos 2011-2012 y 2012-2013, respectivamente.

De los dos centros, en la *Associação Novo Olhar* de Leiria pude realizar un trabajo más orientado a este tipo de problemática. Este centro era, por aquel entonces, el único de estas características en la ciudad. Sin embargo, a mi juicio, la demanda de este tipo de recursos sociales era demasiado alta.

Entre la actividad diaria de la *Associação Novo Olhar* se encontraba el seguimiento y orientación de los usuarios hacia los servicios sociales, acercamiento a la asociación, actividades de psicomotricidad, con trabajadoras del sexo y también con consumidores de sustancias. En particular, respecto a éstos últimos, participé en programas de intercambio de jeringuillas en la propia calle. En el caso de la prostitución, el principal objetivo era el reparto

de material para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, tanto en la calle como en pisos. Este colectivo presentaba además el agravante de que, en la mayoría de los casos, la realización de esta práctica iba acompañada también del consumo de droga, lo cual propició un acercamiento mucho más productivo. En el propio centro impartíamos charlas formativas encaminadas a la prevención del contagio del VIH y Hepatitis C tanto por la práctica de la prostitución como por el consumo de droga.

En definitiva, el papel que el Educador Social pueda tener como mediador y orientador en el ámbito de la reducción de daños y riesgos de la drogodependencia así como una serie de motivaciones e inquietudes personales –tales como la estimulación en la búsqueda del camino para conseguir el abandono de este tipo de prácticas de riesgo-, han supuesto los factores decisivos para la elección y desarrollo de esta temática como Trabajo de Fin de Grado. Por otro lado, el descubrimiento del proyecto Bola de nieve durante el pasado curso ha supuesto una enorme e interesante novedad para mí, lo que me ha condicionado a escogerlo como una de las partes principales en el desarrollo del presente trabajo.

LA PERSPECTIVA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS-RIESGOS. CONSUMO RESPONSABLE. MARCO TEÓRICO.

REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS: CONCEPTOS SIMILARES PERO NO IDÉNTICOS

Los términos reducción de riesgos y reducción de daños, según Baulenas G., Borrás, T. y Magrí N. (1998), a menudo fueron empleados de igual forma para referirse a conceptos distintos e incluso, en diferentes idiomas, su acepción y traducción puede llegar a ser confusa. En la lengua inglesa se emplea el término *Harm Reduction*, en contraste con el uso de la expresión *réduction des risques* manejada en francés. En Canadá, por otro lado, se conceptualizaron los términos *réduction des dommages* o *réduction des méfaits*, siguiendo la línea inglesa. En España fue adoptada mayoritariamente la línea de la traducción inglesa, denominándolo como reducción de daños, reducción del daño o a veces incluso, reducción del daño y riesgo. Estos conceptos fueron desarrollándose y desglosándose hasta poder ser diferenciados de una forma clara en la actualidad.

Siguiendo el Plan Nacional sobre Drogas (2009-2016), estos dos términos (reducción de riesgos y reducción de daños) suelen venir unidos en muchas ocasiones debido a su proximidad, aunque no son idénticos. La disminución del riesgo está más ligada a la prevención como es el caso de los análisis de pastillas en espacios de ocio o las campañas de conducción bajo los efectos de algún tipo de droga, entre otros. Por otro lado, la reducción de daños viene asociada a la dimensión asistencial, la cual es llevada a cabo mediante programas bola de nieve, salas de venopunción o de intercambio de jeringuillas, entre otros.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

“La reducción de riesgos es una filosofía de acción educativa y sanitaria sin valoración previa sobre una conducta determinada. Recoge prácticas de acción-sanitarias, sociales y comunitarias, relacionadas con los efectos perjudiciales del consumo de drogas”. (Baulenas, Borrás y Magrí ,1998, p.7)

De acuerdo con dichos autores, la accesibilidad y la participación de los propios consumidores y/o destinatarios es uno de los pilares básicos de estos programas. La involucración de éstos en el diseño y organización de las acciones preventivas de reducción de riesgos repercute en una mejora del funcionamiento de las mismas. Por otro lado, el acercamiento y el aumento de la oferta deben tener prioridad con aquellas personas que no sigan ningún tipo de tratamiento relacionado con su adicción o adicciones. Esto se debe a que en dicha población la incidencia y prevalencia de enfermedades como la hepatitis, tuberculosis, sida, entre otros, puede ser más alta, llegando incluso al contagio en su entorno relacional próximo,

Por otra parte, el colectivo Energy Control (2003), entiende la reducción de riesgos como un concepto de actuación pragmática que promueve la salud respetando diferentes estilos de vida, principalmente relacionados con la sexualidad y el uso de sustancias. Es un proceso que busca reducir los riesgos asociados a determinados comportamientos y hacer a los jóvenes responsables de sus propias decisiones. El objetivo de esta propuesta es conseguir que los destinatarios conozcan los riesgos que supone el consumo de determinada sustancia y valoren si es pertinente su consumo. De este modo, para las personas que han optado por no consumir, esta información servirá para reforzar dicha posición y en caso de consumo funcionará como directrices básicas para que ese consumo sea lo menos dañino posible.

EC (2003) explica que la información preventiva de reducción de riesgos sobre drogas (incluyendo el alcohol), y el acceso a material anticonceptivo e información de sexo seguro, se puede hacer presente principalmente en los espacios de ocio por medio de:

- Implicación de diferentes agentes sociales de reducción de riesgos que desarrollan su actividad informativa en espacios de ocio con la ayuda de la sala o evento.
- Mensajes preventivos colocados en los diferentes lugares en relación con la actividad de la sala (carteles, material de proyección/gráfico, merchandising, entre otros).

Siguiendo como guía, de nuevo, al colectivo Energy Control (2007) la reducción de riesgos es desarrollada teniendo en cuenta diferentes aspectos:

- La certeza de que varios de los problemas que han tenido los consumidores de drogas se podrían haber evitado con un buen trabajo de información preventiva.
- Tener en cuenta que algunos jóvenes no quieren abandonar el uso de sustancias, pero están dispuestos a cambiar hábitos en su uso para mejorar su salud.
- La oposición de estas personas a acudir a servicios especializados.

- Información escasa en relación a las sustancias.
- La constatación de que estas materias seguirán siendo consumidas por un sector joven.

En la reducción de riesgos, Energy Control (2007) explica que el sujeto con el que se va a trabajar es tratado como una persona adulta, e inteligente y con capacidad para valorar y tomar decisiones frente a diversos hábitos de responsabilidad en el consumo, muy al contrario de otros programas que tratan a jóvenes como adolescentes a los que se debe aleccionar. La información que a estos destinatarios se les ofrece es la de los riesgos que conlleva el uso de drogas, recomendaciones para detectar y evitar efectos adversos en su uso o si conocen personas que lo hacen, y a dónde acudir para recibir una atención especializada.

Teniendo como referencia las diferentes definiciones de reducción de riesgos aportadas hasta ahora se utilizará este concepto entendido como un conjunto de acciones socio-educativas, de carácter principalmente preventivo, que buscan disminuir o delimitar las prácticas negativas y los riesgos ocasionados por el consumo de drogas. Tiene como principal exponente la opinión del propio usuario, consiguiendo así un protagonismo del mismo.

REDUCCIÓN DE DAÑOS

A continuación se presentan varias definiciones de diferentes autores sobre los programas de reducción de daños, que nos mostrarán de qué es de lo que estamos hablando, estableciendo un contexto para este tipo de intervenciones.

“De acuerdo con la definición clásica, reducción de daño es a toda acción ya sea individual o colectiva, de carácter social o médico, destinada a disminuir los efectos negativos del uso de una droga”. Mino (1992), (Citado por Gutiérrez, 2009, p. 115).

Por otro lado, siguiendo a Lavarello (2001) las estrategias de reducción de daños investigan cómo reducir, evitar, moderar y acotar los diferentes daños tanto para la salud psico-física como para la situación social de la persona, partiendo de que estos son mucho más graves que los efectos clínicos propios de las drogas en sí. La reducción de daños va unida a un acercamiento a los consumidores activos y un trabajo preventivo-asistencial prestado por equipos de salud, en colaboración con su entorno. Sus diferentes estrategias pueden aplicarse a toda persona consumidora de droga. Todos los daños que se pueden evitar son relevantes, pero su mayor huella sanitaria es conseguir reducir las transmisiones de VIH y muertes por sida entre los usuarios.

El Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2010), por su parte, entiende reducción de daños como los programas que se desarrollan con drogodependientes activos, es decir que siguen consumiendo. Estos proyectos están orientados a contactar y atender a una población con grandes problemáticas sociales y sanitarias derivadas muchas de ellas del consumo, ya que no acuden a centros de tratamiento de drogodependientes. Su finalidad es sociosanitaria y está dirigida a minimizar daños a nivel de estado de salud (transmisión de VIH o hepatitis, entre otros), como consecuencia del uso de sustancias, aunque también realizan intervenciones de carácter social y psicológico. La eficacia de estas intervenciones está centrada en la acción de promover un canal sin complicaciones de acceso tanto sanitario como social para esta población evitando así la conformación de colectivos segregados de usuarios.

John Strang (2004) explica que reducción de daños y minimización de daños son dos términos que suelen ser utilizados como sinónimos, sin embargo, podrían ser más eficaces refiriéndose a tipos diferentes de consideraciones. La primera podría ser tratada como algo operacional (políticas de reducción de daños o programas de reducción de daño entre otros) mientras que la segunda podría considerarse como la meta o el fin al cual llegar. Desde el punto de vista de Strang (2004), la reducción de daños podría ser valorada como el medio a través del cual conseguir el objetivo de minimizar unos daños.

Trujols, Salazar y Salazar (1999) presentan tres factores esenciales para la implementación de programas de reducción de daños:

1. Comprobación generalizada de los límites e insuficiente cobertura de los programas terapéuticos clásicos basados en la orientación a la abstinencia.
2. La manifestación del VIH entre los consumidores de droga y su rápida difusión.
3. La avanzada tendencia a reformar la clásica relación entre profesional-usuario jerarquizada, basada en el modelo medico tradicional de enfermedades y donde se pretende excluir al adicto como persona no competente. Este es un intento de incorporar la voz de los verdaderos protagonistas, los usuarios de drogas, para poder así dar respuesta a sus necesidades y no a las prioridades de profesionales y políticos.

Siguiendo con Trujols et al. (1999) los principios básicos de la reducción de daños son los siguientes:

- Fomentar la participación de usuarios de drogas en el diseño y desarrollo de diferentes programas de actuación, consiguiendo así un reconocimiento y una competencia no solo para reducir daños en su consumo sino también como posibles agentes de salud.
- Recordar que tanto la pobreza y el paro como otras desigualdades sociales y discriminaciones afectan a la inseguridad de las personas y a su capacidad para disminuir daños.
- Los daños unidos al consumo de sustancias psicoactivas están reconocidos desde una perspectiva multidimensional, ya que no solo afecta a la salud. Se reconoce, por lo tanto, también el daño social y económico que puedan causar al propio consumidor, a su familia, amigos o seres cercanos.
- La determinación del usuario de seguir consumiendo drogas es respetada y aceptada.
- Admitir que el consumo de drogas psicoactivas es una característica común de las historias de la humanidad y forma parte de nuestra sociedad. (p. 70).

Otra definición interesante es la aportada por, Baulenas (1998) refiriéndose tanto a las estrategias de reducción de daños como a las de riesgos (como se explicó anteriormente, varias definiciones aparecen unidas debido a su proximidad) como todos los programas y servicios, sociales o médicos, de origen individual o colectivo encaminados a minimizar los efectos del consumo de drogas. (Citado por Gutiérrez, 2009, p.115).

De acuerdo con todas estas definiciones, en el desarrollo de este trabajo se entenderá como enunciado de reducción de daños al conjunto de actuaciones, tanto individuales como colectivas, que orientan al consumidor de droga, principalmente por vía parenteral, sobre las prácticas para reducir los daños ocasionados por estas, tanto en el propio individuo como en su entorno. La reducción de daños supone un concepto más asistencial que la reducción de riesgos teniendo la primera un carácter más informativo o divulgativo.

CONSUMO RESPONSABLE

De acuerdo con Hidalgo y Rovira (n.d.), en su texto *¿Es posible el consumo responsable?*, el término responsable proviene etimológicamente de “responsum” (respuesta y “habilis” (habilidad o capacidad) el cual puede ser entendido como dos representaciones “la obligación a respetar a algo o alguien” o “la habilidad, cuidado, atención que uno tiene hacia aquello que hace o decide”.

A partir de aquí, Hidalgo y Rovira (n.d.), interpretan que la responsabilidad en el uso de drogas es asociada a personas con capacidad de raciocinio, las cuales toman decisiones autónomas y personales buscando así conseguir una mejora en los daños y/o riesgos de su consumo. Esta responsabilidad apunta al consumidor como principal responsable de sus actos y consecuencias, dejando de lado la visión que suele ser atribuida a las sustancias como causantes de todos los daños. Esta responsabilidad puede ser asimilada a partir de un aprendizaje que puede ser teórico, siguiendo la vía de la tradición cultural y de la educación. Se trata de un aprendizaje con muchas dificultades ya que, en la actualidad, el único valor que se fomenta es el de la abstinencia y la programación mental para decidir, sin dar ni opinión ni existencia a los propios consumidores. El proceso más extendido para la mayoría de los consumidores como única opción al modelo evasivo de prohibición universal del consumo de drogas es la experiencia en el consumo de sustancias como medio de aprendizaje y conocimiento.

Hidalgo y Rovira (n.d.) en *¿Es posible el consumo responsable?*, asimilan que el fomento de la responsabilidad requiere que a las personas se les sea reconocida la capacidad de tomar decisiones críticas e individuales en un marco de derechos y de respeto hacia el propio individuo. Determinaciones que se muestran reduciendo los riesgos negativos del consumo o incluso eliminándolo.

Por otro lado, Energy Control (2006) presenta el consumo responsable como una decisión personal y madurada centrada en los posibles riesgos y placeres que se producen a la hora de consumir una sustancia. Es un proceso regulado por la propia persona para conseguir únicamente los placeres deseados de la sustancia evitando los riesgos y problemas. Las satisfacciones y los riesgos buscados para cada persona son diferentes por lo que dependerá de cada uno.

En definitiva, tras explicar ambas definiciones, entenderemos el concepto de consumo responsable como las diferentes decisiones que el consumidor toma para sí mismo basándose siempre en la responsabilidad y consiguiendo con esto que sea la propia persona la que se haga cargo tanto de los posibles placeres del uso de sustancias como de las consecuencias negativas que puedan aparecer a causa de su conducta y hacia los demás, y asegurándose siempre de que el consumo propio no afecta ni a la salud ni a la integridad de terceras personas.

LA EDUCACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA PROHIBICIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La permisividad o tolerancia en el consumo de sustancias siempre ha resultado controvertida. Por parte de la sociedad, la consideración sobre la drogadicción ha sido -y sigue siendo- como la de una actividad más asociada a entornos marginales y de delincuencia aunque, en infinidad de ocasiones, ésta se lleve a cabo en situaciones cotidianas de lo más insospechado. Cada vez es más común la realización de este tipo de prácticas de una forma integrada y sin apenas generar sospecha en lugares de nuestro quehacer diario como centros educativos y laborales o instalaciones de ocio, entre otros.

No obstante, la percepción que la sociedad mantiene al respecto es de una general desaprobación. A menudo se habla de “*lucha contra la drogadicción*” empleando para ello un lenguaje agresivo y tajante, y cuya misión es la de extirpar y erradicar el problema. Son actitudes que evocan la marginación, vergüenza, el “*apartarse de*” o incluso ocultar y aislar la molestia cuando, en muchos casos, detrás de la droga hay otros problemas que han de ser considerados y tratados.

El enfoque clásico en cuanto a la adopción de políticas prohibicionistas sobre el consumo de droga ha estado presente desde hace tiempo. Sin embargo, la efectividad de dichas estrategias ha sido cuestionada en numerosas ocasiones. Como dato relevante cabe decir que, a pesar de este tipo de políticas, el problema sigue existiendo en la actualidad y, en muchos casos, incluso ha pasado a estar moderadamente normalizado y aceptado por la sociedad, como es el caso del *cannabis*, o incluso bien visto si lo consideramos desde un punto de vista cultural y social (alcohol o tabaco).

Prohibir implica ilegalizar y penalizar la droga desde un punto de vista político o económico aunque el fin se argumente en base a criterios sanitarios y sociales. En muchos casos, el uso de este tipo de políticas no consigue mitigar sus efectos, derivándose de ello otros inconvenientes negativos como son el menudeo, blanqueo de dinero o el crimen organizado, pero sin conseguir la reducción en los niveles de consumo.

Como alternativa a la perspectiva prohibicionista, nos encontramos las propuestas basadas en los enfoques de la reducción de riesgos y daños y que van encaminadas a la realización de un consumo de forma responsable y lo más saludable posible, puesto que se asume que esta práctica se va a seguir llevando a cabo de todos modos. Uno de los factores que más ha influido en el uso de este tipo de perspectivas de carácter más permisivo con el consumo es el hecho de

que muy improbablemente se produzca una legalización de las sustancias. Puesto que no se cree que esto ocurra en un futuro más o menos cercano, es mucho más sensato y realista el concentrarse en la reducción de daños y riesgos.

Otra de las principales ventajas a tener en cuenta en la adopción de este tipo de posturas permisivas es la experiencia personal que cada usuario pueda aportar. Desde el punto de vista de la educación social, esta experiencia se puede considerar como una excelente fuente de información para la realización de una mejor labor en la recuperación de sus funciones como individuo, capacidades y valías profesionales. No hay que caer en el engaño de que, aunque se puedan dar determinados patrones de consumo, cada usuario de forma individual supone un ejemplo diferenciable del resto. Se trata, por lo tanto, de valorar cada caso por separado y elaborar una estrategia de actuación como parte de la intervención socioeducativa a realizar y donde se podrá establecer un plan individualizado de atención de carácter pedagógico.

Por otro lado, el planteamiento de reducción de riesgos sí contempla un aspecto que las políticas prohibicionistas no abordan con total eficacia: la necesidad de frenar los posibles brotes epidémicos de infecciones por VIH o Hepatitis C en los consumidores de droga por vía intravenosa. La programación de una intervención, desde el punto de vista de la educación social, sí promueve objetivos destinados a una maduración y concienciación de la sociedad en cuando a prácticas saludables de consumo. Esta formación puede ser realizada tanto desde un enfoque particularizado (dentro de un plan individual de atención a un usuario) como comunitario y dirigido a un sector poblacional mucho más amplio (formación en centros de enseñanza o realización de programas de concienciación, entre otros).

Aunque el consumo de drogas suele estar vinculado a entornos marginales, esta condición no siempre se cumple. El consumo en entornos y espacios lúdicos está en auge. Se trata de un consumo mucho más experimental y ocasional, el cual es derivado de la necesidad del usuario de socializar o relacionarse de una forma más fácil. El papel de la educación social en estos casos es muy distinto del de los entornos marginales. Si bien, aunque el consumo en estos espacios puede estar derivado de otro tipo de problemas, la educación del usuario debe estar orientada a la provisión de una serie de alternativas de diversión. En este caso, la labor que la educación social pueda hacer en el entorno del potencial consumidor es muy importante. La formación en centros docentes y también a las familias permite trabajar de una forma mucho más directa. De este modo, se conseguirán detectar estas tendencias lo antes posible y se podrá actuar en consecuencia evitando que el consumo esporádico no se convierta en algo continuo y cotidiano.

LEGISLACIÓN Y POLÍTICA DE DROGAS

A NIVEL EUROPEO

De acuerdo con la Estrategia en materia de lucha contra la droga (2013-2020), la drogadicción es una cuestión de suma importancia que debe ser abordada a nivel nacional como internacional. La Unión Europea realiza un papel importante en la lucha contra la droga y sus consecuencias en la sociedad mediante una Estrategia a nivel comunitario. Ésta tiene como finalidad contribuir a reducir tanto la oferta como la demanda del consumo en el territorio de los países miembros y a su vez disminuir los riesgos que esta tiene en la salud.

La Estrategia en materia de lucha contra la drogadicción (2013-2020) se centra tanto en la oferta como la demanda de sustancias estupefacientes y persigue tres acciones básicas: la coordinación, cooperación internacional e investigación, información, control y evaluación.

Esta Estrategia contiene nuevos contenidos y actuaciones, a partir de los cuales surgen los objetivos por los que va marcada dicha Estrategia, como bien refleja el Diario Oficial de la Unión Europea (29 de Diciembre del 2012). De este modo, afronta las actuales necesidades y retos existentes en la sociedad actual:

- La tendencia cada vez mayor al uso de polisustancias, incluidas la combinación de sustancias legales, como el alcohol y la medicación controlada prescrita, con las ilegales.
- La tendencia al uso de drogas no opiáceas, así como la aparición y difusión de nuevas sustancias psicoactivas.
- La necesidad de garantizar y mejorar el acceso a la medicación controlada prescrita.
- La necesidad de mejorar la calidad, cobertura y diversificación de los servicios de reducción de la demanda de droga.
- La alta incidencia persistente de enfermedades de transmisión sanguínea, especialmente el virus de la Hepatitis C, en los consumidores de droga por vía intravenosa así como los riesgos potenciales de nuevos brotes epidémicos de infecciones por VIH y otras enfermedades relacionadas con el consumo.
- La persistencia de cifras elevadas de muertes relacionadas con la droga en la Unión Europea.
- La necesidad de tratar el consumo de drogas mediante un planteamiento de atención sanitaria integrado que tenga en cuenta, entre otras cosas, la comorbilidad psiquiátrica.

- La dinámica de los mercados de las drogas ilegales, en particular los cambios de ruta del tráfico de ellas, la delincuencia organizada transfronteriza y el uso de nuevas tecnologías de la comunicación para facilitar la distribución de sustancias ilegales y psicoactivas.
- La necesidad de prevenir el desvío de precursores, pre-precursores y otros productos químicos esenciales empleados para la fabricación de drogas del comercio legal al mercado legal al mercado ilegal y el desvío de determinados productos químicos usados como sustancias de corte. (p. 402/2).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) creado por el Reglamento CEE N° 302/93, en el 8 de febrero de 1993 tiene como principal objetivo facilitar a las Comunidades y a sus estados miembros información en materia de droga y toxicomanías, así como de sus consecuencias, de manera fiable y objetiva.

El OEDT basa su trabajo en diferentes informaciones llegadas por diversos puntos que conforman la REITOX (Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías). En lo que concierne a España, esta información es proporcionada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y, en particular, por el Observatorio Español sobre Drogas, del cual se tratarán los puntos más importantes posteriormente.¹

El OEDT presenta, a final de cada año, un informe sobre el problema de las drogas en Europa. El último es corresponde al pasado año 2012. En el Informe del OEDT publicado en el año 2012 se lanza un mensaje claro y conciso mediante el que se pretende desarrollar respuestas a las nuevas amenazas y retos surgidos sin dejar a un lado los problemas relacionados con las drogodependencias que tenemos totalmente establecidos. En este informe también se hace especial hincapié en la identificación, por parte de Europa, de los retos que son planteados por el mercado de las drogas, un mercado que día a día es más dinámico y complejo, para así poder darles respuesta.

De acuerdo con el informe expuesto por el OEDT (año 2012), se presentará lo expuesto en él en lo referente a la temática tratada en este Proyecto: la reducción de daños. Dentro de las diferentes políticas nacionales relacionadas con la drogodependencia, la reducción de daños forma un papel sumamente importante como objetivo en ellas. En la actualidad el acuerdo entre

¹ Ver Apéndice I: Mapa del alcance de las Estrategias Nacionales en materia de droga.

diferentes países sobre el tema es muy amplio, intentando disminuir la propagación de enfermedades infecciosas o mortalidad por sobredosis, entre otras.

De acuerdo con el Comisión Europea (2007), hace ya más de 25 años, apareció un gran riesgo asociado al consumo de droga, el VIH. Esto hizo que aumentaran las respuestas al consumo de drogas en Europa y la integración de nuevos servicios sanitarios, terapéuticos y de asistencia social. Las medidas de reducción de daños relacionadas con el seguimiento del VIH en Europa han conseguido un control consiguiendo una disminución de las infecciones de este tipo. De todos modos, el VIH sigue teniendo gran importancia en la salud pública, encontrándose nuevos brotes.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) en unión con el OEDT, editó una serie de líneas de acción en las que se muestra una síntesis de datos contrastados actuales tanto en prevención como en el control de enfermedades en consumidores de drogas por vía intravenosa. Estas líneas pretenden mejorar la prevención de las infecciones de VIH relacionados con la vía parenteral a nivel europeo.

A NIVEL ESTATAL

España cuenta con un Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) cuya iniciativa gubernamental data del año 1985. Este plan está destinado a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las diferentes Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Por otro lado, según el PNSD (2009) tras ser aprobada y entrar en vigor la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016) la Delegación del Gobierno para dicho Plan Nacional, en apoyo con otras Administraciones y entidades sociales, como se señaló anteriormente, ha lanzado el primer Plan de Acción sobre Drogas (2009-2012). Este es un dossier con estrategias y líneas de acción dentro de las políticas de drogas en España. Este Plan de acción tiene una estructura muy similar al también existente Plan de Acción Europeo con seis ámbitos de intervención. Asimismo, da cabida a las iniciativas de las Comunidades y Ciudades Autónomas para aplicar el Plan en función de los territorios y de la situación de la drogodependencia en cada una de ellas.

El Plan de Acción (2009- 2012), se centra sobre todo en la prevención, por lo que refuerzan las acciones de apoyo a las familias, la implicación de los medios de comunicación a través de

campañas contra las drogas, la formación en los centros educativos, la colaboración de las organizaciones juveniles y la participación de la atención primaria de salud. El objetivo principal de las medidas que contienen el Plan es estimular y apoyar la implicación activa de toda la sociedad en la prevención. También se intensifican las medidas destinadas a mejorar la capacidad del sistema para diagnosticar y tratar precozmente el problema.

Dentro de este Plan de Acción sobre Drogas (2009-2012), existe un apartado de reducción de daños en el cual se apoyará en este trabajo: 2º Ámbito de intervención: REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO, cuyo objetivo es el siguiente: “Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.” (Plan De Acción Sobre Drogas, 2009-2012, p.8).

Dentro del Plan Nacional sobre Drogas (2009), aparece un apartado de reducción de daños y disminución de riesgos. En él, se habla de la diferenciación entre ambos ya que aunque ellos son muy próximos varían en su finalidad. El principal objetivo de todo este tipo de intervenciones debe ser el de evitar el consumo experimental así como conseguir que el consumo esporádico no se convierta en algo continuo y cotidiano, y principalmente reducir o delimitar los daños ocasionados por las drogas a la salud de las personas y sus efectos socio sanitarios relacionados con su uso. Estas actuaciones deben realizarse principalmente a nivel comunitario tanto en el ámbito de la atención social como la sanitaria.

Al mismo tiempo a nivel nacional, desde 1998, España lanza el Observatorio Español sobre Drogas (OED) describiendo la situación y los cambios relacionados en materia de drogas, en territorio Español. Es uno de los principales instrumentos para ofrecer, tanto a la sociedad como a la administración, una visión global acerca del consumo de drogas y de todos los problemas que este conlleva. EL OED proporciona informaciones y estadísticas de la evolución y las características del consumo de drogas psicoactivas (también alcohol y tabaco) y acerca de los diferentes problemas asociados.

DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS: PROPUESTA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS- RIESGOS Y TIPOS DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE

En la década de los años 80 y principios de los 90, el aumento de personas con VIH/SIDA en el colectivo de personas consumidoras de droga por vía intravenosa, hizo que el abordaje a las drogas diera un giro importante con la aparición de nuevos programas, en los que el SIDA se convierte en un problema grave de la drogodependencia.

En este sentido, existen diferentes proyectos relacionados con la reducción de daños y/o riesgo. Su metodología y actuación es variada pero su propósito y objetivos finales siempre son los mismos o muy similares: reducir-minimizar las prácticas negativas de uso de drogas o incluso eliminarlas. Posteriormente, se describirán algunos de los proyectos que actualmente se encuentran más activos a nivel nacional y con una mayor relevancia e influencia en el sector gracias, en buena medida, a su eficaz y modernizada forma de acercamiento a los destinatarios.

Desde el punto de vista de la reducción de riesgos se ahondará en la definición de los programas de testeo y análisis de sustancias así como los programas *outreach* de trabajo en calle. Por otro lado, en cuanto a la reducción de daños, se definirán los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de consumo supervisado, los programas de mantenimiento con metadona y el proyecto Bola de Nieve, sobre el cual se ha realizado un desarrollo mucho más profundo.

Este desarrollo se complementa con la aportación de dos entrevistas realizadas a personas que han formado parte en la puesta en marcha de un proyecto Bola de Nieve, la coordinadora del centro donde se llevó a cabo el programa y un usuario que participó en la formación como futuro Agente de Salud, y sobre las cuales se intentarán sacar una serie de conclusiones y líneas de mejora basadas en dicha experiencia.

TESTEO Y ANÁLISIS DE SUSTANCIAS: (REDUCCIÓN DE RIESGOS)

Siguiendo el estudio del psicólogo especialista en drogodependencias y coordinador de Energy Control en Madrid, Eduardo Hidalgo (2007), el testeo y análisis de sustancias persigue la detección, de una forma lo más temprana posible, de la existencia de peligros para la salud del consumidor en base a la dosis, composición y concentración, cuando ésta es desconocida o se

desconfía de ella. También se pueden tener en cuenta factores como la propia complexión física del interesado.

Hidalgo (2007) aclara que uno de los principales riesgos a la hora de consumir drogas es la incertidumbre de su contenido. Ni su presentación, forma u olor pueden identificar cuál es su composición. El testeo y análisis de sustancias permite, gracias a su pronta toma de contacto con dichas sustancias, la detección de posibles adulteraciones especialmente peligrosas para la salud frenando o cercando la difusión de las mismas. Por otro lado, los análisis de sustancias son un instrumento perfecto para el conocimiento de otras diferentes o desconocidas, los nuevos patrones de consumo y las tendencias que se producen en el mismo.

Energy Control (EC) es un proyecto perteneciente a la Asociación de Bienestar y Desarrollo (ABD) y que además se encuentra financiada por parte de diferentes administraciones de ámbito estatal, autonómico y local. EC surge en Barcelona en el año 1997 y está asociado al consumo de drogas en espacios recreativos. Desde 1998 realiza análisis de sustancias como estrategia de reducción de riesgos.

Se describen a continuación algunas de las técnicas empleadas por Energy Control para el testeo y análisis de sustancias, de acuerdo con Eduardo Hidalgo (2007):

Análisis In Situ. Test de Marquis

Se define como test In Situ a las pruebas en las cuales el color resultante del análisis varía según la sustancia presentada por el consumidor en los estantes que Energy Control sitúa, por lo general, de forma perfectamente localizable en espacios recreativos o lúdicos como pueden ser festivales de música, conciertos o raves, entre otros. Estos contrastes requieren de una cantidad mínima de la sustancia, entre 3 y 4 mg, los cuales son devueltos al consumidor una vez realizado el test.

Una vez obtenidos los resultados del análisis se informa al demandante sobre la composición de la sustancia, dando información y recomendaciones y, a su vez, explicando los riesgos que puede conllevar en su salud el consumo de la misma. El test de Marquis funciona únicamente como test de identificación, pues no es un método válido de investigación científica. Con este test se puede informar de forma rápida y cuantitativa sobre los componentes de las drogas mostradas y así prevenir posibles riesgos en el propio lugar de consumo.

Cromatografía en capa fina (TLC)

Desde el año 2006, Energy Control ha puesto en marcha en su sede de Barcelona un servicio de análisis con cromatografía en capa fina, con el que se consigue analizar gran variedad de sustancias. Esta técnica es mucho más específica que los test colorimétricos y permite diferenciar un alto número de sustancias y derivados del éxtasis o anfetaminas entre sí.

Las personas interesadas en realizar este análisis pueden hacerlo de dos formas: llevando personalmente las muestras a la sede y teniendo los resultados in situ en menos de una hora, o bien enviando las muestras por correo postal y recibiendo los resultados vía email. Para que estas sustancias se puedan analizar de forma correcta, la muestra cedida por las personas a Energy Control debe ser de 5 a 10 mg.

Análisis de Laboratorio

El grupo Energy Control en colaboración con el IMIM (Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona) lleva a cabo este tipo de análisis de sustancias y con el cual se persigue realizar un conocimiento y seguimiento del mercado de drogas, poner en alerta sobre la aparición de pastillas de alto riesgo y complementar los análisis de terreno. Los resultados obtenidos en laboratorio deben ser, por un lado, lo más vigentes posibles, siendo estos contrastados con los obtenidos en la prueba de cromatografía de capa fina y por otro, deben tener una corriente divulgativa eficaz y rápida para que los consumidores puedan tener esta información lo antes posible y evitar conductas de riesgo.

Doctor X

Siguiendo la publicación del colectivo Energy Control, *El Consultorio de Dr. X*, uno de los proyectos más interesantes desarrollados por estos y fuera del testing, es el denominado “Doctor X”. Este consiste en una sección o consultorio online dentro de la página de dicho colectivo, donde el Doctor Fernando Caudevilla resuelve diferentes cuestiones relacionadas con los buenos y malos hábitos en el consumo de drogas y las conductas de riesgo planteadas por las personas de forma anónima. La información que se ofrece en este apartado es de tipo general, la cual permite complementar el consejo médico ofrecido por otros profesionales, nunca sustituirlo.²

² Ver Apéndice II: Entrevista al médico Fernando Caudevilla por el Diario Vasco el 12/10/12

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJ): (REDUCCIÓN DE DAÑOS)

Los programas de intercambio de jeringuillas promueven el suministro a los consumidores de droga por vía parental de material estéril u otros servicios para su inyección, realizándose siempre a cambio de la entrega de jeringuillas usadas previamente. De este modo se persigue atajar epidemias por contagios de hepatitis, SIDA u otras enfermedades asociadas a este tipo de hábitos de consumo.

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en el programa de intercambio es que el suministro de jeringuillas proporcionado sea estable y continuado en el tiempo pues el simple uso puntual de un material que se encuentre contaminado podría provocar el contagio del usuario.

El programa de intercambio puede llevarse a cabo en diferentes lugares, que van desde los locales fijos que puedan tener determinadas ONG's, centros de salud o de atención al drogodependiente, hasta unidades móviles compuestas por autobuses o furgonetas e incluso el propio despliegue de agentes de salud en la calle. La ubicación, al igual que los horarios de atención, deben ser lo más adecuados y accesibles para los consumidores para, de este modo, poder llegar a ellos de una forma más fácil y eficaz.

A menudo, los programas de intercambio de jeringuillas suelen ser aprovechados para la provisión de otro tipo de servicios, como son el suministro de otro tipo de material de protección sexual o para la propia inyección -agua destilada o toallitas para la desinfección-, información y consejos sobre la prevención del contagio de infecciones transmitidas por vía sanguínea o incluso la propia derivación a servicios socio-sanitarios.

El Ministerio de Sanidad y consumo (1996) indica que los PIJs no tienen unas normas universales ya que cada programa tiene sus peculiaridades pero es importante destacar los siguientes aspectos dentro de ellos:

- Definir y clarificar las condiciones para el intercambio de jeringuillas: número máximo/mínimo de material, tanto de preservativos como de venopunción, y personas usuarias a quienes se les suministra.
- Observar el intercambio de tal modo que sea el propio usuario quien introduzca la jeringuilla usada dentro del contenedor preparado para ello.

- Remarcar que el programa está basado en un intercambio, es decir, solo se intercambia el material estéril por otro previamente usado.
- Se deben establecer una serie de normas básicas de convivencia: exigir un comportamiento apropiado de los usuarios frente al personal que trabaja en el PIJ y hacia los otros usuarios, prohibir la compraventa de drogas en el programa o su entorno.
- Penar con periodos muy breves de tiempo a las personas que no cumplan las normas anteriores y, durante los cuales, el usuario no pueda acudir al lugar de intercambio.

Siguiendo a Soriano (2001), gran parte de los estudios realizados acerca de los intercambios de jeringuillas muestran que estos consiguen modificar las prácticas de riesgo directamente relacionadas con la inyección, principalmente en lo que se refiere al hábito del uso compartido de material. Respecto a las prácticas sexuales el avance no es tan evidente por lo que es necesario desarrollar un mayor número de programas y talleres de promoción del sexo seguro para estas personas.

Para finalizar, cabe destacar que, siguiendo la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) dentro del ámbito sanitario se hace referencia a los PIJs tratando de optimizar la implicación de las farmacias y de los propios farmacéuticos con éstos en lo que a información consejos se refiere.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO-SCS: (REDUCCIÓN DE DAÑOS)

Las salas de consumo supervisado (SCS) son espacios en los cuales aquellos interesados pueden llevar a cabo el consumo de una determinada droga siempre bajo la vigilancia y control profesional de un personal sanitario. Con este tipo de espacios se pretende que la persona usuaria, ya que va a realizar un consumo de una determinada sustancia, al menos lo haga en unas condiciones de higiene aceptables y bajo supervisión sanitaria evitando, de este modo, que se produzca una posible reacción adversa o sobredosis.

Por su parte, F. Fantova (2009) explica que existen varias designaciones para referirse a las salas de consumo supervisado, entre las que encontramos las *Narcosalas*, salas de venopunción, espacios de consumo, dispositivos de asistencia de venopunción, dispositivos de consumo higiénico o salas de inyección segura, entre otras. Quizás, el término *Narcosala* sea el más extendido el cual, de acuerdo con Iraurgi (2009), en *Reducción de daños (lo aprendido de la heroína)*, resulta descalificativo ya que “Narco” se asocia a tráfico e ilegalidad entendiéndose así *Narcosala* como lugar donde se reúne la gente para encontrar droga, definición que no está unida a los objetivos de la reducción de daños.

F. Fantova (2009) entiende que las salas de consumo supervisado (SCS) son instalaciones legales que posibilitan el consumo de drogas ilegales bajo la supervisión de un profesional, en un espacio de acogida organizado como lugar de contacto, educativo y preventivo. La gran mayoría de las personas que acuden a los SCS son consumidores de larga duración que provienen de ambientes marginales y problemáticos. Estos centros benefician de forma favorable a la comunidad ya que ayudan a sus usuarios a tener prácticas de menor daño relacionadas con el consumo y la colaboración de estos en diferentes programas, lo cual ha mostrado una reducción en los delitos relacionados con las drogas y otros problemas.

Siguiendo a Iraurgo (2009), una de las principales consecuencias que las salas de consumo supervisado representan para la comunidad es la repercusión que éstas tienen en las vías públicas. Facilitando un espacio supervisado a la persona usuaria se consigue -además de un control sanitario- la reducción del consumo en la vía pública con su consiguiente abandono del material. La evidencia indica que las salas de consumo supervisado consiguen acceder a los consumidores logrando una implicación de los mismos y una reducción de las molestias del consumo en lugares públicos, con todo lo que conlleva esto último: reducción de materiales usados en la vía pública o una reducción de la alarma social, entre otros.

Iraurgo (2009) también indica que, en relación a la ubicación de las salas de consumo supervisado, éstas deberían situarse lo más accesible posible de las zonas de compraventa de sustancias ya que las personas a las que van dirigidos tienen grandes dificultades para trasladarse. También es importante que las SCS se encuentren localizadas cerca de otro tipo de recursos como son los comités anti-sida, centros de salud o Centros de Disposición de metadona entre otros, con el fin de facilitar su accesibilidad y conseguir un trabajo en red más fuerte y con una mayor repercusión.

PROGRAMAS OUTREACH: TRABAJO DE CALLE: (REDUCCIÓN DE DAÑOS-RIESGOS).

Los programas *Outreach* se basan en un trabajo de acercamiento al propio consumidor por parte de los equipos de calle -término con el que se conoce al grupo de personas que realiza esta labor-. Estos pueden estar compuestos por los propios educadores y, en algunos casos, por ex-consumidores o incluso usuarios que se encuentren consumiendo actualmente (éstos últimos son los denominados “agentes de salud”). En muchos casos, es la propia persona consumidora la que, por determinadas razones, no puede acudir a un centro en el que le puedan prestar ayuda o bien, aun pudiendo, realmente no aspira a hacerlo.

Gutiérrez (2009), explica que en el trabajo de calle, los educadores y los agentes de salud (en el caso de que existieran) recorren los diferentes lugares de compra-venta de drogas o espacios de consumo en vía pública para poder mantener una vinculación con los consumidores que frecuentan esos lugares.

No se disponen de demasiadas evaluaciones o estudios sobre la eficacia de este tipo de programas. Sin embargo, la práctica demuestra que este tipo de intervenciones sirven para recoger una información directa del propio medio lo cual facilita la adquisición de un enfoque y unos conocimientos mucho más globales. Por otro lado, el contacto directo con el consumidor en su entorno supone para éste una relación mucho más natural, lo que permite un acercamiento con un nivel de confianza mucho más alto.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) (REDUCCIÓN DE DAÑOS)

Iraurgi (2009) los presenta como programas que basan su actividad en la ejecución de acciones terapéuticas con clorhidrato de metadona. Buscan, de este modo, evitar o, en la medida de lo posible, reducir el síndrome de dependencia del consumo de heroína, lo que posibilita una mejora en la calidad de vida de las personas consumidoras. Aunque la demanda de los tratamientos de metadona se pueda considerar como un reparto exclusivamente sanitario, el acceso a estos canales de distribución es una muy buena oportunidad para aprovechar que la persona consumidora acceda a otro tipo de programas complementarios que faciliten su integración familiar, social e incluso laboral.

Soriano (2001) explica que dentro de estos programas se pueden diferenciar tres tipos básicos de líneas:

- **Programas de Mantenimiento de Metadona de bajo umbral de objetivos:** están dirigidos únicamente a la reducción de daños, son de duración indefinida y no suelen tener otros recursos complementarios.
- **PMM de alto umbral de objetivos:** se suelen guiar hacia la abstinencia. Tienen un calendario de actuaciones más definido e integrado por diferentes tipos de prestaciones y apoyos terapéuticos.
- **PMM de objetivo intermedio:** Estos se encuentran situados entre los dos anteriores. En ellos se encuentran diferentes estrategias cuyos objetivos comparten características de ambos.

Si nos centramos en el éxito y conclusiones sobre la aplicación práctica de programas de mantenimiento con metadona, nos encontramos que Iraurgi (2009), explica que los PMMs más eficientes son, por regla general, los de objetivos bajos-intermedios y cuya finalidad está centrada en el mantenimiento y no en lograr la abstinencia.

PROYECTOS BOLA DE NIEVE: (REDUCCIÓN DE DAÑOS)

En el año 2004, García, Gutierrez y Morante realizaron una guía para la formación de usuarios de drogas como Agente de Salud, la cual se ha utilizado como referencia para explicar cómo funciona este tipo de programas y en qué consisten:

Los Proyectos Bola de Nieve nacen de las estrategias comunitarias desarrolladas por la organización Modus Vivendi, en Bélgica. Su principal función es la prevención de enfermedades tales como SIDA o hepatitis, entre otros.

Los Bola de Nieve, producto de la idea del doctor Jean-Pierre Jacque, funcionan a partir de la actividad realizada por exconsumidores de drogas, los cuales después de una formación como Agentes de Salud, intentan realizar una prevención más próxima que la realizada por un técnico, transmitiendo información o aconsejando sobre prácticas de menos riesgos y de protección a consumidores de drogas en activo. Paralelamente, estos programas procuran sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de los programas de reducción de daños y desmitificar la imagen de usuarios consumidores de sustancias.

De esta forma se consigue una educación entre pares, en la que estas personas pueden cooperar, transmitiendo todos sus conocimientos acerca del consumo de drogas y logrando un acercamiento y aceptación más eficaz a los destinatarios. Es importante destacar que el trabajo de los agentes de salud no finaliza en la divulgación de información de prácticas de menos riesgos, sino que también serán partícipes de los seguimientos y las evaluaciones de dicho programa, funciones por las cuales, a los futuros Agentes de Salud, se les será atribuida una cuantía económica establecida desde un primer momento.

Es necesaria una coordinación en el tejido comunitario, siendo especialmente importante en las fases en las que es imprescindible involucrar a recursos comunitarios en el análisis de la realidad y la evaluación de las necesidades.

García et al. (2004), presentan como objetivos de los Proyectos Bola de Nieve:

Objetivos generales:

- Proporcionar a un determinado colectivo de usuarios de drogas información que facilite la adopción de prácticas preventivas y la disminución de prácticas de riesgo en relación con la conducta sexual y el consumo de drogas.
- Obtener información sobre la salud, la situación social, las conductas de riesgo y los hábitos de un determinado colectivo de usuarios de drogas.

García et al. (2004) indican que es importante tener en cuenta que estos proyectos suelen ir dentro de otros programas de reducción de daños, lo que conlleva en muchas ocasiones que en la fase de “contacto y selección de Agentes de Salud”, sean seleccionados de otros programas y se cuente con la ayuda de centros de atención a drogodependientes, proyectos de calle, programas de metadona o técnicos y entidades que tienen un trato cercano y adecuado con consumidores de drogas, entre otros.

Estos proyectos requieren de unas normas a cumplir por los futuros Agentes de Salud para su funcionamiento, García et al. (2004):

- Acudir a todas las sesiones del curso de formación y aprovecharlas.
- Sólo se puede faltar a una sesión, justificándola (medico, citación..)
- Controlar el consumo de drogas, en caso de que aun exista, de forma que no interfiera en lo más mínimo a las sesiones del curso y las acciones posteriores.
- Respetar a los compañeros y educadores.
- Colaborar en todas las actividades de Agentes de Salud que se diseñen.
- Realizar adecuadamente el número de encuestas indicado.

En el momento que una de las personas del programa no respete alguna de las normas explicadas anteriormente el educador deberá detectar el problema para conocer las dificultades que pueda estar teniendo esta persona. No por ello tendrá que ser expulsado del proyecto, pero si podría perder la cuantía económica que se le realizar por ser Agente de Salud. (p. 45)

La implantación de un proyecto Bola de Nieve, como experiencia relacionada con la reducción de daños, suele ser más efectiva en el momento que su acción es combinada con la aplicación directa de otros programas de forma complementaria, nunca en solitario. Si bien, su aplicación

es factible en numerosos contextos y situaciones. Se enumeran a continuación una serie de experiencias llevadas a cabo en Madrid y Castilla la Mancha recogidas en el monográfico de la Revista Española de Drogodependencias escrito por García (2002) y donde se puede observar su aplicación en diferentes escenarios y con grupos heterogéneos de usuarios a los que va destinado:

- Alcorcón 1999: Contacto con usuarios del programa de metadona que siguen consumiendo heroína/cocaína.
- Alcalá de Henares 2000: Contacto con usuarias de drogas que ejercen la prostitución.
- Alcobendas/San Sebastián de los reyes 2000/Albacete 2001: Contacto con usuarios de pareja estable (prevención de la transmisión sexual de VIH)
- Talavera de la Reina 2001: Contacto con usuarios de drogas de la comunidad gitana.
- Alcalá 2001. Torrejón 2002: contacto con usuarios de drogas seropositivos.
- Alcalá y Torrejón 2001: Contacto con parejas serodiscordantes de usuarios de drogas (programa “Antón usó condón”).

Otras experiencias más recientes recogidas de programas Bola de Nieve, son en las que colabora Caja Madrid (2012):

- Obra social de caja Madrid (2012). Programa Agentes de Salud en prisión. Contacto con reclusos y ex-reclusos.
- Caja Madrid y Fundación Atenea (2012) Agentes de salud: otra forma de voluntariado: Contacto con drogodependientes en situación grave de exclusión social.

En particular, como experiencia más cercana, cabe citar la llevada a cabo en el Centro de día Vieiro de Santiago de Compostela, la cual es desarrollada con un mayor nivel de profundidad en el capítulo siguiente.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE UN PROYECTO “BOLA DE NIEVE”

A continuación se relatan las entrevistas realizadas a Patricia Carriña, Psicóloga del Centro Vieiro y Coordinadora del Programa Bola de Nieve, y a un participante como Agente de Salud en el programa, con el fin de aportar una valoración práctica sobre el mismo, conocer cómo funcionan y profundizar en las particularidades de dicha experiencia. Fruto de las entrevistas, se obtienen una serie de conclusiones y líneas de mejora en la implantación del proyecto, así como un enfoque justificativo de la participación de un Educador Social en un tipo de intervención como esta.

CONTEXTO

El Centro de día Vieiro (Cáritas interparroquial de Santiago de Compostela) es un organismo oficial dentro de la iglesia que colabora con aquellas personas, instituciones u otras organizaciones ayudando a personas en riesgo de exclusión social o con pocos recursos económicos, promoviendo la solidaridad entre parroquias y ciudadanos.

El Centro de día Vieiro se encuentra situado en la Rúa Cuesta Vieja de la ciudad gallega. Se inauguró en el año 2005 como un programa de ayuda a drogodependencias, el cual perseguía la finalidad de cubrir la función primaria de los servicios sociales a través de información, asesoramiento y orientación de los usuarios. Hoy en día su labor es mayor, debido a que acoge usuarios con múltiples problemáticas.

Este espacio funciona como un centro destinado hacia diferentes colectivos vulnerables como toxicómanos, sin techo, portadores de VIH/SIDA o trabajadoras del sexo, entre otros. Su localización es perfecta, puesto que se encuentra a escasa distancia de otros centros que prestan ayuda similar, tales como la cocina económica, Cáritas Interparroquial, roperos, UMAD, Cruz roja o el albergue de San Francisco, entre otros.

El Centro de día Vieiro realiza actividades y ofrece servicios que están dentro de la intervención/atención primaria o básica. Su labor final es la inserción social así como la deshabituación de los usuarios al consumo de drogas. Es un centro de mínima exigencia, donde se trabajan cuestiones básicas como la higiene-limpieza, nutrición, adherencia a los tratamientos y la puntualidad. Como es sabido, esta falta de habilidades es uno de los factores que hace que las personas no soporten la incorporación a un trabajo o que se vean despedidos del mismo. De

ahí la utilidad del Centro para adquirirlas y permitan la integración de los usuarios en otros entornos sociales.

METODOLOGÍA

Desde el punto de vista teórico, el proyecto Bola de Nieve pretende la consecución de unos objetivos descritos anteriormente que, en la práctica, no siempre son fácilmente alcanzables o su consecución es más costosa de lo esperado. Es por ello por lo que la aplicación de un proyecto de este tipo supone el tener que afrontar obstáculos o inconvenientes no predecibles en un primer momento y que vienen dados, en buena medida, por un entorno hostil y, en muchos casos, con graves y variadas problemáticas de tipo social.

Para ahondar en la experiencia llevada a cabo con el proyecto Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro, se ha realizado un análisis cualitativo, centrado en una entrevista estructurada, realizada de forma presencial en el mismo centro, el día 11 de Abril del 2013 a la Psicóloga y Coordinadora de Vieiro, Patricia Carriña. Posteriormente, con el fin de profundizar un poco más en las consecuencias y repercusiones que la implantación del proyecto Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro haya podido tener, el 10 de Julio del 2013 se ha realizado una breve entrevista vía *Skype* a uno de los “Agentes de Salud” que participaron en la experiencia.

Entrevista a la psicóloga del Centro de día Vieiro

Patricia Carriña lleva trabajando, desde el año 2005, en el Centro de día Vieiro de Santiago de Compostela, primero como voluntaria para Cáritas, y actualmente como psicóloga. Su perfil es lo que podemos definir como el de una persona polivalente. La actividad de su día a día se centra en la gestión interna del centro, coordinación y cooperación con otras entidades, captación de fondos, elaboración de proyectos psicosociales, y evaluación y elaboración de documentación interna.

Patricia ha formado parte como coordinadora, junto a una educadora social, en la implantación de un proyecto Bola de Nieve en dicho centro. Se transcribe a continuación la entrevista realizada y en la cual se profundiza en la experiencia llevada a cabo por el Centro de día Vieiro en la implantación de un proyecto Bola de Nieve.

La implantación de un proyecto como es el Bola de Nieve no siempre tiene como resultado los mismos efectos en todos sus escenarios de posible aplicación. El carácter ambulante de sus destinatarios, los contextos de marginalidad u otros problemas sociales que frecuentemente acompañan a los consumos -bien sean bajo un tipo de comportamiento de uso, abuso o dependencia- hacen que el medio sobre el que se aplican sea a menudo hostil. Otro de los

inconvenientes que se suelen detectar a la hora de la implantación de un proyecto de esta naturaleza es la escasez de recursos, principalmente económicos.

En el caso del Centro de día Vieiro, el desarrollo del proyecto Bola de Nieve fue posible gracias a la dedicación de una subvención recibida durante un periodo de cuatro meses, en el cual los dos primeros fueron destinados a formación teórica y los dos siguientes a su aplicación práctica. Los usuarios participantes en el proyecto recibían una beca económica en compensación por su colaboración, la cual servía como incentivo para la captación de agentes. Desde el punto de vista de los recursos humanos empleados, el Centro de día Vieiro contaba en su momento, además de con la colaboración de Patricia, con una Educadora Social perfectamente formada y bastante implicada y entusiasmada con el proyecto.

La captación de colaboradores no fue casual ni sistemática. El Centro de día Vieiro se preocupó de realizar una fase previa de selección de agentes mediante la realización de una serie de entrevistas con el fin de captar a los colaboradores más adecuados desde el punto de vista de su estabilidad, pertenencia a grupos de iguales y que fuesen conocidos y respetados en su entorno. El enfoque de aplicación fue principalmente el de consumidores por vía parenteral.

La acogida del proyecto fue más bien baja. La psicóloga Patricia Carriña explica este hecho basándose en que la motivación de los usuarios era exclusivamente la económica: *“Los puntos débiles eran, por un lado, las becas porque los agentes únicamente querían recibirlas y no se preocupaban de nada más. Incluso llegamos a pensar que se inventaban los cuestionarios”* (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013). Por lo tanto, a menudo los colaboradores perseguían únicamente el interés monetario y, en muchos casos, como vía de adquisición de sustancias para el consumo llevándoles a pensar que incluso podían haber mentido en los cuestionarios de evaluación para la selección de agentes. Sobre este hecho, el del uso de la beca para la adquisición de nuevas sustancias, Patricia señala que es un factor que aunque se tenga en cuenta en un primer momento, siempre se corre el riesgo de que se pueda producir pues, en definitiva, se trata de la implantación de un proyecto no prohibicionista en cuanto al consumo

“Lo primero que no podemos olvidar es que un proyecto Bola de Nieve no es en absoluto prohibicionista. Ellos dan conductas de buen consumo y cómo evitar conductas de riesgo. Por otro lado, sí quizá sea uno de los fallos que más suelen afectar en este tipo de proyectos. Es un riesgo que se tiene que correr, y para eso tenemos las entrevistas previas, para ver quién sería interesante que trabajara en el proyecto”. (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Otro de los factores que considera que pudieron incidir negativamente en la consecución de los objetivos del proyecto Bola de Nieve fueron los frecuentes problemas y discusiones que se producían entre los usuarios. Patricia afirma que *“había diferentes problemas entre ellos y muchas discusiones”* (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013).

No obstante, Patricia confía en la utilidad de este tipo de proyectos como parte del proceso para la reinserción laboral y social del usuario. El hecho de que la implantación del proyecto Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro no haya tenido los resultados ni la acogida esperada, no quiere decir que se deba desistir en el impulso y desarrollo de esta serie de iniciativas. Aunque el balance no haya sido todo lo positivo que se esperaba, la coordinadora del centro se muestra favorable a la puesta en marcha de este tipo de programas pues considera el proyecto “Bola de Nieve” como algo *“muy interesante y aunque una vez no haya salido bien no te puedes rendir. Aquí la gente viene y va, y ahora tenemos mucha gente nueva”*. (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Sobre el punto de vista de su aplicación, Patricia considera muy importante el lanzamiento de este tipo de proyectos como parte de un trabajo en red tratando esta problemática desde una perspectiva mucho más global, no solo el de la drogadicción ni mucho menos el del consumo por vía parenteral. Paralelamente, hay que tener en cuenta además la aparición de nuevos hábitos de consumo, tal y como son el de las drogas de diseño, las cuales se están poniendo cada vez más de moda en espacios de ocio. Reflexiona, por lo tanto, sobre la inclusión de otro tipo de problemáticas al ámbito de atención de estos programas, tal y como son la prostitución o al aumento en el consumo de drogas de diseño entre los jóvenes:

“Un problema que tenemos con los Bola de Nieve es que siempre nos centramos (me incluyo) en el tema del consumo de droga y olvidamos el tema de enfermedades de transmisión sexual y trabajadoras del sexo, cuando estos proyectos también se realizan para estos temas.”

Dentro del tema de las trabajadoras del sexo, debería realizarse un trabajo transversal para llegar a ellas. Las que acuden aquí, por regla general, son inmigrantes y es muy difícil llegar a ellas. No se ven por la calle, ahora todo se realiza en pisos.”

El tema de las drogas de diseño sería muy importante a tocar ahora. Es “la moda”. La sociedad no es consciente de la gran cantidad de consumidores nocturnos de drogas sintéticas y de diseño. Está demasiado normalizado. La vía parenteral cada vez se ve menos.” (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

A menudo la drogodependencia está ligada a otra serie de problemas -en ocasiones derivados de ella- y cuyas dificultades hay que subsanar. Entre estos problemas se encuentran las enfermedades derivadas o asociadas al consumo o al trabajo del sexo, como el SIDA o la hepatitis; la marginalidad o la exclusión social, entre otros. Dentro de ese trabajo en red, otro de los puntos interesantes que Patricia destaca como deseable en la implantación de este tipo de proyectos, es la búsqueda de cooperación y colaboración con otras entidades a través de la cual sería mucho más fácil atajar estas problemáticas de una forma transversal y contando con medios o recursos que, en muchos casos, determinadas entidades no pueden hacer frente. En relación a este punto, es muy relevante que Patricia señale lo siguiente:

“En todos los documentos aparece la importancia del trabajo en grupo o en red pero en la práctica no se suele realizar. En este caso nos era muy complicado conseguir el material para formar a las personas cuando, si se realizara un trabajo conjunto con otras entidades como la UMAD u hospitales, podría ser cedido por ellos de manera mucho más fácil”. (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Entrevista a un Agente de Salud del Proyecto “Bola de Nieve”

Juan es un usuario de 32 años del Centro de día Vieiro que, aunque en la actualidad no frecuenta demasiado este espacio, ha sido una persona muy familiarizada al centro por su gran implicación en las actividades diarias en el pasado. Desde muy joven comenzó a consumir diferentes tipos de sustancias, hasta que llegó a la heroína.

“Comencé a consumir como mucha gente de joven, con los amigos (canutos, maría..) y cuando me quise dar cuenta ya estaba fumando en plata y consumiendo heroína y cocaína por todos lados. No se puede culpabilizar a nadie. Aquí cada uno está porque quiso, pero en mi caso las compañías ayudaron mucho a entrar en este mundo. (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

Aunque no lo explica en la entrevista, Patricia -psicóloga y coordinadora del centro- aporta la información de que durante mucho tiempo estuvo en tratamiento con Metadona, e incluso llegó a pasar por varios centros de desintoxicación. Durante algunas temporadas su consumo se reducía hasta casi convertirse en nulo, tal y como fue el caso de los meses en los que se llevó a cabo la formación del Proyecto Bola de Nieve.

A día de hoy sigue teniendo algún problema con el consumo de drogas, principalmente el alcohol pero afirma que, después de la formación como “Agente de Salud”, sus prácticas en el consumo de sustancias fueron menos perjudiciales para su salud y para la de su entorno aunque nunca tuvo el valor de reducir el consumo por completo para siempre.

En la actualidad no suelo consumir ese tipo de drogas. Suelo beber mis litronas al día y si algún amigo me invita a algo... la economía está muy mala.

Duermo, como muchos de los que están aquí, en la dársena cuando se nos acaba la semana para poder dormir en el Alberge (a no ser que me vaya de ruta a otras ciudades). Me gano la vida pidiendo en la calle, en iglesias y poco más, algo de malabares... Pero yo soy feliz como estoy. Mi familia no quiere saber nada de mí. Les arruine la vida en su día y ahora no se ni dónde están y ni quiero saberlo. No tengo ni pareja ni hijos” (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

Su experiencia como “Agente de Salud” comenzó por su cercanía al Centro de día Vieiro. Por aquel entonces acudía con mayor frecuencia al centro de lo que lo hace actualmente motivado, probablemente, por un mayor consumo del que presenta actualmente.

Personalmente, considera como factor clave para su selección en el proyecto Bola de Nieve su experiencia y buena relación con la gente de la calle. A la pregunta de si los Agentes de salud tienen mayores posibilidades de acercamiento a los consumidores, Juan comenta: *“En mi caso había bastante acercamiento porque muchos nos conocíamos de antes. Sobre todo de la calle. Eso nos ayudó a hablar sin vergüenza de algunas cosas.”* (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013).

Uno de los principales aportes que destaca sobre el proyecto Bola de Nieve es el su toma de contacto como “Agente de Salud”. Personalmente, lo considera como una buena experiencia donde, más que un proyecto de reducción de daños, él lo considera como una especie de práctica laboral: *“Al principio me lo tomé como una especie de trabajo y recuerdo que venía muy ilusionado a los cursos. La verdad es que aprendí cosas útiles que no conoces aunque consumes todos los días, sobre todo de peligros, enfermedades, sobredosis...”* (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013). Desde el punto de vista formativo, Juan estima que su experiencia le ha aportado conocimientos sobre el consumo que antes ignoraba o desconocía. También valora positivamente el trato jerarquizado hacia el resto de usuarios.

Ya desde una perspectiva más general sobre la reducción de daños, Juan considera que este tipo de proyectos suelen ser una ayuda al consumidor, pero no siempre resultan eficaces a corto o medio plazo. Aunque su valoración es positiva, en muchas ocasiones el usuario tiene que participar en varios proyectos de este tipo, no solo en los “Bola de Nieve”, para poder conseguir avances significativos.

Entre los aspectos negativos, Juan destaca la poca constancia de los usuarios o el escaso interés mostrado en algunos de los asistentes. *“La gente es muy poco constante y no siempre venía. Se suele ser más constante en otros proyectos como la Metadona donde sí que lo tomas como rutina”*. (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013). Además, era frecuente, según él, que se originasen altercados entre los usuarios, lo cual generaba un ambiente poco propicio para las charlas. Otro de los grandes inconvenientes que indica es su breve duración. Afirma que el corto periodo durante el cual se llevó a cabo el proyecto -unos 4 meses según afirma la psicóloga y coordinadora del proyecto Patricia Carriña- no dio tiempo a realizar avances reveladores.

“Estos programas siempre ayudan pero hay que ser constantes. Muchas veces no se consigue lo que uno quiere y es fácil recaer o dejar de asistir a las charlas. Lo que no se puede hacer es ir solo un par de días o ir al inicio y luego dejarlo. En el caso de Vieiro cambiaría su duración. Lo haría más largo en el tiempo para que la gente se pudiera concienciar mejor.” (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

Destaca además la falta de apoyos que suele ser común en el entorno cercano al consumidor. En muchas ocasiones, estos apoyos son necesarios y vitales desde el punto de vista de la constancia.

Como valoración final, Juan indica que, a pesar de lo difícil que resulta el entorno de las drogas y conseguir dichos apoyos, considera su experiencia como positiva. Afirma lo siguiente:

“Ya el año antes del proyecto apenas consumía y venía de encontrar algún que otro trabajo por ahí que me ayudó a apartarme un poco de este mundo y a ganarme la vida. Creo que la formación que nos dieron fue buena y aprendí cosas importantes que no sabía y que me han ayudado” (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

LÍNEAS DE MEJORA A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS

Como se ha podido demostrar tras la información aportada por la técnica del Centro de día Vieiro y el Agente de Salud, la implantación del proyecto Bola de Nieve no tuvo los resultados

esperados. A continuación, se explican los principales obstáculos y problemas que existieron para lograr su buen desarrollo. Para un mejor aplicación de este tipo de programas, se ha intentado sacar una línea de mejora a cada una de las dificultades:

- Una buena alternativa para conseguir un mejor funcionamiento de un Proyecto Bola de Nieve sería la realización de un trabajo en Red con otras asociaciones destinadas a los mismos usuarios, consiguiendo así una mayor difusión del mismo y que los materiales para su desarrollo sean de mayor acceso. Para ello podría ser interesante que los responsables o técnicos de cada centro se reunieran periódicamente para poder hacer un seguimiento conjunto de todas las personas y aportar diferentes alternativas. El Centro de día se encuentra en una buena situación localizado muy próximo de otras instituciones similares, pero su trabajo con otros centros es apenas nulo, cada uno trabaja individualmente aunque sus finalizadas en muchos casos sean las mismas.
- Consiguiendo la superación del anterior punto, trabajar en red, se podría intentar cubrir las necesidades básicas de los usuarios como, por ejemplo, con comida del banco de alimentos, bonos para la cocina económica, bonos-estancias en el alberge o alquiler de cuartos, entre otras necesidades, en vez de realizarles una aportación económica tan amplia. De este modo se asegura que los futuros Agentes de Salud tengan una calidad de vida adecuada y no utilicen todo el dinero de su trabajo en volver a consumir más sustancias sin ningún control, afectando de manera notable al funcionamiento del Programa.
- Otro aspecto interesante a mejorar sería la realización de un seguimiento más amplio y profundizado de su labor como Agentes de Salud, realizando entrevistas individuales y/o colectivas periódicamente sobre su labor realizada y el alcance de sus intervenciones. De esta forma se conseguirá la realización de un trabajo de manera más eficaz y se evitaría inventar ninguno de los resultados obtenidos, para que estos sean fiables y se pueda ver traves de ellos el impacto producido.
- Para conseguir que los Bola de Nieve tengan un público más extendido y no solo centrarse en consumidores de drogas, como ocurrió en el caso de Vieiro, los talleres para su formación no sólo pueden ir destinados exclusivamente a este tipo de Agentes. Se debería intentar realizar un acercamiento a trabajadoras del sexo más centrado en ellas, ya que es un colectivo de difícil acceso, de este modo podrán ejercer como mediadores y Agentes de Salud, de la misma manera que el resto de participantes.

- Otra cuestión importante a mejorar, es realizar una buena preselección de los futuros agentes de salud, examinando su trayectoria como consumidores y realizando diferentes actividades con ellos antes de ofrecerles formar parte del Proyecto, para no tener problemas posteriores cuando estén formados como Agentes de Salud. Seleccionados los participantes del Proyecto, debería exigírseles una mayor constancia en el mismo ya que, aun siendo becados, no deja de ser una responsabilidad, la cual es necesario afrontar todos los días.
- El proyecto, en este caso y según los entrevistados, tuvo lugar durante un intervalo de tiempo muy limitado, derivado principalmente de la escasez de recursos económicos. Para futuros proyectos de este tipo sería adecuado minimizar al máximo los gastos, como por ejemplo con materiales, que podrían ser cedidos por otras entidades, y que este fuera a su vez más amplio, principalmente la parte práctica. Juan, seleccionado como Agente de Salud, aporta el desconocimiento de *“ningún caso de nadie que lo haya dejado por completo. Algunos compañeros me decían que estaban consumiendo menos, incluso después de que el programa acabara. Pero creo que fueron casos puntuales. Por regla general creo que todo el mundo volvió a consumir después. Faltó constancia.”* (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)
- Por último, otro aspecto importante a mejorar podría ser la difusión de proyecto. En algunas ocasiones no es tanto el informar a otras entidades de la existencia de un determinado programa, sino hacer reiteraciones ya que muchos de los potenciales usuarios son gente transeúnte o errante que no acude de forma continua a los centros o actividades. Sobre la difusión de este tipo de programas, Juan nos indica que *“mucha gente de la calle no lo conocía. Algunos se dieron cuenta por el boca a boca. A veces ibas al albergue, que está aquí al lado, y la gente no sabía que había esto.”* (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

LA FIGURA DEL EDUCADOR SOCIAL EN UN PROYECTO BOLA DE NIEVE

Se incluyen a continuación, a modo de conclusión, una serie de consideraciones extraídas de la experiencia Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro en lo que se refiere a la participación activa de la figura del Educador Social en un proyecto de este tipo. Estas conclusiones están encaminadas a justificar la necesidad del Educador Social como figura perfectamente preparada y competente en este ámbito.

Si consideramos la experiencia del Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro vemos que, a grandes rasgos, su elaboración y puesta en marcha siguen unas determinadas prácticas de gestión y administración comunes a cualquier proyecto, independientemente de la disciplina que queramos abordar. Se trata, en definitiva, de llevar a cabo una serie de actividades que permitan conseguir unos determinados objetivos en base a unas necesidades iniciales conocidas y haciendo disposición de unos recursos, normalmente cuantificables y finitos.

En el caso concreto del Centro de día Vieiro, vemos que todas las tareas destinadas a la gestión y administración del proyecto habían quedado delegadas en el perfil de la Educadora Social, a la cual se le presentó el proyecto y tomó desde el primer momento la iniciativa de quererlo realizar en el Centro ya que, como se ha explicado con anterioridad, creía en él. Patricia afirma que

“la educadora social de aquel entonces tenía una formación muy buena y mucho entusiasmo por el proyecto, porque realmente creía en él. Podría ser interesante la figura de un enfermero o algún técnico relacionado con la rama de la salud, pero en este caso no se contrató a nadie. La educadora tenía una formación muy completa para trabajar con los destinatarios del proyecto. Y la escasez de recursos en estos proyectos es muy notable”. (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

La gerencia del centro, en este caso, simplemente participó con labores de supervisión y control del proyecto y en el apoyo puntual de determinadas actividades.

A menudo, estos objetivos son marcados en función de los recursos de los que se disponga y, en este caso, los económicos (destinados a las becas) eran escasos. En cuanto a la fase inicial, el papel de la Educadora Social ha sido determinante en lo que se refiere al diseño de la intervención a realizar. La Educadora Social ha sido perfectamente autónoma y competente para la realización del proceso previo de selección de participantes así como la redacción de los cuestionarios de evaluación de los mismos. Cabe destacar también que la implantación de un proyecto de este tipo requiere, al menos, de una formación teórica previa. El Educador Social, como perfil profesional, dispone de una formación conveniente y adecuada para este caso, ya que es conocedor de los ámbitos de actuación que fundamentan este tipo de intervenciones.

“La Educadora Social realizaba prácticamente todo el trabajo del día a día. Hay que recalcar que era una persona muy polivalente en ese sentido. Yo simplemente le propuse desarrollar el programa y mi labor dentro de él era el de supervisión y apoyo

en tareas puntuales. Creo que el uso de la figura del Educador Social en un proyecto como el Bola de nieve es ideal. Toda la formación la realizaba ella.” (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Durante la fase de desarrollo del proyecto Bola de Nieve, la necesidad del Educador Social queda de nuevo de manifiesto al tratarse de una técnica de metodología grupal aplicada como parte de una intervención comunitaria. Este perfil dispone de una capacitación teórica previa válida en cuanto a las dinámicas de grupo y la adquisición de habilidades en la búsqueda de la motivación de los participantes.

Uno de los aspectos más llamativos del caso práctico de la implantación del proyecto Bola de Nieve en el Centro de día Vieiro eran las continuas discusiones que se producían entre los participantes.

“También fue importante la figura como mediadora que tuvo que realizar. En este tipo de escenarios suelen ser comunes los roces entre usuarios, envidias y conflictos, los cuales tienen que ser resueltos con mucha delicadeza. Un intento de mediación inadecuado, tajante o brusco en un conflicto de este tipo -y en este contexto- a menudo suele terminar con una agresión verbal o incluso física” (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

El Agente de Salud corrobora este hecho aportando que *“había peleas entre los compañeros y era raro el día que alguien no faltase porque iba a estar aquí fulanito o menganito. También había gente que venía y se lo tomaba a cachondeo y le había que llamar la atención.”* (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013)

Está claro que la empatía y solidaridad hacia el colectivo con el que se está trabajando son factores más propios de la personalidad de cada individuo que de la formación profesional recibida. Sin embargo, el conocimiento que un Educador Social pueda aportar en cuanto a la evaluación de los factores que motiven una determinada crisis sí puede ser considerado como competencia adquirida en su formación. Esta capacidad de mediación en conflictos producidos en una determinada comunidad socioeducativa probablemente haya sido decisiva para la resolución de los conflictos que, según los entrevistados, a menudo surgían en las charlas del proyecto Bola de Nieve del Centro de día Vieiro.

El papel del Educador Social como agente de detección de causas de exclusión social le permite estar familiarizado con factores que puedan incurrir en una necesidad de inserción social o laboral. Un factor a veces muy ligado al consumo de sustancias es el de contagio de enfermedades. La familiarización de la Educadora Social con este tipo de aspectos sanitarios ha posibilitado, en el caso de la implantación del proyecto en el Centro de día Vieiro, su aprovechamiento como técnica de salud pues estaba perfectamente capacitada para dar este tipo de información a los usuarios. Respecto a la capacitación de la Educadora Social en este ámbito, Patricia comenta que *“En algunas ocasiones en este tipo de proyectos se cuenta con algún técnico de salud, para formar sobre diferentes enfermedades y formas de contagio. Pero en este caso ella tenía una formación y experiencia práctica muy completa en ese aspecto.”* (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

La necesidad del perfil del Educador queda verificada pues éste, más allá de realizar un papel meramente educativo, contribuye con una visión mucho más enriquecedora en cuando a la realidad sociocultural de lo que otros perfiles profesionales puedan aportar.

Al igual que en otros sectores y ramas profesionales, la escasez de recursos económicos hace que, en muchas ocasiones, la labor de un Educador Social como recurso dentro de una organización tenga que ser más versátil para dar cabida a un amplio abanico de necesidades administrativas como son, por ejemplo, el pugnar con trámites burocráticos o legales y la adquisición de destreza en la búsqueda de recursos, ya sean económicos (financiación o subvenciones) o colaborativos (voluntariado o cooperación con entidades u organismos externos, entre otros). Esto, lejos de ser un escollo, supone una excelente oportunidad para el Educador Social desde el punto de vista de la complementación profesional pues le permite ser autosuficiente en las labores cotidianas de un centro de este tipo, incrementar la polivalencia y la adaptación a entornos adversos o necesidades específicas que el mercado laboral a menudo demanda.

CONCLUSIONES: LECCIONES APRENDIDAS Y RETOS FUTUROS

A lo largo de este trabajo se ha mostrado la relación entre los proyectos de reducción de riesgos-daños y la disminución de contagio de diferentes enfermedades. De todos modos, considero bajo mi punto de vista, que no se tienen que ver únicamente como proyectos destinados a reducir la existencia de SIDA u otras enfermedades. Además son un proceso de comienzo hacia la normalización de los consumidores de drogas, y a su consideración como personas con derechos humanos como cualquier otra, con sus responsabilidades, aunque estas no siempre las tengan priorizadas en su estilo de vida. Dentro del ámbito de la Educación Social, no podemos dejar de un lado la importancia de considerar estos programas como un paso hacia la inserción socio-laboral del consumidor:

“empezando con la inclusión social y después una inclusión laboral, eso sí, siempre que creamos en su empoderamiento. Pero seamos sinceros, es muy complicado actualmente con el tema de la crisis y la poca concienciación de la gente. Para muy pocos son personas normalizadas pero para la mayoría siguen siendo ‘esos yonkis’ ”. (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Es importante destacar que, bajo mi criterio como Educador Social, para que funcionen este tipo de programas de reducción de daños-riesgos, no vale simplemente con un solo proyecto. Tiene que existir una multidimensionalidad. Con esto pretendo decir que, a menudo, con la realización de, por ejemplo, un proyecto o actividad puntual una vez cada dos años, no se suelen conseguir avances significativos, haciendo que estas políticas de drogodependencia queden en un intento fallido sin apenas repercusión. Los recursos en relación a materia de drogas siempre han sido muy escasos, aún más en la actualidad, lo que hace que aparezcan situaciones como las ocurridas en los alrededores de las Salas de Venopunción, donde se forman grandes colas para entrar y los escasos recursos existentes hacen que finalmente las personas terminen por consumir fuera de estas, sin conseguir con ello los objetivos que persiguen, con una pérdida en el control de la higiene y un aumento en el riesgo de la práctica.

Con este trabajo he conseguido reafirmarme en lo interesante que son este tipo de alternativas a las políticas prohibicionista de consumo de drogas y aprendiendo en profundidad en qué consisten muchos de los proyectos implantados por toda España por diferentes organismos e instituciones. Este tipo de programas son poco conocidos debido a su corta andadura -unos 25

años- y no siempre han sido bien recibidos por todos los sectores. Para muchos, este tipo de proyectos terminan por fomentar el uso de las drogas. Desde mi punto de vista, esto es absolutamente falso, ya que en ningún momento se impulsa su consumo. Sí se le da, en cambio, la oportunidad a la persona de elegir sobre si quiere dejar de consumir o no y, en caso de que no quiera abandonar esta práctica, se le explican una serie de pautas acerca de cómo tiene que consumir con el único objetivo de reducir los daños que estas sustancias puedan ocasionar a ellos y su entorno. En este tipo de programas prima la educación para la salud, la información acerca de las drogas y el consejo, evitando la prohibición tal y como ocurre en muchos otros programas relacionados con el consumo.

Como hemos podido ver en el análisis del Bola de Nieve, es necesaria la figura de un/a Educador/ra Social en este tipo de actuaciones consiguiendo, con su trabajo, una mejora en el desarrollo de los mismos. Además, bajo mi punto de vista, siempre se ha tenido claro que el ámbito de las drogodependencias es uno de los campos profesionales de la Educación Social, pero además considero este tipo de programas de reducción de riesgos o daños como una oportunidad para poder demostrar las diferentes competencias y destrezas adquiridas a lo largo de nuestra formación. Esto se ha podido constatar en la experiencia llevada a cabo en el Centro de día Vieiro donde, respecto a la Educadora Social, Patricia comenta que *“Todo el seguimiento realizado del proyecto también estaba a su cargo, así como la formación, la parte práctica, entrevistas y reuniones con cada uno de ellos.”* (P. Carriña, comunicación personal, 11 de abril, 2013)

Como aportación y apoyo a estas conclusiones cabe señalar que la experiencia aportada de mi paso por la Asociación Novo Olhar y por el Centro de día Vieiro, refuerzan mi visión acerca de que las políticas no prohibicionistas consiguen un mayor acercamiento al usuario, el cual no siempre quiere ni desea dejar de consumir. Se consigue entonces un contacto más idóneo para la realización de una intervención socioeducativa encaminada a la formación del consumidor bajo una serie de aspectos sanitarios básicos y de primer orden, tal y como son la prevención de contagios de enfermedades derivadas del consumo o la minimización del riesgo de que se produzcan intoxicaciones por sobredosis.

Durante mi experiencia en ambos centros no fui protagonista de ningún caso de desintoxicación completa. Sin embargo, sí presencié numerosas reducciones en el consumo por parte de determinados usuarios así como la adquisición de hábitos más saludables e higiénicos en la realización de dichas prácticas. Pude constatar, durante mi presencia, que el aumento progresivo en la demanda de información o servicios de esta índole fue considerable. Hay que tener en

cuenta que la conquista de estos hitos no es más la constatación del buen camino, pero solo de una pequeña parte. En la entrevista, Juan nos comenta que *“es muy útil saber lo que hay que hacer para salir de esto, pero es muy difícil hacerlo. Algunos poco a poco lo van consiguiendo, pero son los menos”*. (Juan, comunicación personal, 10 de julio, 2013). El objetivo es, por lo tanto, mucho más ambicioso aunque tarda bastante más en llegar, pero considero que el avance es significativamente más estable.

Muchos de los usuarios con los que se trabajaba en los centros donde realicé prácticas nos explicaban constantemente que su calidad de vida aumentaba con este tipo de programas. Ellos tenían que poner mucho de su parte, realizando prácticas de menor riesgo, pero el cambio en su vida y su conducta era mucho mejor al participar en dichos programas, reduciendo incluso el consumo de drogas notablemente. Este tipo de experiencias demuestran una vez más la eficacia de estos programas.

Por último, me gustaría agradecer a la Universidad de Valladolid (campus de Palencia), por darme la oportunidad de poder realizar un trabajo de esta índole y en el que plasmar algunas de las competencias aprendidas durante estos años como alumno de la misma. Por otro lado, me gustaría agradecer, por una parte, a mi tutora María Tejedor por todo el apoyo dado y, por otra, a las personas que me han ayudado a que esto siga adelante: los Educadores Sociales Cristiana Díaz y Javier Gallego, por toda la información aportada. También quiero agradecer el tiempo dedicado por los dos entrevistados, Patricia y Juan, por su amabilidad y constancia, y por haber aportado su punto de vista sobre la aplicación práctica de un proyecto Bola de Nieve.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

<p>Anónimo. <i>Sala de consumo supervisado</i>. http://es.wikipedia.org/wiki/Sala_de_consumo_supervisado (Consulta el 25 de enero del 2013).</p>
<p>Avones, V. (1999). <i>Drogodependencias</i>. Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.</p>
<p>Baulenas G., Borrás, T. y Magrì N. (1998). <i>Políticas e intervenciones de reducción de riesgos</i>. Barcelona: Grup igia.</p>
<p>Caudevilla, F. <i>Doctor Fernando Caudevilla</i> http://www.doctorcaudevilla.com (Consulta: 12 de marzo de 2013).</p>
<p>Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2011). <i>Drogas emergentes: informe de la comisión clínica</i>. Madrid: Advantia Comunicación Gráfica, S.A.</p>
<p>Desconocido. <i>Derechos humanos y política de la droga: reducción de daños</i> http://www.ihra.net/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf (Consulta el 27 de enero del 2013).</p>
<p>Desconocido. <i>Drogas: Tipos de Consumo de Drogas</i> http://www.publispain.com/drogas/tipos_de_consumo_de_drogas.html (Consulta el 28 de enero del 2013).</p>
<p>Diario oficial de la unión Europea (2012). <i>Recomendaciones: Consejos: Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)</i>. Autor.</p>
<p>Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja. <i>Qué son las drogas</i>. http://www.infodrogas.org/inf-drogas/ique-son-las-drogas (Consulta el 6 de febrero del 2013).</p>
<p>Energy Control (2003), <i>Guía preventiva y de seguridad para espacios de música y baile</i>. Barcelona: Autor.</p>
<p>Energy Control. (2006). <i>Mi responsabilidad y mi consumo de drogas</i>. Autor.</p>
<p>Energy Control. (2007). <i>Reducción de riesgos y consumo de drogas en espacios de ocio nocturno</i>. Autor.</p>
<p>Energy Control. <i>Servicio análisis</i>. http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/servicio-analisis.html (Consulta: 1 de abril de 2013).</p>

Escohotado, A. (2002). <i>Aprendiendo de las drogas</i> . (11ª ed.). Barcelona: Editorial Anagrama.
España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). <i>Estrategia nacional sobre Drogas, 2009-2016</i> . Autor.
España: Ministerio de sanidad y Política social. <i>Plan de acción sobre drogas 2009-2012</i> . Autor.
Fantova, F. (2009). <i>Los servicios sociales como marco de actuaciones para los programas de reducción de daños</i> . En M. Teresa Bilbao y I. Iraurgi (comps), Reducción de daños (lo aprendido de la heroína). (85-99). Bilbao.
García G. (2002). Participación de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de prevención de daños y prevención del VIH/SIDA. <i>Revista Española de Drogodependencias</i> . http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page_id=14 (Consultada el 1 de Abril de 2013).
García, G., Gutierrez, E. y Morante L. (2004). <i>Guía para la forma de usuarios/as de drogas como Agentes de Salud</i> . Madrid.
Gobierno Vasco: <i>Salas de Consumo Higiénico</i> . http://www.drogomedia.com/dossiers1_lasclaves.php?dossier=5 (Consulta el 10 junio del 2013).
Guerri M. <i>Las Drogas</i> . http://www.psicoadictiva.com/drogas.htm (Consulta el 20 de mayo del 2013).
Gutiérrez, E. (2009). <i>El trabajo de calle para la reducción de daños. La experiencia de menos riesgo, más salud</i> . En M. Teresa Bilbao y I. Iraurgi (comps), Reducción de daños (lo aprendido de la heroína). (115-155). Bilbao.
Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. y O'Hare. P. (2004). <i>La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo</i> . Barcelona: Grup igia.
Hidalgo, E. y Rovira, J. <i>¿Es posible el consumo responsable?</i> . http://es.scribd.com/doc/44671399/Consumo-Responsable-de-drogas (Consulta el 22 de Mayo).
Hidalgo, E. (2007). <i>¿Sabes lo que te metes? Pureza y adulteración de las drogas en España</i> . Madrid: Amargord.
Husak, D. y Scheerer, S. (2003). <i>Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos</i> . Madrid: Editorial DYKINSON S.L.
Iraurgi, I. (2009). <i>Reacción de Daños y Riesgos: lecciones aprendidas y retos futuros</i> . En M. Teresa Bilbao y I. Iraurgi (comps), Reducción de daños (lo aprendido de la heroína). (187-207).

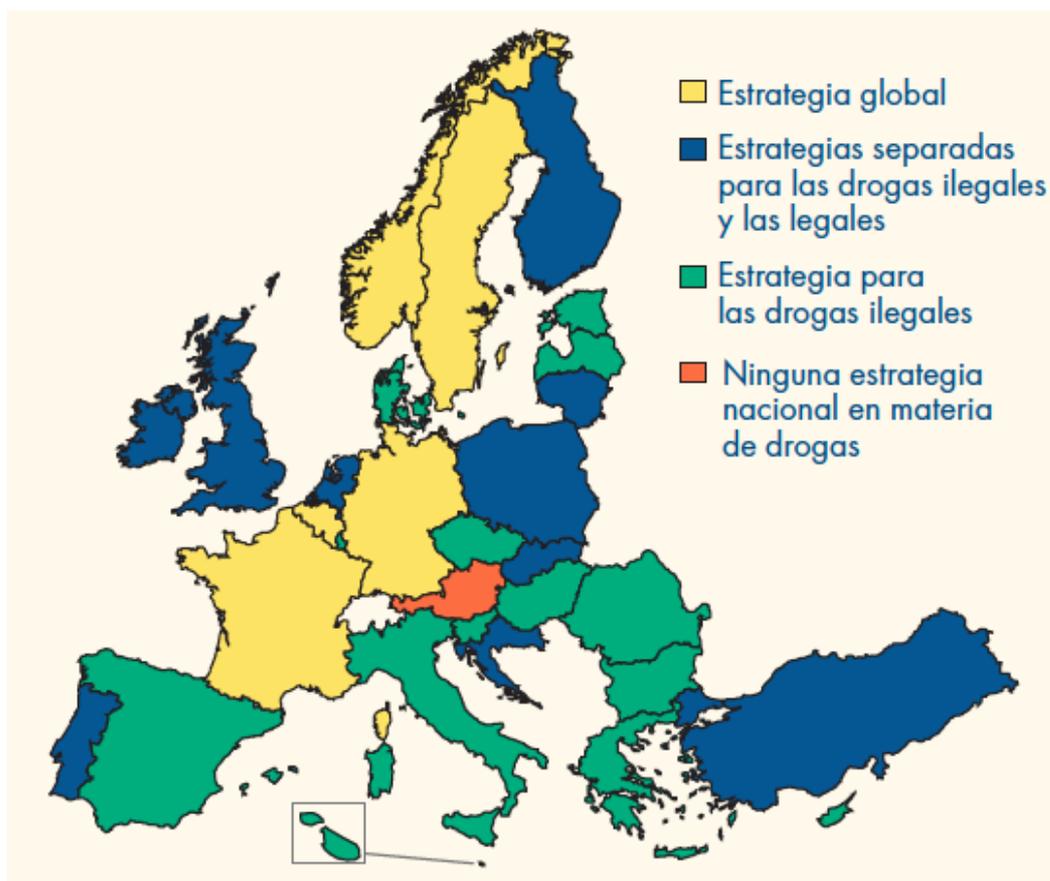
Bilbao.
Lavarello, D. <i>Reducción de daños</i> http://www.drogaconsulta.com.ar/semana-estrategia-reduccion.htm (Consulta el 27 de enero del 2013).
Lawson, S. (2005). <i>Todo lo que los padres deberían saber sobre las drogas</i> . Barcelona: Hispano Europa.
López, O. (1972). <i>Drogas y toxicomanías</i> . Madrid: Editora Nacional.
Martin, V. (2009). <i>Las drogas entre nosotros. Una mirada desde la Educación Social</i> . Málaga: Ediciones ALJIBE.
Maura, T. (2009). <i>El modelo de la reducción de daños; la sala de consumo supervisado</i> . En M. Teresa Bilbao y I. Iraurgi (comps), <i>Reducción de daños (lo aprendido de la heroína)</i> . (103-113). Bilbao.
Medina, J. C. <i>¿Qué es la patología dual?</i> . http://forum-psicologos.blogspot.com.es/2010/02/que-es-la-patologia-dual.html (Consulta: 6 de febrero de 2013).
Menéndez, E. <i>Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos</i> http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000100002&script=sci_arttext (Consulta el 27 de enero del 2013).
Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). <i>¿Qué son los programas de intercambio de jeringuillas?</i> . [Folleto]. Autor.
Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. <i>Tipos de programas de atención al drogodependiente y de reducción del daño</i> . http://www.pnsd.msc.es/eu/Categoria3/prevenci/areaAsistencia/tipologia.htm (Consulta el 25 de enero del 2013).
Observatorio Europeo de las drogas y las toxicodependencias (2012). <i>Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa</i> . Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
Quevedo, S. <i>Políticas y modelos en el campo del uso de drogas y dispositivos asistenciales</i> . http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/consumoDrogas/cap48A.html (Consulta el 28 de enero del 2013).
Salud pública del Ayuntamiento de Madrid. <i>La situación de las drogas en Europa</i> . http://www.madridsalud.es/temas/situacion_drogas_europa.php (Consulta el 7 de febrero del 2013).

Soriano, R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el Trabajo Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

APÉNDICES

Apéndice I: Mapa del Alcance de las Estrategias Nacionales en materia de droga.

Gráfico 1: Alcance de las estrategias nacionales en materia de drogas



“ Las estrategias globales abarcan las drogas legales y las ilegales y, en algunos casos, las conductas adictivas. Algunas estrategias para las drogas ilegales se refieren también a las drogas legales. Mientras que el Reino Unido cuenta con estrategias específicas para las drogas ilegales y las legales, tanto Inglaterra como Escocia tienen estrategias específicas para las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco, y Gales e Irlanda del Norte cuentan con estrategias globales en materia de drogas que incluyen el alcohol y el tabaco” (Informe Anual: El problema de las drogas en Europa, 2012, p.23)

Apéndice II: Entrevista al médico Fernando Caudevilla en el Diario Vasco

**«El que toma drogas quiere proteger al máximo su salud, igual que el resto»
(Diario Vasco 12/10/12)**

Miércoles, 28 de Noviembre de 2012 18:09
Bilbao, 12/10/12. JOKIN ELIZARAN



El médico Fernando Caudevilla se ha convertido en un referente para cualquier consumidor de drogas que busca el consejo de un facultativo antes o después de tomarlas. En su consulta 'online', bajo el seudónimo de Doctor X, atiende cada día a un buen número de personas que, como han decidido probar estupefacientes, quieren reducir los riesgos que ello implica.

Este integrante de la ONG Energy Control ofrecerá hoy su visión sobre los aspectos científicos de las drogas, a partir de las 12.00 en Montehermoso, dentro de las jornadas que ha organizado la asociación vitoriana Ai-Laket por su décimo aniversario.

– **Su discurso difiere del de la mayoría de sus compañeros de profesión.**

– Los médicos debemos abordar el tema de las drogas desde un punto de vista sanitario y no moral, porque creo que es lo que nos corresponde como profesionales.

– **En todo caso, al igual que en Ai-Laket, en Energy Control no están ni a favor ni en contra de los estupefacientes ¿Es el camino?**

– Las drogas están ahí. Evidentemente, las personas que no toman ninguna no tienen nada de lo que preocuparse. Pero los que somos consumidores –porque la mayoría tomamos drogas legales o ilegales– tenemos que buscar formas para que los consumos sean lo más placenteros y lo menos peligrosos posibles.

– **¿Y es la ciencia la única verdad?**

– También hay condicionantes sociales y culturales que tienen muchísimo que ver con las drogas, pero se lo dejó a los sociólogos y psicólogos. Eso sí, creo firmemente que los aspectos profesionales de las drogas tienen que estar manejados por expertos. En otras cuestiones científicas se respeta más, pero en esta problemática parece que lo que opina Ana Rosa Quintana tiene el mismo valor que lo que descubre el mejor investigador.

– **¿Debemos exigir a nuestros médicos un mayor conocimiento sobre las sustancias ilegales?**

– Creo que es fundamental que tengamos una actitud adecuada hacia las personas y sus comportamientos, y por eso hay que considerar el consumo como una actividad como otra cualquiera en la que se ponen en juego aspectos positivos y negativos. Como montar a caballo, correr delante de una vaca o hacer deporte. Las personas no hacemos solo lo que es sano, hacemos lo que nos gusta. Hay gente que se va de cooperante o de viaje de aventuras...y también es peligroso. La actitud de no juzgar y no transmitir nuestros propios juicios de moral es lo que debemos exigir a los profesionales de la medicina.

– **Triunfa con la consulta online del Doctor X. ¿Necesitaban los consumidores un espacio así en el que preguntar sin miedo?**

– Cada vez atendemos a más gente porque los consumidores prefieren preguntar a alguien que no conocen a través de Internet que a un médico, que es quien debería atenderlos.

– **¿Y qué les preocupa?**

– En principio, los que toman drogas, como el resto, buscan proteger su salud. Aunque vivan de una forma distinta a la de otras personas. Y buscan información. Muchas veces se interesan por los efectos secundarios, por los riesgos reales de esas sustancias, por las interacciones de fármacos, o preguntan si algo que les ha pasado puede estar relacionado con el consumo... Ahora mismo, por ejemplo, estoy tratando a un paciente diabético que consume sustancias ilegales... porque habrá que buscar la forma de que sea lo menos peligroso posible para su enfermedad. El 'no tomes' por respuesta, muchas veces, no vale.

– **¿Sabe el consumidor lo que prueba? ¿El 'testing' te lo dice?**

– Queda mucho por hacer. Los programas de reducción de riesgos han contado siempre con una financiación insuficiente... pero ahora esa aportación se está viendo muy disminuida a nivel nacional. Y tienen que existir programas, porque es muy importante que haya gente como el colectivo Ai-Laket que cumpla con esa labor.

– **¿Es útil la ilegalización?**

– Es evidente que no. Vamos a ver, levantar la prohibición sobre ciertas sustancias no va a solucionar los problemas de las drogas, pero puede ayudar a resolver cuestiones como la adulteración, el mercado negro, la falta de controles sanitarios...

– **En la mesa en la que participará tratarán el consumo entre menores, un asunto peliagudo.**

– Entre los más jóvenes, el alcohol y el tabaco son las sustancias que más se consumen y las que más problemas traen. Luego está el cannabis. En cualquier caso, el problema que tienen los menores de edad no son la cocaína, el éxtasis ni las anfet.

– **Ha escrito recientemente un libro sobre la droga MDMA. ¿Sigue tan de moda en las discotecas?**

– Nosotros en Energy Control seguimos teniendo la sensación de que detrás de la marihuana es la droga recreativa más consumida, sobre todo en espacios de ocio. Hay temporadas en las que hay más pastillas que cristal y ahora parece que es al revés.

– **Entras en Google y pones 'legal highs' y te salen mil páginas en las que puedes hacerte con este tipo de 'drogas' que se encuentran en el limbo legal. ¿Peligroso?**

– Sí, porque son un grupo de sustancias que no se han testado en seres humanos, sin control sanitario, y que son potencialmente más peligrosas que el hachís o el éxtasis. En cualquier caso

y por suerte, son minoritarias. Porque los clásicos son los clásicos y el que consume drogas prefiere tomar lo que conoce.

– **¿Debemos tener una actitud crítica frente al consumo de drogas?**

– Por supuesto. El que toma estupefacientes debe saber que no puede convertir su consumo en un hábito y debe informarse sobre qué tiene entre manos. Si decides tomar algo, al menos ten claro qué tomas.

– **¿Les acusan de fomentar el uso?**

– A veces, pero es como si dicen que hablar de preservativos aumenta la promiscuidad sexual: absurdo.