



POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

ELABORADO POR:
Gemma Baulenas
Tre Borrás
Núria Magrí

Financió:
Ministerio del Interior
Delegación del Gobierno para el

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

ÍNDICE

1.	<u>PRESENTACIÓN</u>	3
2.	<u>POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS, DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS</u>	4
3.	<u>CREACIÓN Y EVOLUCIÓN DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN DISTINTOS PAISES Y CIUDADES EUROPEAS</u>	6
4.	<u>ALGUNAS PUNTUALIZACIONES</u>	9
	1. <u>Debemos diferenciar cada una de las sustancias</u>	9
	2. <u>Equívocos en la asociación de disminución de riesgos y heroína</u>	9
	3. <u>Equívocos respecto a la elección del término “disminución de riesgos”</u>	10
	4. <u>Equívocos vinculados a las intervenciones de reducción de riesgo</u>	11
5.	<u>DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS</u>	12
6.	<u>REQUISITOS ESENCIALES PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS</u>	14
	1. <u>Favorecer comportamientos menos arriesgados para la salud</u>	14
	2. <u>Diversificación y ampliación de la oferta asistencial</u>	15
7.	<u>CREACIÓN Y GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO</u>	17
	1. <u>Análisis de la situación</u>	17
	2. <u>Planificación y priorización de objetivos y estrategias</u>	18
	3. <u>Elección y formación de los responsables de acciones en la calle</u>	18
	4. <u>Relación de colaboración con los servicios del territorio y gestión de las intervenciones</u>	19
8.	<u>INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS</u>	20
	1. <u>Intervenciones orientadas a la disminución de riesgos desde contextos informales</u>	20
	2. <u>Diferentes modalidades de acciones de reducción de riesgos</u>	22
	3. <u>Intervenciones orientadas a la disminución de riesgos en contextos formales</u>	25
	4. <u>Descripción de algunas acciones integradas en contextos formales</u>	26
9.	<u>EJEMPLIFICACIÓN DE INTERVENCIONES CONCRETAS</u>	30
	1. <u>Ejemplificación de programas de distribución e intercambio de jeringuillas</u>	30
	2. <u>Ejemplificación de algunos programas de prevención de patologías orgánicas asociadas al consumo de heroína</u>	31
10.	<u>REPERCUSIONES Y CONSECUENCIAS DE LAS POLÍTICAS DE DISMINUCIÓN DE RIESGOS</u>	41
11.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	44
12.	<u>DIRECCIONES DE ALGUNOS DE LOS CENTROS CITADOS EN LAS EXPERIENCIAS</u>	45

1. PRESENTACIÓN

Este es un documento de referencia.

Su objetivo es describir unas intervenciones concretas y servir de orientación general.

Ha sido pensado como un instrumento de información que facilite una perspectiva global de acciones basadas en objetivos de disminución de riesgos.

Cualquier aplicación práctica precisa de una adaptación a cada contexto concreto.

Asimismo, debe responder a las necesidades detectadas, tanto para la población a la cual vaya dirigida como en relación a la red sociosanitaria establecida.

El presente documento se inicia a partir de una propuesta del PNSD en 1995. El objetivo es realizar un documento que sirva de base orientativa para todas aquellas personas que deseen un conocimiento general de las llamadas políticas de reducción de riesgos.

Intentaremos describir el conjunto de aspectos que nos parecen fundamentales en la construcción ideológica que subyace tras las políticas de reducción de riesgos, así como las condiciones necesarias para su aplicación práctica.

Al mismo tiempo, intentaremos situar el proceso de las intervenciones más generalizadas, tanto en España como en otros países europeos, en relación a las circunstancias y decisiones políticas y técnicas que las han propiciado.

Buena parte de los contenidos descriptivos son el resultado de una recopilación de textos, documentos y estudios, realizados por los mismos autores que directa o indirectamente han desarrollado dichas acciones en sus ciudades y en sus instituciones.

Como siempre, la elección de prioridades descriptivas es una construcción del equipo redactor. Nuestro interés es abordar los aspectos que nos parecen determinantes y ejemplificadores de intervenciones, desde una política de reducción de riesgos, referidas a los problemas asociados al consumo de drogas.

El desarrollo de estrategias de reducción de riesgos es de reciente aplicación en nuestro país. Sus posibilidades de ampliación y consolidación son muy amplias, pero en la actualidad contamos con modalidades limitadas.

Dedicaremos especial atención a las acciones más difundidas, aunque señalaremos también otras posibles intervenciones que se están realizando en otros países, o que empiezan a ser discutidas en el nuestro, para su posible incorporación.

2. POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS

La dependencia de las drogas es un trastorno en el que predomina la heterogeneidad. Las drogas afectan de muy distintas maneras a muy diferentes personas, y los consumidores presentan diversas demandas en distintos momentos.

Muchos adictos a las drogas no comparten el “deseo de abstinencia” de los profesionales y abandonan los servicios asistenciales, otros consumidores de drogas, dependientes o no, ni siquiera acuden a los servicios porque consideran que la oferta que se les hace no coincide con sus deseos o necesidades.

En consecuencia, aumenta la distancia entre los consumidores de drogas y los recursos potenciales de salud pública, con el riesgo de ampliar los estados de marginalización de los consumidores, encerrados en grupos de iguales y alejados de las redes sociales normalizadas de su entorno más próximo.

Simultáneamente, aparecen nuevas sustancias y nuevas formas de consumo, que adoptan características propias y requieren modalidades de prevención adaptadas a los contextos donde se consumen y a sus consumidores.

La percepción de estos hechos provoca el interés en buscar nuevas estrategias de comunicación con los consumidores de drogas, en un intento de diseñar e implantar múltiples y distintos programas de prevención y de tratamiento adaptados a sus potenciales necesidades.

Actualmente, está ampliamente aceptado que para que una política sanitaria es drogodependencias sea coherente y eficaz, debe tener en cuenta, **al mismo nivel**, distintas estrategias con los siguientes objetivos.

- **Disminuir la entrada a la adicción**
- **Disminuir los riesgos asociados al consumo**
- **Favorecer la superación de la adicción**

La información científica disponible indica, insistentemente, que los tres objetivos son complementarios y no contradictorios y que, por tanto, la mejor política sanitaria es la que permite el desarrollo simultáneo y equilibrado de dichos objetivos, sin valoraciones extra-científicas respecto a la mayor bondad de uno u otro.

DEFINICIÓN

Entendemos que reducir riesgos es una filosofía de la acción educativa y sanitaria sin valoración moral previa sobre una conducta determinada. Es una política asistencial que organiza y engloba la práctica del conjunto de acciones sanitarias sociales y comunitarias, en relación a los efectos perjudiciales del consumo de drogas.

Se engloban en esta estrategia todos aquellos programas y servicios, médicos o sociales, de base individual o colectiva, encaminados o minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas.

En consecuencia, el objetivo de dichas políticas no es la abstinencia.

Esta, si se produce, será la consecuencia de un proceso de relación con el consumidor de drogas, que habrá podido introducir cambios lo suficientemente significativos en su dependencia como para hacer que decida abandonar la misma.

Y, probablemente, en esta decisión no solo habrán jugado un papel significativo los cuidados que haya recibido en sus modelos de consumo o en el cuidado de su salud física y psíquica. Habrá otros aspectos, como puede ser su propia evolución personal, la imagen de sí mismo, su relación y participación en su contexto social y laboral, que jugarán papeles igual de determinantes.

OBJETIVOS

Mantener el contacto con el máximo número de consumidores de drogas en un objetivo prioritario.

Para ello, es imprescindible diversificar y ampliar la oferta asistencial, situado a los profesionales sanitarios, sociales y educadores en los lugares clave.

Para conseguir este objetivo, dichos programas deben **adaptarse** a la realidad y necesidades del consumidor, con el fin de lograr el contacto y la relación necesaria para el

establecimiento de una comunicación de colaboración. Los servicios, por lo tanto, deben ser accesibles y atender las necesidades de los potenciales usuarios.

Por lo tanto, los objetivos de las políticas globales de reducción de riesgos se organizan en torno a **intervenciones generales** que se pueden describir del siguiente modo:

A corto plazo

- Establecer contacto desde las redes socio-sanitarias existentes con el mayor número de consumidores de drogas posible.
- Reducir al mínimo los riesgos biopsicosociales asociados al consumo activo de drogas.
- Reducir el riesgo de transmisión de infecciones dentro y fuera del grupo de consumidores activos.
- Detectar necesidades.
- Paliar carencias sociales.
- Promover el diagnóstico precoz y la profilaxis de infecciones oportunistas y tratar las patologías asociadas.

A medio y largo plazo

- Facilitar el acceso hacia otros recursos para aquellos que lo solicitan.
- Promover el mantenimiento de contacto, facilitando su participación como agente de salud personal y en la promoción de comportamientos más sanos entre sus pares.
- Integrar su participación para ajustar los recursos a las necesidades existentes, integrando sus conocimientos de la realidad concreta.
- Intervenir para dejar o disminuir el uso de cualquier sustancia psicoactiva.

Este proceso de intervención por etapas, con objetivos prioritarios pero no pretenden el abandono del consumo, sino una progresiva transformación del mismo, de más o menos peligroso, y en el que la abstinencia se sitúa al final de un proceso que puede ser largo o puede no darse nunca, constituye una finalidad legítima desde una concepción de Salud Pública.

CARACTERÍSTICAS

Accesibilidad y participación son características básicas de los programas de reducción de riesgos.

Se ha comprobado que implicar a los propios consumidores en el diseño y la organización de acciones preventivas, mejora el funcionamiento de las mismas, aumentando la participación de los usuarios potenciales en las acciones desarrolladas.

Tomar en consideración a la población destinataria de un programa de salud, como agentes de cambio, es eficaz también en otros contextos de prevención auspiciados desde la Organización Mundial de la Salud, como en la infección de VIH.

El acercamiento y la amplificación de la oferta debe priorizarse en aquellos politoxicómanos que no siguen ningún tipo de tratamiento.

Fundamentalmente, porque la constatación de que en dicha población la incidencia y prevalencia de enfermedades – como la hepatitis, sida, tuberculosis u otras enfermedades de transmisión sexual – pueden ser especialmente altas, pudiendo además, contagiar su entorno relacional más próximo.

Debe tenerse en cuenta que los “estilos de vida” de algunos consumidores de drogas, derivados de la naturaleza ilegal del consumo, ocasionan que un número importante de ellos se encuentre en una grave situación de marginalidad.

3. CREACIÓN Y EVOLUCIÓN DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN DISTINOS PAÍSES Y CIUDADES EUROPEAS

Las diferentes prácticas con objetivos de disminución de riesgos se inician en contextos geográficos que responden al prototipo de “grandes ciudades”. El modelo social que se organiza desde la ciudad tiene características sociológicas propias, que provoca un conjunto de situaciones semejantes de una ciudad a otra, aunque pertenezcan a países distintos.

Las características específicamente urbanas propias de los modelos de grandes ciudades no excluye la práctica de acciones con objetivos de disminución de riesgo en contextos urbanos más reducidos o en contextos rurales. Existirán condiciones semejantes en los aspectos relativos a las consecuencias del consumo de drogas y a las relaciones entre consumidores y servicios, pero, probablemente, en el diseño de las acciones a plantear, así como en las estrategias del acercamiento se deberán adoptar modalidades adecuadas a cada contexto particular.

Dentro de las grandes ciudades es frecuente:

- La mayor disgregación y variedad de redes de servicios socio-sanitarios.
- La ausencia, en personas poco atentas al cuidado de su salud, de seguimientos de salud elementales.
- La afluencia de situaciones vitales heterogéneas: inmigración, estancias ilegales sin documentación y, por tanto, sin posibilidad de acceder a los servicios existentes.
- Mayor probabilidad de sobrevivir en situaciones de marginalidad, en condiciones de gran precariedad, pero en una gran invisibilidad social.
- La existencia de muy diversos niveles de relación. Desde las relaciones regladas en los contextos normativos: familia, escuelas, trabajo, etc., a las múltiples ofertas de relaciones informales: bares, discotecas, parques y plazas. Así como reuniones de grandes concentraciones de jóvenes, a través de celebraciones, conciertos, etc., dentro de una amplia heterogeneidad de grupos, movimientos, ideologías y estéticas asociados a formas de uso de diferentes drogas.

Todo ello provoca que las políticas sanitaria de diferentes países europeos se planteen la creación de estrategias de intervención que tengan como características esencial mantener una relación significativa con los consumidores activos de drogas, para potenciar el desarrollo de actividades preventivas básicas y fundamentales en términos de Salud Pública.

Así vemos como en **Ingllaterra**, a partir de las recomendaciones del Consejo Asesor al Parlamento en materia de drogas, se produce una transformación en los servicios de las ciudades donde existen, por parte de los profesionales sociosanitarios, una predisposición para introducir dichos cambios.

En concreto, en la región de Merseyside, donde está situada la ciudad de Liverpool, se desarrolla la construcción de un modelo conceptual de servicios de atención a los drogodependientes que ha alcanzado reputación internacional y que se conoce como el “modelo de reducción de daños de Mersey”.

Dicho modelo, centrado en sus inicios en reducir el avance del VIH, se orienta hacia la población consumidora de heroína. Posteriormente, ampliará su intervención hacia la prevención en las formas de uso de otras sustancias.

Se constituye a partir de tres niveles de intervención:

La clínica de dependencia de las drogas de la ciudad de Liverpool se abre en 1985 y su oferta contempla la prescripción controlada de drogas por vía oral o inyectable.

El Mersey Regional Drug Training and Information, en 1986, pone en marcha uno de los primeros programas de intercambio de jeringuillas del Reino Unido, con el objetivo de aumentar la disponibilidad de equipos de inyección estéril para los usuarios de drogas del área.

A **través de la corporación directa en la policía local** se acuerda derivar los consumidores que han sido arrestados y colaborar estrechamente con los servicios sociosanitarios. De manera que la policía local desarrolla sus propios programas de reducción de riesgos, en tanto adopta consejos y recomendaciones para aquellos consumidores que son arrestados con posesión de drogas para su consumo, o, cuando están en situación de síndrome de abstinencia, pueden conectar inmediatamente con los servicios de atención sanitaria.

En **Suiza**, la transformación se realiza de manera diferente según el área de influencia cultural alemana o francesa. Tomemos como representativas las ciudades de Zurich y Ginebra, respectivamente.

En Zurich, desde los departamentos de política social, la ciudad permite la existencia de un escenario abierto (Platzpitz) donde se hacen visibles los déficits en que vive la población toxicómana en situación de marginalidad social. Dicha visibilidad facilita la implantación de medidas básicas como son: alimento, higiene, jeringuillas, ciudades básicas de salud, etc. De ahí irán surgiendo iniciativas diversas encuadradas bajo el modelo de reducción de riesgos.

En Ginebra la transformación se produce desde dentro de los servicios de tratamiento. Las experiencias que se están produciendo en su entorno más próximo y la constatación del progresivo problema de salud pública que supone la existencia de personas que no acuden a los servicios, orienta a éstos a su transformación para adecuarse a ofertas de menor exigencia y más adaptados a las necesidades inmediatas. Tratamientos sustitutivos con metadona, acercamientos a los lugares de consumo con ofertas de información e intercambio de jeringuillas serán los primeros pasos para la incorporación de un modelo de reducción de riesgos.

En **Holanda** la evolución ha sido diferente porque ya habían incorporado elementos en su política global de intervención en adicción a drogas, que actualmente definimos como de reducción de riesgos.

De hecho, en su preocupación para prevenir los efectos nefastos de la prohibición de algunas drogas, han desarrollado un modelo de actuación centrado en problemas concretos.

En ciudades como Amsterdam, Rotterdam, etc., han creado todo un conjunto de redes de servicios que atienden desde sus distintas especificidades bajo las características de inmediatez y accesibilidad, con todo un conjunto de ayudas y aporte de información y de atención.

Este servicio incluye desde los trabajadores de calle – que están cerca de los lugares frecuentes de consumo – a la colaboración de la policía local con los equipos de tratamiento para informar y atender a los consumidores arrestados, pasando por la misma autoorganización de usuarios con presupuestos propios y posibilidad de crear programas como los de intercambios de jeringuillas.

Este enfoque a creado un sistema de ayuda pluriforme que se construye a lo largo de un *continuun* desde la reducción de riesgos a programas libres de drogas.

En **Francia**, los responsables de las políticas sociosanitarias han hecho oídos sordos a las llamadas de atención sobre los problemas de salud pública que presenta en la actualidad la población adicta a drogas desasistida. Han seguido defendiendo el modelo único de intervención de programas libres de drogas. Han sido núcleos de profesionales y grupos de usuarios en proceso de auto-organización quienes se han movilizado a la búsqueda de recursos y opciones para desarrollar intervenciones bajo perspectivas de reducción de riesgo.

De estos grupos de presión, “Limitez de casse” “ASUD”, etc., han surgido iniciativas que han sido puestas en acción por ONG, y poco a poco han conseguido desarrollar en la mayor parte de las ciudades francesas algunas medidas de reducción de riesgos.

En **Italia** sucede algo parecido a lo que ocurre en Francia, pero con mayor presión social por parte de los profesionales del sector y de los propios consumidores.

En este país, la tradicional influencia de un modelo muy desarrollado basados en los Programas libres de Drogas mediante el recurso de larga estancia – como son las Comunidades Terapéuticas –, junto a la movilización de las familias y de los partidos políticos – que mantienen una construcción del discurso sobre las drogas y su consumo más ideológico que práctico –, no ha propiciado una reflexión basada en aspectos de carácter epidemiológico. Por ello, los movimientos de acciones de reducción de riesgos se producen desde iniciativas más locales que nacionales, en base a pequeños grupos de profesionales o servicios concretos.

En **España**, a partir de los inicios de la década actual, tanto en los debates específicos de las políticas sobre drogas a nivel gubernamental y en la Comisión mixta Congreso-Senado como en el PNSD, se mostró interés por las estrategias de reducción de riesgos.

Se parte de la constatación de que, hasta el momento, los esfuerzos se han centrado en construir una aceptable organización de recursos y dispositivos que permitan la asistencia a las personas que desean dejar de consumir drogas. Aunque sigan habiendo insuficiencias y necesidades, la base ya se ha puesto.

Por tanto, ha llegado el momento de valorar iniciativas que pueden ser útiles para todas aquellas personas que no quieren o no pueden, por el momento, acceder a condiciones de abstinencia para tratar su consumo.

En España existen algunas características diferenciales – respecto a otros países – en la evolución de los problemas sociosanitarios asociados al consumo de drogas ilegales, que es importante señalar.

En nuestro país existe una importante prevalencia en el consumo de drogas, especialmente de heroína. Si los datos estadísticos reflejan la realidad, España ha sido uno de los países dentro del contexto europeo donde el consumo ha alcanzado niveles más altos.

Al alto índice de consumo se añade la utilización de la vía parenteral por los consumidores de heroína durante los primeros años de extensión del mismo. A principios de la década de los años ochenta, prácticamente todos los consumidores habituales de heroína usaban esta vía.

Pese al cambio producido en la última década, al ser progresivamente sustituida por la vía fumada, la vía parenteral sigue siendo predominante en el nordeste de la Península y en Baleares.

En consecuencia, la introducción del VIH provocó una disfunción rápida y extensa debido a la alta prevalencia de consumo inyectado y a la práctica extendida entre los consumidores de compartir el material de inyección.

A mediados de la década de los ochenta se dispone ya de datos epidemiológicos sobre la dimensión de los problemas ocasionados por la infección del VIH entre los consumidores que recurrían a la vía endovenosa. Es patente la tendencia creciente a la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas ilegales en escaladas progresivas de situaciones de policonsumos.

Pero la puesta en marcha de programas de reducción de riesgos, en nuestro país, ha encontrado dificultades de aceptación, sobre todo por un buen número de profesionales que, orientados a una política asistencial que acepta como único objetivo válido la abstinencia, se ha resistido a la incorporación de prácticas asistenciales de menor exigencia y orientados a objetivos de salud pública basada en la adopción de medidas pragmáticas.

Los responsables de la política sanitaria no han logrado hasta los primeros años de los noventa impulsar programas de mantenimiento con metadona, y los programas de facilitación e intercambio de jeringuillas han sido desarrolladas muy tardíamente y con grandes diferencias de una a otra ciudad en cuanto a su extensión y real facilitación.

Pero a pesar de su tardía incorporación, en la actualidad contamos con diversos y muy diferentes recursos centrados en objetivos de disminución de riesgos. Algunos se han desarrollado dentro de los servicios de tratamiento, pero también muchos otros tienen un carácter mucho más comunitario y responden a las necesidades detectadas dentro de colectivos sociales concretos, incorporando en su actividad a profesionales y consumidores y desarrollando tareas preventivas dirigidas a cualquiera de las sustancias psicoactivas.

4. ALGUNAS PUNTUALIZACIONES

Hablar de drogas y de consumo de drogas significa entrar en un terreno en el que el pensamiento y el lenguaje están extremadamente ligados a las creencias de quien piensa y habla.

Más allá de los datos epidemiológicos actualmente disponibles y de las evaluaciones que tenemos respecto a la bondad de unas u otras intervenciones, los complejos y sistemas de creencias del observador influyen en la traducción de los datos empíricos. Y, en consecuencia, el lenguaje se desliza con facilidad hacia la confusión de niveles de diferente orden y hacia la aseveración desde la opinión y la afirmación de valores.

Hecha esta primera puntualización, vayamos descubriendo las diferentes medidas que algunos profesionales han ido adoptando para prevenir los deslizamientos de conceptos que facilitan la confusión en el lenguaje y, por tanto, dificultan la construcción del conocimiento sobre las drogas y su consumo.

4.1 DEBEMOS DIFERENCIAR CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS

La generalización es una vía real para mantener la confusión. Y esta generalización no sólo está presente en el discurso de la calle y en los medios de comunicación, sino que, a menudo, también lo observamos entre los profesionales. Seguimos fabricando mensajes publicitarios que hablan de “las drogas” o por aún de “la droga”. Podemos hablar de algún tipo de intervención concreta haciendo referencia a las drogas, cuando en realidad es una intervención desarrollada especialmente para una droga concreta. Cada droga es una sustancia con entidad propia, efectos y repercusiones de distinta naturaleza, y con una historia, representaciones sociales, tradición y cultura de uso muy diverso según los contextos de referencia geográficos y culturales desde lo que hablemos.

Diferencias basadas en la proximidad o lejanía, en la tradición del consumo, en la convivencia socializada e integrada culturalmente de una u otra sustancia, perpetúan el equívoco y, al hablar de drogas, identificamos a menudo a las sustancias más alejadas de nuestra experimentación. Estas serán las “portadoras” de los efectos dañinos de las drogas; sobre estas recaerán importantes peligros y temores.

En cuanto a las otras, las cercanas, a pesar de conocer con mucha mayor precisión sus posibles efectos y riesgos, serán relativizadas una y otra vez. Y por añadidura, a menudo nos resultará difícil pensar en ellas como drogas, puesto que este concepto tiende a ser peyorativo, las sacaremos del concepto general para llamarlas por su nombre. El alcohol y el tabaco son un exponente claro de esta diferenciación.

4.2 EQUÍVOCOS EN LA ASOCIACIÓN DE DISMINUCIÓN DE RIESGOS Y HEROÍNA

La primera dificultad con la que nos enfrentamos ante las estrategias de reducción de riesgos es que éstas a menudo se relacionan con acciones dirigidas a consumidores de drogas por vía parenteral, es decir, básicamente a consumidores de heroína o, también, a politoxicómanos, en los cuales el consumo de heroína ha constituido un aprendizaje de consumo centrado en la inyección.

Esta sobredimensión de acciones dirigidas hacia formas de consumo por vía parenteral tiene una razón de carácter histórico y sanitario. El desarrollo de las primeras intervenciones se focalizó sobre consumidores de heroína por vía parenteral, por dos cuestiones básicas:

La primera debido a que ésta es la sustancia responsable de gran parte de la utilización de los servicios de tratamiento por “consumo de drogas” y de no pocas de las consecuencias adversas graves detectadas en relación con este consumo (muertes, sobredosis, enfermedades transmisibles, etc).

La segunda razón es porque el consumo por vía parenteral, cuando se comparte el equipo de inyección, es una de las vías de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los virus de la hepatitis, y de otras posibles complicaciones sanitarias.

Posteriormente, se han desarrollado bajo la perspectiva de reducción de riesgos, intervenciones dirigidas a consumidores de otras sustancias (alcohol, éxtasis, crack, etc), evidenciando, en su práctica, que dichas acciones tienen un marco de aplicación de validez general para cualquier sustancia.

4.3 EQUÍVOCOS RESPECTO A LA ELECCIÓN DEL TÉRMINO “DISMINUCIÓN DE RIESGOS”

El término tiene su origen en la expresión inglesa *Harm reduction*, que, traducida literalmente, significa “reducción del daño”.

Los primeros documentos que manejamos provienen de la experiencia inglesa – de la región de Merseyside –, donde se empiezan a divulgar datos sobre los beneficios conseguidos con el desarrollo de una política centrada en la reducción de daños.

Cuando dicho concepto pasa al habla francesa se define prioritariamente como *reduction des risques* y los documentos y estudios suizos siguen dicha terminología. Sin embargo, los canadienses han optado por el término *reduction des dommages* o *réduction des méfaits*, en la línea de la conceptualización inglesa que se inclina más por el concepto de daño.

En Francia se adopta el mismo término que en Suiza, aunque también se generaliza el término que da nombre a un grupo activo de profesionales y consumidores que se encuadran bajo el lema *Limitez la casse* con el objetivo de ampliar el desarrollo de estrategias basadas en la reducción de riesgos.

Y en España se opta mayoritariamente por la traducción literal inglesa, utilizando el término *reducción de daños* o *reducción del daño*, y a veces *reducción del daño y riesgo indistintamente*.

Nosotros titulamos el documento completo y el conjunto de estrategias orientadas en este sentido como *reducción de riesgo*. Es decir, escogemos la traducción en lengua francesa.

Y la razón de esta elección es la siguiente.

Según las definiciones terminológicas:

Daño: significa detrimento, perjuicio, dolor o menoscabo material o moral.

Riesgo: contingencia o proximidad de un daño. Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un daño.

Contingencia: posibilidad de una cosa suceda o no suceda.

A nuestro parecer, el conjunto de acciones que pueden adoptarse desde los recursos de atención sociosanitarios son contingencias, es decir, son recursos que posibilitan que algunos daños concretos y probables no se produzcan, porque intentaremos incorporar cambios en las formas de uso de algunas drogas, o bien cambios de algunas drogas por otras, o bien informaciones y hábitos menos arriesgados en el consumo de algunas de ellas.

Pero en tanto estos cambios deben ser incorporados por otros, por los consumidores, difícilmente podemos considerar que nuestra acción se mantendrá de manera exacta y estable en la conducta del otro, y tampoco podemos asegurar el cumplimiento de la misma en cada una de las distintas ocasiones que se produzca un consumo.

Para ello, la acción sociosanitaria está destinada en gran medida a facilitar instrumentos, información, recursos, etc., para disminuir o reducir algunas contingencias asociadas al consumo de drogas ilegales y legales.

Habrán otras contingencias sobre las que difícilmente se podrá invertir, como son los aspectos intrínsecos del riesgo que entraña una sustancia comprada ilegalmente en cuando a su verdadera calidad, efecto, propiedades, composición, etc.

Otra cuestión es poder analizar desde una visión epidemiológica los resultados de políticas globales de reducción de riesgos.

Desde el análisis de grandes números que hacen referencia a poblaciones generales o particulares – pero en cualquier caso desde perspectivas de análisis estadísticos – creemos que se puede hablar de reducción de daños, porque se trata de conocer *a posteriori* que riesgos han podido ser superados y, con ello, cuántos y que clase de daños se han evitado.

En la medida que este documento está centrado en las acciones y en el desarrollo de intervenciones concretas, en contextos concretos, a través de la relación directa entre profesionales o voluntarios con los consumidores de drogas, pensamos que estamos hablando en general sobre la posibilidad de intervenir sobre una contingencias conocidas y demostradas, para modificarlas y convertirlas en otras menos arriesgadas.

Esta definición supone la intervención sobre contingencias conocidas y objetivas para evitar el daño con acciones dirigidas a:

Daños: personales
comunitarios
sociales
jurídicos
económicos

sanitarios

El conjunto de intervenciones orientadas hacia la disminución de riesgos serán incorporaciones de carácter preventivo integradas básicamente por los recursos sociales y sanitarios a nivel comunitario con el fin de incidir en la disminución de los daños susceptibles de afectar a los consumidores de las diferentes drogas psicoactivas existentes en cada momento en el mercado legal e ilegal.

4.4 EQUÍVOCOS VINCULADOS A LAS INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

La incorporación de estrategias de reducción de riesgos, a pesar de que en sí misma sea una medida tradicionalmente aceptada y utilizada en Salud Pública, ha supuesto en el ámbito de la intervención drogodependencias una revisión de algunas de las posiciones inalterables en que se habían mantenido.

Las políticas de reducción de riesgos han ampliado el posible panorama de intervención, proponiendo estrategias de acercamiento y adaptación, y con ellos se han abierto cuestiones que han estado siempre latentes en la práctica preventiva y asistencial de las drogas y sus dependencias.

Las políticas de reducción de riesgos, algunas veces, han sido comprendidas desde el prejuicio, esto es, condenados antes de conocerlas o conociéndolas de manera muy superficial. Y, también, comprendidas desde el temor a que dichas estrategias vayan a resultar una modalidad de aplicación automática, que, con sus intervenciones pragmáticas y poco ambiciosas, permitan dar por realizada una intervención que, en su globalidad, resulta mucho más compleja.

En torno a estos temores o prejuicios se han generado frases comunes que califican globalmente las intervenciones de disminución de riesgos.

Veamos algunas:

“Los programas de reducción de riesgos son una forma encubierta de legalización del uso de drogas”

El alcance de los programas de reducción de riesgos inciden en los contextos de las políticas asistenciales socio-sanitarias. Su repercusión en el ámbito de las políticas nacionales e internacionales a nivel legislativo y económico es, hasta el momento, escasa.

Aceptar la evidencia de que los límites punitivos no impiden el mantenimiento de una oferta y demanda de drogas, e intentar sobre la población que mantiene dicha demanda crear condiciones de menor riesgo en su consumo no modifica en nada la estructura penal desde la cual se regalan dichos mercados, ni en el mantenimiento de los presupuestos de políticas internacionales de control y prohibición.

“Son medidas poco ambiciosas que sólo intentan encubrir el malestar social, pero no atienden el problema de fondo”

Son medidas de acercamiento y de adaptación e intervenciones posibles. Y parten de la práctica del sentido común que indica que “es mejor empezar por poco que no hacer nada”. Su objetivo fundamental es evitar daños añadidos a una consumo que, en sí mismo, ya entraña riesgos.

Ello no adormece el malestar social, sino que, en su mejor aplicación, permite que emerjan y se hagan visibles los problemas asociados al consumo de drogas, e intenta que los consumidores de drogas no queden sepultados bajo el conjunto de aspectos marginalizadores que puede provocarles dicho consumo.

“Son programas más baratos, y con ello se facilita la incorporación de dichos programas por la Administración, en una época de reducción de presupuestos sociales”.

La experiencia en el desarrollo de intervenciones dirigidas al control y disminución de los riesgos revela todo lo contrario, porque a medida que aumenta el nivel de relación entre consumidores y profesionales de las redes socio-sanitarias, aumenta también el número de prestaciones de tipo social y el carácter médico en relación con los daños asociados.

Y también se produce un aumento de demandas para incorporarse a las redes de tratamientos de consumo. Son intervenciones diferentes, dentro de procesos y tiempos diferentes, compatibles y necesariamente complementarias.

5. DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Para salir del marco de las definiciones globales y objetivos generales, vamos a desarrollar una descripción de las diferentes contingencias asociadas al consumo de drogas sobre las que se puede intervenir desde un encuadre de Salud Pública, para actuar con efectos de anticipación a las consecuencias ya conocidas y fácilmente previsibles.

Modificamos – a partir de Newcombe y otros autores vinculados a la experiencia inglesa – la clasificación de las consecuencias derivadas del uso de drogas en una doble dimensión interrelacionada.

TIPO			
NIVEL	Salud	Social	Económico
Individual			
Comunitario			
Social			

La dimensión **TIPO** agrupa en el ámbito de las drogas, las consecuencias generadas por la situación de ilegalidad y, en consonancia con ello, de descontrol en que se libra la relación de oferta y demanda de muchas sustancias psicoactivas.

Salud: enfermedades asociadas, contagios, trastornos de conducta, etc.

Social: agresiones, desorden público, marginación, etc.

Económico: deudas, actividades delictivas, etc.

En la dimensión **NIVEL** tenemos el conjunto de daños referidos a los aspectos de la construcción de la imagen social identificada con el consumo de drogas.

Individual: se refiere al que experimenta el propio individuo en relación a su propia identidad, e imagen de sí mismo.

Comunitario: en relación a su entorno más próximo: familia, amigos, etc.

Social: efecto sobre la estructura y organización de la sociedad en general.

El uso de una sustancia y sus consecuencias debe considerarse atendiendo a un esquema multidimensional. Esto nos permitirá una comprensión del problema mucho más completa, que si nos atenemos a las contingencias desde la configuración cerrada de las propiedades de cada sustancia y a las expectativas del sujeto que la consume, sin tener en cuenta los efectos que conlleva la ilegalidad. Es decir, los efectos de clandestinidad en su comercialización y, por tanto, la imposibilidad de control en su composición y elaboración.

En consecuencia, la posible ocultación del consumo y encubrimiento de los posibles efectos indeseados o no esperados.

En estas circunstancias, el acto de consumo se sitúa en un lugar no regulado socialmente, dejando al saber del consumidor o del grupo de iguales la gestión de lo accidental, de lo imprevisto, es decir, a merced del riesgo.

Junto a los riesgos asociados a la consideración de las drogas por su posición de ilegalidad y/o de acto punible, se propone otra clasificación relacionada con **los riesgos asociados al modelo de consumo de cada sustancia o de cada consumidor**.

Estos riesgos los agrupa en dos ejes.

A nivel cuantitativo:

- **Dosis.** Referida a la cantidad de droga administrada cada vez que se consume. El riesgo está en sobrepasar la dosis habitualmente tolerada y acercarse a la dosis tóxica.
- **Potencia/toxicidad.** Se refiere al nivel de concentración de potencial tóxico de cada una de las diferentes sustancias que se consumen.
- **Frecuencia.** En relación al número de veces que una persona toma una cantidad de droga en un período de tiempo determinado. El riesgo puede aumentar con la frecuencia.

Y a nivel cualitativo:

- **Accesibilidad.** Definido por el modo como se consigue cada una de las diferentes sustancias. Cuanto más restringido y prohibido es su acceso, mayor riesgo existe.
- **Preparación.** Relacionada con el conjunto de acciones pertinentes que se llevan a cabo antes y durante la administración, tales como filtrar los adulterantes de las drogas inyectables, limpiar el equipo de inyección, comer antes de beber alcohol, etc.
- **Vía y estilo de uso.** Se refiere al método de administración y al modo concreto como se realiza. De las cuatro vías de uso principales – que implican al sistema digestivo, respiratorio, mucoso y circulatorio del organismo –, hay diferentes grados de riesgos asociados con la vía escogida y con el modo de utilizar dicha vía.

- **Patrones de uso múltiples.** Otro determinante de riesgo es el uso múltiple de drogas a partir de combinaciones de dos o más productos. En términos fisiológicos se trata de una nueva droga, a menudo con efectos mucho más potentes que la suma de ambas.
- **Cuidados posteriores.** Se refiere a la propia gestión de cada consumidor, al cuidado después del consumo; como beber bastante agua después de un consumo considerable de alcohol, limpiar la piel en el punto de la inyección, etc.
- **Propensión.** Se refiere a las razones por las que las personas toman drogas, sus conocimientos, experiencia, estado de ánimo en el momento del consumo, etc.
- **Escenario.** Se puede expresar con las preguntas, ¿Dónde? ¿Con quién? ¿Cuándo?, puesto que hay lugares y compañías que pueden ser eficaces en la gestión de imprevistos, accidentes, etc., y otras situaciones que pueden agravar o aumentar el riesgo.

En resumen: es posible separar en factores los componentes del riesgo de uso de drogas, y medirlos con métodos de observación, entrevistas y cuestionarios. Separando los componentes de riesgo que se intenta prevenir, se pueden desarrollar investigaciones de los niveles de eficacia de las medidas adoptadas dentro de los clásicos grupos control y experimental, y con ello se puede evaluar la efectividad de las intervenciones desarrolladas.

6. REQUISITOS ESENCIALES PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

A pesar de que hemos incluido la descripción por componentes que intervienen en la práctica del consumo de drogas, realizada por Newcombe y colaboradores, no podemos obviar que la práctica de intervenciones dirigidas a una disminución de riesgos no son fácilmente predecibles en el sentido de poder asegurar que una práctica determinada tenga efecto en el sentido propuesto.

El objetivo básico en cualquier intervención de disminución de riesgos es un cambio de conducta. Y los cambios de conducta se producen a través de la relación interpersonal.

Las investigaciones realizadas nos enseñan que las personas están dispuestas a hacer pequeños cambios que no modifiquen sus estilos de vida.

Cualquier cambio que modifique una situación de consumo, hacia otro modo de consumo o hacia la abstinencia, implica cambios a muchos niveles.

6.1 PRIMER REQUISITO: FAVORECER COMPORTAMIENTOS MENOS ARRIESGADOS PARA LA SALUD

Las **actividades de acercamiento** son un método de educación sanitaria. En este ámbito la proporción de la salud se orienta principalmente a establecer cambios en los comportamientos individuales:

- Sensibilizando ante los riesgos conocidos.
- Animando a abandonar conductas de riesgo.
- Estabilizando cualquier cambio de conducta positiva.

Es importante reconocer que las actividades de acercamiento son complementarias a otras intervenciones de Salud Pública. No reemplazan ni sustituyen otras intervenciones existentes, ni mucho menos anular la necesidad de mantenerlas, sino que las potencian.

Las actividades de acercamiento se revelan más o menos necesarias según las necesidades detectadas en grupos de población concretos, y según los índices de eficacia de las intervenciones ya existentes.

Factores que influyen en los cambios de conducta

La promoción de la salud individual supone tener en cuenta diversos factores personales, sociales y materiales. Las intervenciones que tienden a potenciar cambios positivos y estables dependen de diferentes contextos:

- a) **Individual** (el consumidor como protagonista central de cualquier proceso).
- b) **Interpersonal** (los otros).
- c) **Colectivo** (la opinión de los padres).
- d) **Sociopolítico** (la política global socio-sanitaria que se desarrolla en cada país).

Puestos que los cambios de conducta están influidos por diferentes factores individuales y sociales, las intervenciones deben favorecer los cambios en estos distintos niveles, a la vez.

Para ser eficaces, cualquier estrategia de promoción de la salud deberá auspiciar cambios no sólo en los estilos de conducta de un individuo, sino también en las modalidades donde se negocian los comportamientos interpersonales, con "las normas" en vigor dentro del grupo de pares y dentro del colectivo en materia de salud y uso de drogas, así como en el medio socio-político en general.

a) Contexto individual

Los cambios de comportamiento dependen del grado de percepción que tiene el individuo de los riesgos que corre su salud, de sus intenciones y de sus motivaciones en relación al cambio y a su capacidad para realizarlo.

b) Contexto interpersonal

Los esfuerzos individuales para modificar conductas están influenciadas por las opiniones y los actos de los otros. Por ejemplo el uso de un preservativo no es solo una cuestión de elección personal, sino el resultado de una negociación interpersonal, habitualmente entre dos personas.

c) Contexto colectivo

Las tentativas personales de cambio de conducta están también influidas por las

opiniones y acto de los grupos sociales a los cuales se pertenece. Las normas que prevalecen dentro del grupo de pares condicionan el comportamiento individual. Si, por ejemplo, compartir jeringuillas entre un grupo es normal, puede resultar difícil modificar dicha conducta individualmente y seguir perteneciendo al grupo.

d) Contexto sociopolítico

Los intentos de cambio a nivel individual y a nivel de grupo pueden verse también influidos por el clima sociopolítico ambiental. En entornos radicales hacia modelos de abstinencia, será más difícil introducir iniciativas de reducción de riesgo.

Como consecuencia de lo expuesto:

Cambios individuales

Deben incorporarse desde los niveles de la conciencia, las convicciones, las intenciones y las motivaciones.

Cambios interpersonales

Deben establecerse desde la capacidad de auto-disciplina y a partir de las capacidades de negociar con los otros.

Cambios colectivos

Desde los grupos de pares y desde las normas sociales que influyen en los comportamientos individuales de un grupo.

Cambios sociopolíticos

Desde las leyes y reglamentaciones relacionadas con el uso de drogas y desde los niveles de organización de los servicios de salud.

Para ser eficaces en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, que comprenden las actividades de acercamiento, éstas deben favorecer cambios estables capaces de mantenerse en los diferentes niveles. La elección de los métodos a emplear y las estrategias de acercamiento a realizar dependerán en gran medida del tipo del cambio que se desea establecer.

En términos generales, la experiencia dicta que para aumentar su eficacia las intervenciones deben mostrarse pragmáticas en su manera de acercarse a los consumidores, y flexibles en su prestación de servicios. Deben responder a prioridades de Salud Pública antes que a los aspectos médicos o jurídicos relativos al uso de drogas.

En resumen:

Las actividades de acercamiento representan un instrumento útil para las estrategias globales de disminución de riesgos.

Los cambios en los niveles de aquello que creen o saben las personas no son suficientes.

Los cambios son necesarios a nivel de los grupos de pares, en relación a sus “normas” y a sus actitudes en relación a la salud.

6.2 SEGUNDO REQUISITO: DIVERSIFICACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Esta condición está estrechamente relacionada con la accesibilidad a formas de ayuda que surgen de los diferentes malestares que pueden producir el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas. Malestar cuyo origen, consecuencia y expresión puede formarse de muy diversas maneras.

Es importante desarrollar formas de ayuda que respondan a la naturaleza del problema. Y, en este sentido, deben corresponderse con el problema expresado. Deben ser percibidos por el consumidor como susceptibles de una ayuda real en el lugar y en el momento adecuado.

Responder a las demandas que el consumidor puede hacer, a aquello que para éste es un problema o representa un malestar concreto.

La disponibilidad de recursos de mayor o menor exigencia, de mayor o menor alcance y, en definitiva, de mayor o menor compromiso con los objetivos de una intervención, coloca de nuevo al consumidor en un lugar de elección, a una posición de protagonismo en el proceso.

Desde esta posición, se da prioridad una vez más a la relación por encima de la intervención. A través de ésta – que puede ser mínima – se mantiene la posibilidad de seguir en la relación y, a través de ella, es posible el establecimiento de la colaboración en los cuidados.

En resumen, vemos cómo desarrollar políticas de disminución de riesgos significa un proceso de acercamiento y de adaptabilidad de los recursos en su organización y estructura, y, fundamentalmente, de las personas que integran los equipos.

Hablamos de la dificultad que significa el cambio cuando afecta a los estilos de vida de las personas. Estos cambios también comportan una dificultad para los profesionales, porque representan una ruptura con los mecanismos de relación establecidos desde pautas de modelos médicos o sociales fundamentados en la imagen de un paciente obediente y colaborador, entregado desde el inicio de la relación al acatamiento las prescripciones o consejos del profesional.

Sin entrar en la categorización del consumidor de drogas como enfermo, podemos afirmar que, en cualquier caso, no es un paciente en el sentido que tradicionalmente se aplica a dicho término, o por lo menos no lo es *a priori*. Por tanto, estamos construyendo una relación nueva, diferente a la tradicional, y por ello se requiere, también, de elementos nuevos para su realización.

Estos cambios, que pueden resultar difíciles para los profesionales, son también de difícil comprensión para los colectivos sociales ajenos a la cotidianidad de las personas consumidoras.

Éstas podrían pensar que este tipo de acercamiento son excesivos, pueden no entender el carácter preventivo que tienen en sí mismos, o no comprender actos que podrían parecer facilitadores para hacer algo prohibido en mejores condiciones, o podrán suscitarse desconfianzas y quejas de una excesiva protección a un colectivo determinado.

También será necesaria una tarea de información y prevención destinada a la población en general en términos de participación comunitaria.

7. CREACIÓN Y GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO

La puesta en marcha de actividades de acercamiento bajo objetivos de disminución de riesgos tiene cuatro etapas distintas:

- **Análisis de la situación.**
- **Planificación y priorización de objetivos y estrategias.**
- **Elección y formación de los responsables de acciones en la calle.**
- **Relación de colaboración con los servicios del territorio y gestión de las intervenciones.**

7.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La organización de actividades de acercamiento precisa de una evaluación minuciosa de las necesidades. Como en cualquier desarrollo de trabajo comunitario, para empezar se requiere un **análisis de la situación local**, con el fin de conocer la amplitud y la naturaleza de los problemas asociados al consumo de drogas, para determinar si los servicios existentes pueden dar respuesta completa a los problemas de salud y contingencias que se desarrollan en un territorio determinado.

Dado que una gran parte de los servicios de acercamiento se dirigen a los consumidores de drogas que no contactan con los servicios establecidos, se evalúa la necesidad de acciones de acercamiento a partir de las preguntas siguientes:

¿En qué proporción los consumidores de drogas no acuden a los servicios existentes para tal fin?

¿En qué medida tienen necesidad de ayuda?

En otros términos la evaluación de necesidades debe hacerse a dos niveles. Primero en relación **a la amplitud y naturaleza de los problemas asociados con el consumo de drogas** y, en segundo lugar, en relación **con la amplitud y naturaleza de los servicios que están a disposición de los consumidores de drogas.**

Tres categorías de información resultan pertinentes:

- **Los datos cuantitativos respecto a los problemas derivados del consumo de drogas.** Los datos recogidos por los servicios locales de salud pública, de la policía, así como los datos epidemiológicos que pueden derivarse del conjunto de servicios sanitarios y sociales del territorio.
- **Los datos cuantitativos respecto a la utilización de los servicios.** Los centros de tratamiento, los servicios generales de salud, los datos de urgencias hospitalarias, los servicios de juventud, servicios sociales.etc., pueden ofrecer un cuadro de referencia que aporte un conocimiento de las proporciones existentes entre oferta y demanda.
- **Los datos empíricos respecto al consumo de drogas y utilización de los servicios.** Es de capital importancia recoger, de diversas fuentes, datos respecto a los perfiles de evolución en el consumo de drogas y el tipo de ayudas que buscan los consumidores de drogas. Las fuentes de información básicas parten de los mismos consumidores de drogas, de personas que están en contacto con consumidores, de los equipos de los centros de tratamiento, y del conjunto de las redes comunitarias que poseen información relevante sobre los diversos aspectos derivados del consumo de drogas y sus repercusiones.

El conjunto de datos que emergen de una recogida de información a través de **informantes claves** permite:

- **Identificar a los grupos sociales que no son atendidos por los servicios.**
- **Identificar a los grupos sociales que tienen mayor necesidad de atención.**
- **Conocer los perfiles de consumo locales.**
- **Conocer los lugares donde se reúnen los consumidores de drogas.**
- **Identificar las formas de acceso para la prestación de servicios y la accesibilidad de los mismos.**
- **Darse cuenta de los aspectos que los servicios no atienden.**

Esta tarea de diagnóstico de la situación señala, por un lado, las insuficiencias de los recursos existentes, a nivel local, pero también permite conocer los cambios y variaciones que se producen dentro de las redes sociales, y es un instrumento útil para los servicios y para los diferentes agentes comunitarios, puesto que permite integrar los cambios que se suceden en un movimiento de adaptación progresiva, lo que facilita la evaluación regular de las necesidades y la correspondiente adecuación a las mismas.

7.2 PLANIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

La evaluación de las actividades de acercamiento obliga a establecer objetivos precisos. Si los objetivos de los proyectos están poco definidos, corren el riesgo de perderse en muchas actividades posibles y olvidar a grupos de población que tienen particulares necesidades de atención. Si su finalidad es contactar con aquellos consumidores que no acceden a los servicios, deberán definir con extremo cuidado.

- **Grupos diana.**
- **Lugares y zonas geográficas donde hacerse presentes.**
- **Materiales de prevención para distribuir.**
- **Educación e información sanitaria que hay que cubrir.**
- **Servicios hacia los que orientan a los consumidores contactados.**
- **Comportamientos concretos que hay que intentar modificar.**
- **Indicadores de resultados y resultados concretos previstos.**

Las estrategias de intervención vendrán definidas por los objetivos, identificados tras el conocimiento de las necesidades expuestas a las prioridades definidas. La elección de los distintos modos de intervención responde a objetivos diferentes. Así se desarrollarán proyectos de acercamiento colectivo, o bien proyectos centrados sobre los grupos de pares, o proyectos basados en el establecimiento de cambios individuales según los objetivos definidos.

Establecer un esquema de intervención supone tener respuesta para los interrogantes siguientes:

- **¿Las actividades de acercamiento tienen por objetivo prioritario favorecer la orientación hacia los servicios existentes?**
- **¿Deben ofrecer las propias actividades de acercamiento servicios directamente a la colectividad?**
- **¿Los cambios de comportamiento pueden ser inducidos a través de un trabajo dentro de los colectivos sociales definidos?**
- **¿Los grupos diana pueden ser permeables a los proyectos de acercamiento sin recurrir a los grupos de pares?**
- **¿Es necesario modificar las normas en los grupos de pares desde la colectividad para introducir cambios en las conductas individuales?**

7.3 ELECCIÓN Y FORMACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE ACCIONES EN LA CALLE

Administrar actividades que tengan por objetivo propiciar el acercamiento significa enfrentarse a problemas claves como los siguientes:

Las personas

En buena medida, el éxito de las actividades planteadas depende de la calidad del personal que va a realizar el acercamiento. Por ello la selección, la elección de los participantes, es una de las claves del éxito. No existen reglas precisas para determinar qué características serán esenciales para conectar con unos grupos determinados. De manera general se acepta la cualidad de tener facilidad de comunicación. Los grupos resaltan la capacidad de establecer confianza, respeto y credibilidad. Además, para el resultado de la información, deben poseer aptitudes para transmitir mensajes de educación sanitaria y animar hacia los cambios de comportamiento. Deben reunir, por tanto, capacidad para desarrollar el respeto y la confianza entre los usuarios de drogas, pero a la vez deben ser eficaces en su trabajo de educadores.

En los proyectos europeos se tiende a establecer equipos de composición mixta, entre personal ajeno al territorio y personal originario del mismo. En igual proporción, se sitúa a personas con experiencia directa en el consumo de drogas y personas más alejadas de los grupos sociales con quienes van a interactuar. En cualquier caso, con experiencia directa en funciones profesionalizadas de educación sanitaria y participación comunitaria.

El número de personas necesarias para llevar adelante un proyecto depende, evidentemente, de los recursos y de la magnitud del proyecto. En líneas generales, se recomienda que sea siempre más de una persona, y, a poder ser, establecer un equipo con tiempos parciales y totales, compuesto por personal profesional y voluntariado, y una coordinación que permita la gestión del proyecto en su globalidad.

La formación de las personas que actuarán en proyectos de acercamiento precisa de ductilidad y habilidad en muchas disciplinas diferentes y complementarias.

En líneas generales se precisa:

- **Un conocimiento claro de las características y particularidades del trabajo de acercamiento.**
- **Formación práctica en técnicas de comunicación.**
- **Formación en técnicas de información y consejo.**
- **Sensibilización ante los problemas asociados al consumo de drogas, sanitarios, legales y ayudas sociales.**
- **Preparación para orientar adecuadamente hacia los servicios a los consumidores contactados.**
- **Formación respecto a la confidencialidad y los derechos jurídicos.**

7.4 RELACIÓN DE COLABORACIÓN CON LOS SERVICIOS DEL TERRITORIO Y GESTIÓN EN LAS INTERVENCIONES

Existen, básicamente, tres maneras de establecer contacto:

- **Directamente, “en frío”.** Son aquellos contactos que se realizan directamente sin el intermedio de ninguna circunstancia social, mediante la presentación directa y el establecimiento de conservación.
- **Contactos naturales.** Es decir, creados naturalmente a través de la presencia en los lugares comunes. Precisan de mayor tiempo para que se produzcan y requieren estabilidad y permanencia.
- **Contactos “bola de nieve”.** Son el conjunto de contactos creados a través de circunstancias, actividades, encuentros, presentaciones. Uno lleva al otro, y así, sucesivamente, hasta tener una red de contactos que permitan la conexión y la relación con un grupo con normalidad.

Junto al trabajo directo con los grupos sociales, es importante la existencia de relaciones cercanas entre los proyectos y los servicios de salud locales. Idealmente estos proyectos deben ser independientes y realizarse fuera de los servicios. Pero es importante que existan niveles de coordinación integrada por minimizar las dobles atenciones y maximizar la cooperación entre servicios.

En resumen:

Las actividades de acercamiento deben organizarse a partir de la evaluación de las necesidades.

La evaluación de las necesidades será incompleta si no se obtiene información directa de los propios consumidores de drogas.

Las actividades de acercamiento requieren objetivos claramente definidos.

Los participantes originarios del territorio desempeñan un papel clave en la potencialidad del proyecto a realizar.

La elección, la formación y la adaptación del personal que trabaja en los proyectos debe ser sistemático y continuado.

La gestión de las actividades de acercamiento debe ser evaluable y beneficiarse de la colaboración local.

8. INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Analizar las distintas posibilidades de intervención con el objetivo de disminuir riesgos resulta muy diferente según el encuadre contextual desde donde se realice.

La articulación de los diferentes niveles que entran en juego posee las características de la complejidad. Porque se trata de auspiciar diferentes niveles de intervención, dirigidos a consumidores de muy diversas sustancias, y de característicos “estilos de vida”, en contextos de muy diversa naturaleza, esto es, desde la calle a los centros de tratamiento de drogas, incorporando en el recorrido todos los niveles intermedios existentes.

El desarrollo de un modelo pragmático que atienda los requisitos propios de acciones dirigidas a la reducción de riesgos precisa de la reestructuración y reorganización de los diferentes recursos de la red socio-sanitaria. La clave está en la **coordinación integral** de los recursos existentes, en función de sus competencias y características específicas.

Los aspectos que nos parecen relevantes en su articulación son:

- **Los diferentes grupos de población**, que son objeto de intervención, en relación a características de singularidad personal o grupal, atendiendo a las diferencias que concurren en una intervención propiciada por una demanda determinada, o bien una intervención realizada sin demanda y, por tanto, ajena a las necesidades percibidas por el sujeto o el grupo concreto.
- **Considerar los contextos** donde se encuentran los diferentes grupos de población que son objeto de intervención. En consecuencia, la interrelación con políticas sanitarias, instituciones, servicios profesionales, prácticas institucionales, modelos teóricos y prácticos, técnicas de intervención regladas, etc. O la intervención en contextos de calle, propiciando el acercamiento, respetando las reglas de la calle, de los propios grupos, las trampas de la ilegalidad, las carencias de lo sumergido, la opacidad de lo oculto.
- **Acciones** posibles a desarrollar, desde acciones de carácter preventivo informativo, que tienden a centrar sus objetivos en la incorporación de elementos nuevos propiciadores de cambios en el grupo social, hasta opciones de tratamiento esto es propuestas de cambio centradas en el sujeto.

8.1 INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE RIESGOS DESDE CONTEXTOS INFORMALES

Nos referimos al conjunto de acciones dirigidas a grupos de población que aparentemente no realizan demandas respecto a su consumo, en contextos de calle, lugares de reunión, escenas de consumo, etc.

Grupos de población

Nos hallamos ante grupos que no explicitan una demanda de atención y/o información. Resulta difícil imaginar, en la actualidad, a colectivos o grupos que estén al margen de toda influencia informativa y educativa, aunque todos también somos conocedores de las diferentes circunstancias que desconectan a ciertos grupos de los canales habituales de la formación reglada y de los medios de comunicación.

Grupos de usuarios que consumen sustancias definidas de mayor riesgo de uso adictivo (heroína, cocaína) sumado a los efectos secundarios de un mal uso, o a usuarios de sustancias consideradas con menor potencial de riesgo, pero que pueden convertirse en sustancias con usos problemáticos (XTC, cannabis), dado que también se comercializan y consumen en condiciones exentas de control, tanto a nivel de mercado como por falta de información de sus usuarios y otros aspectos de tipo psicológico.

Por ello es importante matizar y distinguir los diferentes tipos de usuarios y usos de drogas que no se encuentran en situación de acercarse a un centro especializado para abordar cuestiones relacionadas con el uso, pero que éste puede volverse problemático por efecto del desconocimiento y la ignorancia de formas de uso menos arriesgado.

Aquí nos estamos refiriendo no sólo a las personas que hacen un uso cotidiano, sino también a los usuarios esporádicos, ocasionales, con usos regulares de fin de semana o a formas habituales de consumo que no generen trastornos asociados que pueden propiciar una demanda de atención en los servicios que disponemos. En estas situaciones las estrategias y programas de disminución de riesgos tienen una gran importancia.

Maloff et al. (1979) planteaban: "Quienes son menos visibles a los agentes de aplicación y no están en tratamiento, probablemente se hallan más influidos por controles personales e informales, incluyendo conocimientos, creencias y consejos asequibles en su red social. Sus percepciones pueden contribuir al desarrollo de una propuesta de minimización de daños que se basa en la realidad del ambiente en que se consumen drogas".

De la observación de Maloff se desprende el interés por los planteamientos que incorporan elementos de la realidad del consumo que únicamente podemos conocer y movilizar a partir del acercamiento a dichos escenarios y de la coparticipación con sus actores, es decir, la creación de nuevas escenas conjuntas.

También queremos señalar otra realidad bien diferente pero enmarcable con este enunciado que hace referencia a los usuarios – principalmente politoxicómanos (heroína, benzodiacepinas, alcohol) – que, por su situación de marginalidad, no realizan demandas específicas vinculadas al consumo, sino a sus necesidades primarias: techo, alimentación, higiene, etc. Partiendo de esta realidad, el contacto y la intervención específica se puede hacer a partir de la cobertura o respuesta a estas necesidades y la incorporación de propuestas de disminución de riesgos en las formas de uso de sustancias, así como en la prevención de enfermedades asociadas.

Contexto

Hablar de contexto responde a la necesidad de no caer en el riesgo conceptual de analizar a un individuo aislado del medio en el que se halla.

El contexto integra al sujeto en su entorno indisociable y ligados por una constante de relación e interacción.

La incorporación de intervenciones de disminución de riesgos en su territorio implica también al conjunto de recursos sanitarios y sociales existentes en el mismo, por dos razones fundamentales:

La primera está vinculada a la coherencia teórica de las políticas de disminución de riesgos orientadas hacia la **normalización**. Por ello deben favorecerse todas las formas de atención posibles desde los recursos "normalizados".

Y la segunda razón es la necesidad de **llegar a toda la población** que está en situación de riesgo. Esta población puede ser percibida antes desde los servicios de atención normalizada, tanto en las redes de atención sanitaria general, como en una farmacia, o en un centro de asistencia social.

Y, por último, es importantísimo poder trabajar con la comunidad buscando su implicación para desarrollar acciones dirigidas a la normalización.

A medida que se han ido implementado las estrategias y programas de disminución del riesgo, se hace cada vez más patente la necesidad de una propuesta sanitaria pública y comunitaria. Como plantea Stimson (1991) "el propósito no sería influir a los individuos aconsejados, sino animar a aquellas personas con necesidad de influir en otras. Esto supondría enseñar habilidades sociales para resistir a las conductas peligrosas, y también les ayudaría a reforzar conductas más seguras en otros. Eso supondría no sólo pedirles que rechacen compartir jeringas – ofreciéndoles jeringas nuevas para darles a otras personas - , sino transmitir a otros el mensaje del uso más seguro de drogas".

En los contextos no formales no existe una demanda vinculada al consumo y sus consecuencias, pero ello no excluye que no exista permeabilidad para incorporar información, cuidados, y para introducir cambios en las diversas formas de consumo.

En contextos no formales la disparidad de situaciones es muy grande, puesto que en este marco abierto se incluye tanto al consumidor ocasional de alguna sustancia psicoactiva, en situaciones de fiesta, como a los grupos de población en situaciones de exclusión social, y en estados psicosociales carenciales.

Es evidente que las intervenciones no podrán ser iguales en condiciones de muy diversa naturaleza, y las medidas de prevención o información tampoco parten de idénticos parámetros, aunque los agrupemos en relación a la no formalidad del contexto en que se encuadran las posibles acciones.

Pero el margen de las diferencias en sus intervenciones, tendrán en común una metodología de participación que se caracteriza por:

- **Acercamiento**, estar en el lugar donde se produce el consumo, adaptándose a las posibilidades que cada contexto permite, pero casi siempre en situaciones de gran

precariedad de soporte, más allá del recurso de la propia persona o grupo que efectúa la tarea informativa o preventiva.

- **Tolerancia** en las diferentes formas de uso y consumos de las diversas sustancias, sin que ello suponga no respetar la ley ni mantener límites reguladores en la relación.
- **Adaptación** a las formas de cultura particulares de los diferentes grupos, para introducir elementos de información desde las pautas culturales establecidas en cada contexto propio.

Estas características requieren para desarrollar una tarea preventiva o informativa, la participación activa del propio grupo con el que se quiera interactuar. Por ello es imprescindible el desarrollo de iniciativas de participación-acción desde los propios grupos de población definidos como grupos diana.

Acciones

Hemos definido como característica fundamental de las intervenciones orientadas a objetivos de disminución de riesgos el **acercamiento y el encuentro**. Desde esta cualidad definimos dos tipos de modelos de intervención: acercamiento individual y acercamiento colectivo.

Muchas y diferentes actividades pueden ser consideradas como “actividades de acercamiento”. Son consideradas como tales todas aquellas actividades que ofrecen educación y servicios a la población “en riesgo” que las instituciones como tales no atienden.

Por regla general, cuanto más diversificadas son las estrategias de acercamiento en un contexto determinado, mayores posibilidades presentan de contactar y ayudar a la población diana. Conviene, por tanto, determinar el conjunto de estrategias más eficaces y prioritarias, y a partir de éstas desarrollar otras intervenciones complementarias de las primeras.

Existen tres tipos de actividades básicas de acercamiento: en el terreno, en el medio institucional, y en el domicilio.

- **Las actividades de acercamiento en el terreno** se desarrollan fuera del encuadre institucional. Habitualmente en la calle, en el bar, en los clubes, los “lugares de reunión”, etc.
El objetivo es favorecer un cambio de comportamiento directa o indirectamente.
- **Las actividades de acercamiento en el domicilio** se producen para aquellos grupos de población en los cuales el consumo de drogas no se produce en la calle. Puede producirse al conexión directa o indirectamente, a través de otros consumidores.
- **Las actividades de acercamiento desde el medio institucional**, sea comisarias, albergues, centros de primeros contactos, puntos de intercambio de jeringas, etc. El acento no se pone tanto sobre los individuos en particular como en la posibilidad de ayudar a emerger grupos de población con muy escasa visibilidad social.

En la práctica, los equipos de intervención tendrán un conjunto de recursos válidos tanto para su desarrollo en la calle, en los domicilios o en los medios institucionales. La utilización de unos u otros dependerá de la adaptación a las particularidades locales. Existen zonas en la gran ciudad donde la compra-venta y el consumo de drogas se efectúa fundamentalmente en la calle, en bares, en lugares de reunión definidos, privilegiando horarios nocturnos; en otros, sin embargo, esta actividad estará mucho más oculta, y se realizará en los domicilios.

8.2 DIFERENTES MODALIDADES DE ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

El ajustado equilibrio de este tipo de acciones depende de los objetivos de los proyectos locales. Deben responder a necesidades detectadas por los servicios ya existentes en el territorio y su eficacia debe ser reconocida por los propios consumidores.

Las acciones desarrolladas habitualmente son:

Distribución de material de inyección

Los proyectos destinados a los usuarios de drogas por vía endovenosa se inician generalmente a partir de la distribución de materiales estériles de inyección. En ciudades o barrios donde no existen servicios de intercambio de jeringuillas apropiados, ésta será una de las primeras acciones de acercamiento. A menudo no basta con la distribución de equipos de inyección estériles y deben cuidarse aspectos complementarios de los distintos componentes

que intervienen en el acto de la inyección: distribución de agua estéril, para limpiar jeringuillas y las cucharillas usadas para calentar y disolver las sustancias, toallitas con alcohol para limpiar las zonas de inyección, y los filtros de algodón, usados para limpiar de impurezas el líquido que se inyecta, etc.

Diversos estudios han demostrado que es importante cuidar estos aspectos complementarios al acto de inyección y no reducir la intervención a poner a disposición de los consumidores jeringuillas nuevas, puesto que la infección del VIH y el virus de la hepatitis C pueden transmitirse a través de dichos componentes.

El detalle de los materiales necesarios para su distribución dependerá de las circunstancias locales, del tipo de sustancias que se consumen, de las mezclas más habituales que se realizan y de las diversas modalidades en las formas de uso que los grupos han integrado en sus prácticas habituales.

Hasta el momento, ningún estudio ha demostrado que poner a disposición de los consumidores material de inyección limpio entrañe un aumento en su frecuencia de consumo.

En las distintas ciudades donde se han desarrollado con aceptable extensión dichos programas – como en algunas ciudades de Holanda e Inglaterra –, se obtienen resultados parecidos, en el sentido que:

- Valorar dichas acciones como medios útiles para entrar en relación con una población consumidora alejada de las redes de tratamiento, y en consecuencia, la distribución o intercambio de jeringuillas puede servir como puerta de acceso a otras demandas de atención. En un estudio presentado por Jones en 1991, en la II Conferencia Internacional de reducción de riesgos, aportaba una evaluación en que el 62 % de los toxicómanos que habían frecuentado dispositivos de intercambio de jeringuillas en aquel momento estaban en tratamiento.
- La incidencia en el contagio de enfermedades infecciosas desciende en proporciones elevadas. En Holanda en 1984 la incidencia de hepatitis B era del 26 %, en 1988 se había reducido al 5 %.

Los investigadores que han evaluado este tipo de programas sugieren que estos podrían ser mucho más efectivos si se tuvieran en cuenta las condiciones sociales y la subcultura del consumidor en los contextos habituales del mismo, y la colaboración de los mismos consumidores como agentes de prevención y educación sanitaria a nivel comunitaria.

Distribución de preservativos

En casi todos los casos de acercamiento sobre el terreno, se incorpora la distribución de preservativos aptos para ser usados en las relaciones sexuales vaginales, anales, etc.

Distribución de documentación con contenidos de educación sanitaria

En casi todos los proyectos existen folletos de educación sanitaria, con mensajes que varían según la población diana a la cual van dirigidos y a los objetivos definidos de intervención. Para los consumidores de drogas por vía endovenosa, se resumen contenidos que facilitan formas de inyección más limpia y consejos de cuidados en la limpieza del material de inyección. A menudo incorporan también documentación referida a formas de utilización con menor riesgo de sustancias no inyectables tales como éxtasis, anfetaminas, cocaína y crack.

Las “tiras” de cómics para adultos en revistas elaboradas con la participación directa de consumidores, son formas populares de documentación en materia de educación sanitaria utilizada habitualmente en los proyectos de acercamiento.

Documento de autoayuda

Los proyectos de acercamiento favorecen también documentación de auto-ayuda distribuida entre los consumidores.

Elaborada por grupos de consumidores formados por ex – consumidores y consumidores activos pueden desarrollar contenidos de formas de consumo de menor riesgo, incorporación de cambios de conducta para realizar intercambios sexuales más seguros, pedir ayuda, facilitar entradas a los centros de tratamientos, métodos para reducir o dejar el consumo de drogas. Estos documentos también pueden incitar a los consumidores a organizarse en

grupos de presión para reivindicar cambios en las políticas locales y en las legislaciones relativas al consumo de drogas y a su tratamiento.

Grupos de usuarios. Grupos de autoayuda. Grupos de opinión

Trabajar con las personas que utilizan sustancias psicoactivas ilegales es otras de las características de los programas de disminución de riesgos.

Y la organización en grupos es un método posible, cuyo origen se remonta a las Junkiebond de los Países Bajos, de las que hoy en día aún existe una en Amsterdam, hoy llamada MDHG, que se constituyó en 1977. La Junkiebond de Rotterdam es la que, en 1981, inicia el primer programa de distribución de jeringuillas ante la amenaza del virus de la hepatitis B.

Junto a este primer antecedente holandés, el otro dato que avala la validez de esta acción es el hecho de que autores muy conocidos en el campo de la prevención del sida, como Friedman y Des Jarlais, empiezan a interesarse a través de sus investigaciones sobre los comportamientos de riesgo en el contagio por el VIH en la población usuaria de drogas por vía parenteral, en las estrategias preventivas que podría permitir cambios en dichas conductas. En 1987, Friedman introduce el término "auto-organización" tras el cual dice: "el grupo es más eficaz si es iniciado por personas pertenecientes al mismo grupo de iguales, tomando el ejemplo de comunidad homosexual americana y el modelo holandés".

Se definen dos tipo de organización:

- Los Grupos de Autoayuda, cuyos fines están vinculados a algún aspecto: asistencial, inyección segura, sexo seguro, prevención de recaídas, etc. Compuestos fundamentalmente por usuarios de drogas activos, ex-usuarios y/o usuarios en programas de tratamiento con sustitutivos.
- Los Grupos de Interés o grupos de presión, con objetivos más globales orientados a la valoración de políticas sobre drogas, o a la recuperación de un espacio y una vez en la sociedad. Compuesto generalmente por usuarios de drogas, profesionales y voluntariado. Otros aspectos organizativos y metodológicos pueden consultarse en el Manual Europeo de Apoyo entre Compañeros: *Estímulo, desarrollo y apoyo a la prevención del sida mediante el apoyo entre compañeros en comunidades de usuarios de drogas por vía endovenosa*, financiado por la Comisión Europea. Dg.V.

Direcciones útiles

Casi todos los proyectos de acercamiento distribuyen folletos o pequeñas tarjetas, donde se recogen direcciones y teléfonos útiles de las redes de asistencia y servicios locales. Estos listados de direcciones son útiles porque, junto a la localización de los centros habituales de tratamiento, se incorporan también otros servicios complementarios: servicios de intercambios de jeringuillas, servicios de análisis del VHI, servicios de ayuda, albergues, etc.

Antenas móviles

Pueden ofrecer toda una gama de servicios, en particular en zonas donde las drogas no aparecen abiertamente en la calle. Junto a los servicios ya mencionados, dichas antenas pueden realizar balances de salud, ampliar información respecto a higiene sexual, realizar pruebas y asesorar en relación a enfermedades de transmisión sexual, VHI, hepatitis y otras enfermedades infecciosas.

Centros de acercamiento sin visita concertada

En algunas ciudades se han creado espacios de acogida asociados a centros donde se realizan actividades de acercamiento. Son accesibles – a menudo están abierto de noche –, para los consumidores contactados por los programas de acercamiento en la calle, y disponen de la posibilidad de efectuar cuidados médicos generales, análisis y diagnósticos de salud.

Servicios de información y apoyo a los espacios vinculados a la "fiesta" o "raves"

Información a los propietarios, organizadores y trabajadores de estos espacios, sobre medidas preventivas para evitar efectos indeseables asociados al consumo de alcohol, éxtasis, anfetaminas, etc.

Creación de normas y acuerdos de colaboración entre objetivos de diversión y objetivos de prevención.

Información respecto a las diferentes sustancias que se venden en cada momento. A través de un trabajo previo al encuentro en la fiesta, que facilite poder analizar las sustancias que podrían comprarse, o bien mediante la distribución de kits de análisis *in situs* que pueden facilitar el asesoramiento a los posibles usuarios.

Mejorar las medidas de seguridad de los locales y espacios para la prevención de accidentes (ventilación, disponibilidad de agua en los lavados, personal preparado para actuar eficazmente en primeros auxilios en caso de accidentes, etc.).

Distribución de material informativo veraz y creíble el uso de las sustancias y las prácticas sexuales más seguras.

Distribución de preservativos.

Distribución de jeringuillas en aquellos escenarios que se consideren pertinentes ya que no suelen coincidir usuarios de éxtasis, alcohol, anfetaminas, con usuarios de heroína o de cocaína por vía endovenosa.

Este conjunto de acciones se puede desarrollar desde un modelo de acercamiento que prioriza al individuo. Esto es, a través de la relación directa, cara a cara, se dirigen al individuo para evitarle a introducir cambios globales en su conducta individual. Pero también se pueden desarrollar desde una concepción del acercamiento colectivo en la medida que se acerquen a grupos de pares o a redes sociales de consumidores de drogas, con el objetivo de inducir cambios en las normas y conductas asociadas a la pertenencia al grupo.

Acercamiento individual o colectivo	
<i>Acercamiento individual</i> Se dirige a los individuos cara a cara. Intenta cambios individuales de comportamiento. <i>Cambio individual</i> Cambio a nivel de opiniones y de conductas del individuo.	<i>Acercamiento colectivo</i> Se dirige a consumidores o redes de consumidores de drogas. Intenta cambios colectivos de comportamientos. <i>Cambio colectivo</i> Cambio a nivel de normas y De conductas de colectivos globales.

8.3 INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE RIESGOS EN CONTEXTOS FORMALES

Bajo dicho enunciado se agrupan intervenciones de características análogas a las definidas en el apartado anterior, incorporadas a los servicios socio-sanitarios generales o bien a los servicios de tratamiento de drogas, cuyas diferencias se articulan en relación a la existencia de una demanda individual, sumada a las particularidades de los contextos institucionales, con su necesaria acomodación de los mismos a unas prácticas dotadas de mayor flexibilidad.

Personas que realizan una demanda

La formulación de una demanda a un sistema asistencial implica la percepción, por parte del demandante, de cierto malestar, situación que no necesariamente estará vinculada a un malestar generado por la adicción en sí misma. Puede estar relacionado con la constelación de circunstancias que lo rodean, ya sean de orden familiar, social o legal, que pueden precipitar momentos en los que la situación sea insostenible.

Este malestar, que se expresa generalmente mediante el binomio necesidad-abstinencia, determina que la primera demanda se presente inicialmente acompañada de la petición de medicación que ayude a superar los efectos de la abstinencia, física o psíquica, pero siempre considerada como una necesidad biológica.

En la medida en que puedan colmarse estas necesidades, consideradas mas primarias por el sujeto, aparecerán otras de distintos niveles.

Atender a la demanda explícita e implícita significa valorar la **diversidad**, considerando:

- Las características sociológicas como: sexo, edad, tiempo de consumo, condición social, lugar de residencia, nivel de instrucción, situación laboral, causas judiciales, etc. Puesto que de todos es conocido el valor pronóstico que algunas de ellas tienen. Como nos evidencian grandes estudios de seguimiento de cohortes de personas en tratamiento, como el DARP (Drug Abuse Reporting Program) o el TOPS (Treatment Outcome Prospective Study).
- La potencialidad de cambio real, fundamentada en la conceptualización de la drogodependencia como auto-medicación, no tan sólo entendida como la necesidad de autorregulación derivada de un desequilibrio en el sistema opiáceo, sino como respuesta a un síntoma, del orden de la ansiedad, depresión, neurosis, psicosis, que no siempre podrá o deberá emerger.

Favorecer la responsabilización de sus consumos y de la patología secundarias a los mismos, facilitándoles estrategias de cambios de conducta y los instrumentos necesarios para un mejor autocuidado de sí mismos.

La valoración individualizada determinará la acción más pertinente para cada particularidad, y en función de los recursos existentes la posibilidad de iniciar o reiniciar un proceso de atención concreto.

Todo ello comporta la reestructuración de los servicios específicos hacia un modelo integral, en el que tras la primera acogida pueda realizarse la atención médica, y en que ésta sustente el seguimiento hasta que sea posible la intervención terapéutica.

Contextos formales

Significa la incorporación de intervenciones desde los recursos existentes en las redes socio-sanitarias para atender al conjunto de cuestiones problemáticas derivadas del consumo de drogas. Se incluyen tanto el conjunto de servicios creados específicamente para atender a la población con problemas de drogas, como los servicios de las redes socio-sanitarias, que recibirán demanda de atención colaterales.

En los contextos formales, la incorporación de programa de disminución de riesgo supone el avance cualitativo generado tras el *feed-back* producido por la experiencia ordinaria y la constatación de una realidad, sobre los primeros planteamientos teóricos. Una posible reorganización de los mismos pasa por revisar planteamientos respecto a:

La relación con el demandante y su demanda.

- Reconocer que en los trastornos causados por una adicción a drogas, la recuperación se pone en marcha, muchas veces y a menudo, no tanto por mecanismos de rechazo a la sustancia, sino por estar anclado en un modo de vida insostenible.
- Los objetivos son los que se pueden acordar con el usuario. Los programas no se definen como compartimentos estancos, sino que pasan a ser opcionales según las posibilidades del momento. Ya no son posibles objetivo resolutivos como única alternativa, sino los adaptados a la realidad del paciente. Reconocer como meta el máximo estado de bienestar posible para cada paciente.
- Significa dotarse de flexibilidad y pluriformidad de respuestas, que sitúen al profesional en un lugar de referencia en un proceso de curación o grados de mejora de su calidad de vida.
- Significa plantear la implicación personal necesaria para que él o ella sepan que son los protagonistas esenciales y los artífices de sus éxitos.

Acciones

Se refiere al conjunto de posibles intervenciones ya reseñadas en el apartado anterior, que pueden darse desde un marco de política sanitaria global o bien desde iniciativas más circunscritas a proyectos determinados.

8.4 DESCRIPCIÓN DE ALGUNAS ACCIONES INTEGRADAS EN CONTEXTOS FORMALES

Programas de tratamiento con sustitutivos de las drogas ilegales

Son programas dirigidos fundamentalmente a politoxicómanos, aunque la sustancia central o de elección para el consumidor sea la heroína.

La acción esencial consiste en reemplazar sustancias adquiridas en el mercado ilegal por la prescripción de fármacos agonistas, con el objetivo de evitar las principales complicaciones que aparecen a medio y largo plazo, cuando el sujeto recurre a productos adulterados y consume en malas condiciones higiénicas.

La sustancia que ha gozado la mayor divulgación en tratamientos de sustitución o mantenimiento ha sido la metadona.

Después de veinticinco años de experiencia en su uso en EE.UU., las investigaciones muestran resultados que varían considerablemente según el tipo de programas que se aplican y su modo de realización.

Los mejores resultados están a estrecha relación con tratamientos prolongados y acompañados de ofertas más amplias que la administración del fármaco. Programas en los que la relación terapéutica y la ayuda psico-social acompañan al tratamiento sustitutivo.

La revisión de la literatura internacional muestra que la mayor parte de autores encuentran una correlación positiva entre retención de tratamiento y disminución de consumo de heroína ilegal, disminución de delincuencia y duración de tratamiento.

Otro aspecto sobre el que existan amplios estudios es el de las prescripciones. Está demostrado que las dosis bajas están asociadas a tasas elevadas de abandono y a consumo de heroína comprada en la calle.

La prescripción de dosis de metadona debe ser un acto clínico centrado en las necesidades del paciente.

H. Klee, en un estudio sobre seguimiento de pacientes en tratamientos con metadona, expone la disminución progresiva de consumo por vía intravenosa en directa relación con tratamientos prolongados de metadona.

E. Bunning valora que puede considerarse como influencia directa de estos programas el descenso del consumo por vía intravenosa. Actualmente, en Holanda, entre el 60 y 70 % de consumidores de heroína la utilizan por vía nasal o fumada.

Las experiencias en tratamiento con metadona conducen a introducir la posibilidad de tratamientos con otras sustancias como heroína, buprenorfina, LAAM, etc., en distribución oral, inyectada, etc. Son experiencias desarrolladas en algunas ciudades europeas que responden a las necesidades de grupos de población que se resisten a sustituir una sustancia por otra o a modificar las vías habituales de administración.

Aunque la acción está definida claramente, y se concreta en sustituir sustancias compradas en la calle, y sin control en su composición, por sustancias controladas en su calidad y formas de administración, las diferencias de los distintos programas están en el diseño de los mismos y en el contexto desde el cual estas acciones se realizan.

En España, la sustancia que ha gozado la mayor divulgación es la metadona, utilizada por vía oral. Su incorporación ha sido muy irregular en todo el territorio del Estado español.

En las ciudades donde se han desarrollado programas de tratamiento con sustitutos existen diferencias en el diseño de los mismos en cuanto a: duración de tratamiento, dosis prescritas, umbrales de exigencia en contextos semejantes, y diferencias en cuanto al contexto asistencial desde el que se realizan.

Describimos brevemente el modelo desarrollado en la ciudad de Ámsterdam por su capacidad de articular diferentes niveles de exigencia con acciones y objetivos progresivos.

En Holanda la metadona se utiliza desde los años setenta, y aunque se realizaron algunas experiencias con morfina, y desde esa misma época sigue abierto un debate en torno a la prescripción de heroína, no se han desarrollado programas institucionales de los mismos.

Los programas de metadona en Ámsterdam se diversifican en tres niveles de exigencia:

- **De bajo umbral.** Mediante dos autobuses que desde 1979 se acercan a los lugares de concentración de potenciales usuarios de servicio, con el único requisito de ser derivado por uno de los médicos del Servicio de Salud Municipal, con el que deberá tener un contacto mínimo cada tres meses, y entrar en un registro central de metadona. Recibirán una dosis de 40 mg, intercambiarán jeringuillas y recibirán información sobre el sida. Desde este nivel pueden ser remitidos –en el momento en que manifiesten querer dejar de inyectarse– al segundo nivel.
- **De umbral medio.** En tres clínicas les ayudan a estabilizar su consumo de drogas ilegales, mediante ayuda médica y psicosocial. La única exigencia son las analíticas de orina dos veces por semana. Y en el momento en que alcance una condición de estabilidad en su programa de mantenimiento con metadona, su médico de cabecera será el encargado de la prescripción. En Ámsterdam realizan dicha función 200 médicos generalistas.

- **De alta exigencia.** Realizado principalmente por el Jellineck Centrummm. A él acceden todas aquellas personas que manifiestan querer abandonar su hábito. Allí, mediante tratamiento ambulatorio o de internamiento se desarrollan programas cuyas finalidades y medios se corresponderían en los Programas Libres de Drogas de otros países de Europa o América del Norte.

Programas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías orgánicas asociadas al consumo de drogas

Son programas dirigidos fundamentalmente a Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP). La estrategia fundamental es captar a toda la población para poder realizar un estudio de su estado orgánico, establecer un diagnóstico y facilitar el cumplimiento y seguimiento del mismo. Los objetivos son el diagnóstico precoz, disminuir la seroconversión positiva del VHI, o de patologías altamente contagiosas, como la tuberculosis. Evitar la reinfección y la transmisión vía parenteral, sexual o vertical, de la madre al feto.

El contacto regular con los recursos asistenciales, específicos o no, se considera como la mejor vía para potenciar la autorresponsabilización y, en consecuencia, el cumplimiento de tratamientos o de medidas de prevención.

Y este contacto estable se facilita a través de los programas integrales de los recursos específicos y/o su integración en los recursos sanitarios especializados en el tratamiento de las patologías infecciosas habituales.

El desarrollo estará siempre en función de la estructura asistencial del territorio en cuestión, pudiendo desarrollarse mediante la incorporación de Programas de Patología Orgánica integrados en los mismos recursos asistenciales específicos, o bien mediante unidades móviles, como el Isidro Bus de la Comunidad de Madrid, donde no sólo se realiza anamnesis médica y estudio analítico básico e información, sino que incluye un programa de intercambio de jeringuillas.

Programas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías psiquiátricas

La patología mental subyacente tras el consumo de sustancias psicoactivas cobra mayor relevancia a partir de la instauración de programas de disminución de riesgo, al aumentar la población asistida desde los centros de tratamiento de drogas.

Frente a ello, los servicios especializados en la atención a drogodependientes han reaccionado incorporando psiquiatras a sus servicios o formándose para poder dar respuesta a la nueva demanda.

Programas de educación sanitaria. Programas de formación sobre inyección y sexo más seguro

Este tipo de acción queda unida como Programa mediante grupos de información, o se incorpora por definición al acto de la dispensación mediante la incorporación de la figura de un educador que suministra material informativo y realiza, a la vez, una función educativa. Se pueden incorporar sesiones de formación sobre inyección y sexo más seguro, así como la distribución de preservativos.

Programas de inserción socio-laboral. Programas de mediadores comunitarios

Bajo este enunciado queremos plantear la estrategia la inserción socio-laboral normalizadora. Es decir, la potenciación de utilización de los recursos normalizados de formación ocupacional, estructurados en forma de red.

Es necesario diferenciar niveles de formación prelaboral y laboral según las posibilidades de los usuarios, cuyo objetivo final sea la integración en la red ocupacional general.

Introducimos aquí la figura del mediador comunitario como figura puente entre las actividades lúdicas, culturales, etc., que se desarrollan en un territorio o barrio y la población usuaria de drogas. Tiene como objetivo dinamizar la participación de estos en todas las actividades posibles, sean personas en proceso de tratamiento o no.

Tratamientos en contextos especiales. Prisiones

Otro apartado necesariamente vinculados a la población usuaria de drogas ilegales y la disminución de riesgo es el de las comisarías y prisiones.

Como ejemplos de este tipo de acción:

Desde 1977, los médicos del Servicio de Salud Municipal de Ámsterdam, visitan la comisarías de policía locales dos veces al día para atender a los usuarios de drogas arrestados. Se les da asistencia médica, incluyendo metadona, jeringuillas e información sobre el sida.

9. EJEMPLIFICACIÓN DE INTERVENCIONES CONCRETAS

Creemos que es útil ejemplificar experiencias concretas, que plantean intervenciones orientadas a diferentes consumidores; aquellos que pueden realizar demandas de tratamientos, y aquellos que no se realizan demandas pero tienen necesidades, desarrolladas en diferentes contextos y bajo objetivo de acercamiento, intercambio de información y colaboración entre profesionales, voluntariado y consumidores activos.

Su inclusión no tiene como objetivo servir de modelos de imitación, sino que son simplemente experiencias recogidas como pretexto de las muchas modalidades que pueden adoptar las intervenciones con objetivos de disminución de riesgos.

9.1 EJEMPLIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE DISTRIBUCIÓN E INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS

Intercambio de jeringuillas

ÁMBIT PREVENCIÓ

Barcelona (Ciutat Vella)

Tipo de programa:

Intercambio de jeringuillas en la calle, realizado por agentes de salud.

Localización:

Es un distrito de una ciudad en la que confluyen características socio-económicas muy frágiles junto a la afluencia de población marginal de otros distritos. Es un escenario tradicional de consumo y venta de drogas.

Objetivos:

- Acercarse a consumidores activos que no realizan demandas.
- Introducir y mantener prácticas de disminución de riesgos.
- Facilitar el cambio individual.
- Facilitar el acceso de los consumidores de drogas por vía endovenosa a los servicios socio-sanitarios en general y a los centros de tratamiento en particular.

Justificación de programas:

En los años 1988 y 1989, la misma asociación que desarrolla este programa había llevado a cabo en el mismo territorio un programa comunitario de prevención del sida. Dentro de dicho programa se realizó:

- Una prospección de todos los recursos socio-sanitarios existentes en la zona.
- Formación de mediadores socio-sanitarios del distrito sobre la prevención del sida en diferentes colectivos: jóvenes, prostitutas, consumidores de drogas.
- Formación a prostitutas sobre medidas de prevención del sida.
- Formación de voluntariado social.

El conjunto de dichas actividades concluyeron con la necesidad de una intervención estable con objetivos de disminución de riesgos.

Descripción del programa:

Como experiencia piloto, se plantea una primera fase, de nueve meses, tras la que se incorpora dicha intervención como un proyecto a largo plazo.

En la primera fase se plantea que el equipo de agentes de salud, constituidos exclusivamente por ex – consumidores, intervendrá todos los días y específicamente durante las horas en que las farmacias permanecen cerradas en la zona, con la finalidad de distribuir jeringuillas a los consumidores por vía endovenosa.

El equipo trabajará siempre en parejas.

Se define:

- El perfil profesional del agente de salud: preferiblemente con formación como educador social y facilidad de empatía y comunicación.
- El material a emplear: jeringuillas, agua destilada, preservativos y contenedores para recoger las jeringuillas usadas.
- El tipo de intercambio a realizar va modificándose a lo largo del programa en función de criterios educativos, sanitarios y de la respuesta de los propios consumidores.

Evaluación:

Globalmente, esta acción obtiene el impacto esperado entre la población consumidora por vía endovenosa.

En diez meses se distribuyen 12.075 jeringuillas. El porcentaje de retorno de un 30-46 %. Se han realizado un total de 124 derivaciones a diferentes servicios. De dichas derivaciones se mantienen activas un 37-43 %.

Como conclusión global se valora:

La necesidad de coordinar los recursos existentes para asumir las demandas sucesivas que provoca la existencia de un programa de presencia sostenida en un territorio, especialmente las relacionadas con tratamientos sustitutivos y con el diagnóstico y seguimiento de patologías asociadas a algunas formas de consumo de drogas.

La duración en el tiempo de manera estable es esencial en este tipo de programa, puesto que requieren del acercamiento inicial hasta el establecimiento de contactos repetidos con los usuarios en la calle, para lograr los objetivos iniciales.

9.2 EJEMPLIFICACIÓN DE ALGUNOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS ORGÁNICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE HEROÍNA

Prevención del sida y de los diferentes tipos de hepatitis vírica. Prevención de sobredosis
BOULE DE NEIGE

Bruselas. Lieja

Tipo de programa:

Prevención comunitaria.

Características de la población diana:

Usuarios de drogas por vía parenteral y profesionales socio-sanitarios.

Justificación del programa:

Las necesidades de información en cuanto a la transmisión de las diferentes infecciones por el hecho de compartir material para la inyección de sustancias. El desconocimiento y las dificultades para la práctica de sexo seguro. Ante la evidencia de la difusión del virus del sida y de las hepatitis B, C y otras, añadido a las dificultades para la dispensación de jeringuillas y a la inexistencia de programas de sustitución de opiáceos, se valora la necesidad de responder al incremento importante en la demanda de información, atención y tratamiento que cubran las necesidades de toda la población afectada.

Descripción del programa:

Se ha organizado una red asistencial que atiende a 2000 usuarios, a partir de un Servicio de Salud Mental especializado en el tratamiento del alcoholismo y las toxicomanías. El programa de tratamiento de sustitución con metadona se realiza con la colaboración y participación de médicos generalistas – como prescriptores y profesionales referentes para la patología somática de los usuarios – y de farmacéuticos – como dispensadores.

Además, se ha iniciado – a otro nivel y simultáneamente - el trabajo con usuarios de drogas en activo para que se conviertan en agentes de salud en sus grupos de relación. A partir de estas diferentes vías de actuación, se trabaja desde una aproximación médico-social integrada. La característica diferencial de este programa es la de utilizar para la propagación de mensajes de prevención las mismas vías que las de transmisión del virus: la transmisión a través de iguales o pares.

La metodología utilizada se denomina “boule de neige” y el programa fue subvencionado por el Ministerio de Salud Pública y de Asuntos Sociales.

Se desarrolla a partir del contacto con usuarios de drogas, se les da información sobre el sida y las hepatitis, y se realizan talleres de formación para la prevención de estas enfermedades. Posteriormente, esta información se transmite fuera del centro y se le pide respuesta sobre los conocimientos adquiridos entre sus compañeros y amigos, utilizando las redes informales que comparten.

A los usuarios participantes se les llama “jobiestes”, firman un contrato con la organización y reciben un dinero si cumplen correctamente su misión. Ello es importante para dar un carácter de seriedad y responsabilidad al trabajo realizado.

Desde 1989 esta intervención está subvencionada en tres ciudades: en cada zona implica a diferentes organizaciones, desde centros de tratamiento que extienden su trabajo y a la comunidad a través de agentes de trabajo comunitarios, educadores de calle, etc., coordinados por un profesor de la Universidad – quien se encarga de la supervisión metodológica y la evaluación -, hasta la implicación y participación de ONG, asociaciones de usuarios, asociaciones de profesionales y empresas de servicios socio-sanitarios. La creación de esta red ha conllevado la ampliación y complementación de programas de información,

aumento de dispensación de preservativos e intercambio de jeringuillas en farmacias y en dos locales de las asociaciones que participan en el proyecto.

A partir del éxito de la primera experiencia “bouge de neige”, ésta se extendió a una zona transfronteriza, con el soporte económico de la Unión Europea. El programa se ha llevado a cabo durante tres años, de 1992 a 1994. En la actualidad se dispone de información sobre los hábitos y los conocimientos de los usuarios de drogas en estas regiones vecinas, de países diferentes con legislaciones diferentes y mentalidades diversas. Se ha podido observar, por ejemplo, que la edad de inicio del consumo –tanto de drogas “blandas” como de drogas “duras” – es aproximadamente la misma en las diferentes regiones, sea cual sea la legislación.

Resultados de la evaluación:

- El contacto con los “jobistes” es cada vez más fácil a medida que se van sucediendo las diferentes experiencias y en especial en las zonas donde ya se estaban llevando a cabo programas de trabajo en la calle con educadores y mediadores.
- El creciente entusiasmo de los “jobistes” en la realización de su misión.
- La creatividad de los “jobistes” por lo que se refiere a las sugerencias y aportaciones en el desarrollo de operaciones paralelas y de animación.
- En la mayoría de los casos los “jobistes” han realizado un trabajo de buena calidad y fiabilidad.
- En contactos ulteriores con los “jobistes” que han participado en las diferentes campañas, se ha podido constatar:
 - Que la experiencia facilita contactos posteriores con centros de tratamiento y contribuye en el primer paso hacia la desmarginalización.
 - La eficacia de estas campañas sobre la prevención del sida se ha demostrado en el mantenimiento de tasas relativamente bajas de seropositividad.

Comentarios

El efecto “bola de nieve” se ha producido tanto a nivel de usuarios – ya que cada vez se han ido ampliando las redes de distribución de la información-formación – como en la red socio-sanitaria. En el caso del programa de intercambio de jeringuillas, han participado usuarios (“jobistes”) para la implicación de los farmacéuticos en el programa, ellos han sido los encuestadores para la recogida de información inicial con los farmacéuticos y también con los usuarios.

Además, también se han ido sumando asociaciones de usuarios, asociaciones de profesionales ONG y servicios médico-sanitarios, así como la extensión en el territorio, pues se inició en una ciudad y en este momento ya se realiza en varias ciudades de los alrededores.

9.3. PROGRAMAS INFORMATIVOS DIRIGIDOS A CONSUMIDORES DE NUEVAS SUSTANCIAS

Información dirigida a consumidores de drogas de síntesis
SAFE HOUSE

Ámsterdam

Tipo de programa:

Educación e intervención.

Objetivos:

- Educar e informar a adolescentes que frecuentan los llamados: *House parties* y bares nocturnos (en nuestro país, fiestas, *after hours*).
- Analizar la naturaleza y calidad de las pastillas de éxtasis.
- Proporcionar asistencia en situaciones de crisis.
- Promocionar el concepto de “Safe House” entre organizadores de “fiestas” y autoridades locales.

Tipo de droga:

XTC. (Éxtasis, MDMA)

Características del grupo diana:

Jóvenes de 14 a 28 años que frecuentan “house parties” *raves* y a menudo usan drogas, principalmente éxtasis. Los usuarios suelen estar convencidos de que la composición de las pastillas es de MDMA (metilendioximetanfetamina) pero no se sabe que la pureza de las mismas puede oscilar entre márgenes muy amplios, del 15 al 90%.

Premisas básicas:

La idea de la campaña “Safe House” surge a partir de la realidad que tiene lugar en las “fiestas” (*house parties, raves*) donde acuden jóvenes que toman drogas con la idea de pasar un buen rato y que desconocen los riesgos, las diferencias de calidad y cantidad de las sustancias estimulantes que se venden bajo el nombre de éxtasis (MDMA) y las medidas a tomar para disminuir los riesgos de consumo.

En las “fiestas” no pueden reconocer la clase y calidad de las pastillas que compran. Las pastillas se analizan y se puede establecer su pureza y calidad.

En estas fiestas se distribuyen folletos con información acerca de los test/análisis y consejos para prevenir directa o indirectamente los riesgos del consumo de éxtasis.

Descripción del programa:

Antes de cada *house party* el personal del programa contacta con los organizadores para discutir acerca de las medidas de seguridad para prevenir efectos indeseables por el uso de éxtasis. Durante la fiesta, se sitúa un puesto de información para la distribución de folletos y otro materiales para la educación sobre el uso más seguro de drogas. Los visitantes también pueden pedir análisis de sus pastillas. El lugar está indicado con pósters que indican “Para tu propia seguridad”.

En el stand hay personal del equipo que atiende a los visitantes y observa el desarrollo de la fiesta. En caso de situaciones problemáticas pueden atenderlas y resolverlas. Los adolescentes asocian el éxtasis con la “droga del amor”, también se asocia con las campañas de sexo seguro y, por tanto, también se distribuyen preservativos e información.

Evaluación:

No se lleva a cabo una evaluación formal. La impresión de los participantes en la observación continuada es que la campaña contribuye sustancialmente a prevenir los efectos indeseables y riesgos del uso de éxtasis en las *house parties*. Hasta 1994 han participado en más de 300 *house parties*.

The Safer Dancing Campaign
LIFELINE

Manchester

Tipo de programa:

Educación – información – prevención

Objetivos:

Elaboración de material dirigido a jóvenes que asisten a los locales nocturnos. Informarles sobre el uso de éxtasis y otras sustancias, la práctica del sexo seguro y los riesgos legales por el uso, tenencia y distribución de sustancias y la prevención de accidentes de tráfico.

Tipo de drogas:

Cannabis. LSD, anfetamina, alcohol, éxtasis, nitritos.

Grupo diana:

Jóvenes que frecuentan locales nocturnos.

Justificación:

- Cooperación y relación entre las organizaciones e instituciones implicadas: incluye la Policía local, servicios de atención a drogodependientes, grupos comunitarios, medios de comunicación, empresarios de los locales nocturnos, etc.

- Disponibilidad para implementar de forma razonable los cambios de política y sus consecuencias prácticas.
- Realizar un diario de trabajo de incidentes complicados: desórdenes, violencia, uso de drogas, venta de drogas, otros delitos, enfermedades y otros incidentes relevantes.

Desarrollo del programa:

- Trabajar con los servicios de seguridad y policía.
- Trabajar con los servicios de atención a los usuarios de drogas.
- Trabajar con los trabajadores de la calle.
- Trabajar con los empresarios de los locales nocturnos y los empleados para mejorar las condiciones de los locales.
- Elaborar información con los usuarios tanto para la prevención como para la información de los problemas relativos al uso de sustancias.

Evaluación:

A través del seguimiento sobre el cumplimiento de las diferencias medidas utilizadas y el *feed back* del impacto de la información.

9.4 INFORMACIÓN A CONSUMIDORES DE CANNABIS

Le Cannabis parlons-en.
E.P.I.C.

Ginebra

Tipo de programa:

Prevención e intervención comunitaria.

Objetivos:

- Reducción/minimización del fenómeno de exclusión social del consumidor de drogas.
- Moderación del consumo de cannabis entre grupos de consumidores.
- Cambiar la percepción social de la figura del consumidor.
- Prevención.
- Facilitar la comunicación entre diversos actores sociales.

Tipo de droga:

Cannabis.

Características del grupo diana:

Medio comunitario, totalidad de los actores sociales que configuran el tejido social.

Descripción del programa:

Se llevan a cabo iniciativas puntuales para solucionar problemas concretos. El programa al que nos referimos responde a una situación de preocupación por el consumo de cannabis entre la población juvenil. Para ello se realizan debates a nivel comunitario y se elabora un folleto informativo sobre el consumo menos arriesgado de cannabis, que se distribuye entre la población consumidora y la población general. Estos programas tienen soporte económico institucional.

Evaluación:

A través del impacto a nivel general por el eco en los medios de comunicaciones y la percepción de los profesionales (dos educadores) por los contratos institucionales y con la población que participa directamente en el programa.

Trips. Hshish. Marihuana
JELLINECK CENTER – COFFEE SHOPS

Amsterdam

Tipo de programa:

Información, disminución de riesgos del consumo.

Objetivos:

Informar a los clientes de los “coffee shops” en Amsterdam, para que puedan disminuir riesgos en el consumo de hashish o marihuana.

- Evitar el tráfico de hashish fuera de los espacios destinados a la venta de dicha sustancia.
-

Tipo de drogas:

Marihuana.

Características del grupo diana:

Clientes de los “coffee shops” (bares en lo que está tolerada la venta de hashish y marihuana), especialmente a los extranjeros y jóvenes que acuden por primera vez.

Descripción del programa:

Elaboración de un folleto explicativo con la participación de los centros de tratamiento, servicios de atención y prevención de los drogodependientes y empresarios de los “coffee shops”, tanto en la elaboración como en la distribución y su seguimiento.

Los contenidos informativos acerca de las características de la sustancia, forma de uso, efectos y situaciones de riesgos son claros y concretos. Recomiendan no comprar en la calle y no circular con marihuana fuera de los “coffee shops”.

Los folletos se están editando en varias lenguas, ya que después de la experiencia de los últimos años en que sólo se hacía en inglés y holandés, los propietarios de los “coffee shops” consideraron necesario hacerlos en francés, alemán, italiano y español, ya que existe un número importante de usuarios que acuden por primera vez y son de origen extranjero.

9.5 CENTROS DE ACERCAMIENTO Y CUIDADOS MÍNIMOS

Programas dirigidos a usuarios de heroína, cocaína, benzodiacepinas, etc., que utilizan preferentemente la vía endovenosa, con importantes carencias psicosociales.
--

SAPS

Barcelona

Este servicio funciona desde abril de 1993.

Su objetivo es entrar en contacto con usuarios de drogas que no siguen tratamiento y/o están en situación de marginalidad y que no suelen mantener una relación estable con un centro de tratamiento, con la finalidad de ofrecerles un servicio de ayuda social y sanitaria de base, adaptado a su estilo de vida. La dependencia de las drogas y el consumo de las mismas es aceptado como un hecho que no impide la asistencia, en busca de mejoras en su situación sanitaria, social y legal.

Para ello se lleva a cabo un programa de disminución de riesgos (intercambio de jeringuillas, preservativos a disposición, información y educación sanitaria, higiene..), un servicio de asesoramiento jurídico (2 hs. semanales) y una consulta médica (8 hs. semanales). Estos servicios son gratuitos.

También se pretende facilitar el acceso a programas específicos de tratamiento de la drogodependencia y a otros servicios sanitarios y sociales de la ciudad.

Para todo ello se cuenta con unas instalaciones en las que hay tres zonas:

- Zona de estancia: área de cocina, área de mesas y área de salón descanso.
- Zona de higiene: duchas, lavadora-secadora y ropa limpia usada.
- Zona de equipo: despacho con material apropiado para el funcionamiento del equipo y una sala-botiquín con camilla, zona de curas, zona para el intercambio de jeringuillas y zona para entrevistas individuales.

El equipo está formado por 8 personas que realizan turnos para cubrir el horario del centro, de 22 horas a 6 horas, todas las noches.

El equipo está formado por DUE, educadores, asistente social, médico internista, abogado y un médico coordinador. El médico coordinador es quien lleva a cabo, durante el día,

el trabajo de contacto con los servicios sanitarios y sociales para las derivaciones y los trabajos de gestión y administración.

Además, se plantea la posibilidad de que algunos usuarios que tengan una relación más estable con el centro puedan realizar colaboraciones en el servicio de forma remunerada.

Desde el primer momento, la relación que establecen los usuarios con el personal es totalmente informal, hasta que se vaya generando confianza y dé lugar a demandas concretas.

SEP-IN

París

Es un recurso que atiende a población toxicómana y marginal que no accede directamente a los servicios de atención a las drogodependencias. Es un recurso tipo albergue que está abierto a partir de las 20 horas del día y que dispone de dos zonas.

- Zona de acogida y descanso: donde se puede acudir para realizar intercambio de jeringuillas o descansar un rato. Zona de aseos donde poder ducharse, lavar la ropa, etc.
- Zona de albergue con camas y taquillas en habitaciones comunitarias para poder descansar y dejar las pertenencias.

Si el contacto se estabiliza, acuden a un centro asistencial y reciben atención sanitaria y tratamiento con sustitutivos si lo demandan.

El personal que realiza la acogida está formado por educadores, trabajadores sociales y voluntariado. En el centro se encuentra un médico, un psicólogo, una trabajadora social y una administrativa.

9.6. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVOS DE SUSTANCIAS COMPRADAS EN LA CALLE

Centre d'Assistència i Seguiment de les Drogodependències

CAS. HOSPITAL DE SANT JOAN Reus (Tarragona)

Tipo de programa:

Del programa de mantenimiento con metadona al programa de tratamiento con metadona.

Localización:

Se realiza desde un servicio de drogodependencias ubicado en un hospital universitario con dependencia administrativa municipal.

El servicio debe dar cobertura a una población general de 100.000 habitantes.

Este servicio realiza asistencia ambulatoria desde 1982. Este nuevo programa se inicio en julio de 1990.

Objetivos:

Iniciales:

- Reducir la transmisión de patologías orgánicas por vía parenteral y sexual.
- Reducir las patologías orgánicas.
- Posibilitar el seguimiento de embarazadas usuarias de drogas opiáceas.
- Evitar la vía endovenosa.
- Evitar el consumo de drogas en general.

Actuales:

- Aumentar la prevención y el control sanitario de las enfermedades de transmisión por vía endovenosa o sexual.
- Disminuir el uso de drogas por vía endovenosa.
- Disminuir la mortalidad por sobredosis.
- Aumentar la retención.

- Disminuir la delincuencia asociada al consumo de drogas.
- Cambiar patrones de relación social entre toxicómanos.
- Acceder a grupos de población toxicómana más marginales.
- Facilitar la normalización social y laboral.
- Posibilitar el seguimiento en gestantes.

Características de la población diana:

Toda la población usuaria de sustancias opiáceas del territorio de cobertura del servicio.

Justificación del programa:

La aparición del sida y la experiencia acumulada en tratamiento de las drogodependencias generó la necesidad de ampliar la oferta asistencial. Se pensó en crear un equipo que cubriera las necesidades físicas, tanto de la patología asociada, estableciendo una relación estrecha con el servicio de enfermedades infecciosas adscrito al mismo hospital, como el de la propia adicción y de las necesidades psicológicas y sociales, ofreciendo un soporte psicoterapéutico ambulatorio.

Descripción del programa:

La ubicación del servicio del drogodependencias en un hospital general contribuye a la buena aceptación del programa por parte de la dirección del hospital y de los servicios directamente relacionados como farmacia y laboratorio. El único escollo residió en donde se realizaría la dispensación, optándose por el servicio de urgencias, por su accesibilidad y la capacidad de adaptación de los profesionales del mismo. Con el tiempo acabó trasladándose a las dependencias del propio servicio de drogodependencias debido al incremento del número de usuarios.

Se aumentó el número de profesionales del equipo con un médico y un psicólogo. Estos profesionales realizan otras funciones asistenciales, además de las directamente relacionadas con el programa de metadona, ya que atienden a toxicómanos en programas libres de drogas, a personas con problemas de alcoholismo, tabaquismo y otras drogodependencias, así como usuarios del servicio hospitalizados, interconsulta en planta y programas de reinserción social.

La incorporación de PTM se ha llevado a cabo como un elemento más en la diversidad de los procesos terapéuticos que se instrumentan, con arreglo a la diversidad de demandas, tanto en función del individuo, como de la sustancia o sustancias consumidas, del momento que estos se producen y del entorno en que tienen lugar.

El programa queda dividido en dos subprogramas de alta y baja exigencia. Se crea un horario especial para los usuarios de metadona en “baja exigencia” que no consiguen o no desean dejar de consumir totalmente; no se recogen muestras de orina y siguen tomando metadona diariamente en el servicio, lo que los diferencia de los que están en “alta exigencia”, a los que se les recoge orina dos veces a la semana y, si los resultados de metabolitos de drogas en orina son negativos, se les permite que puedan llevarse la metadona para varios días a su domicilio.

Desde 1994 la “baja exigencia” se considera como forma de entrada en el PTM, ya que se ofrece la posibilidad de recoger orina como un derecho que el paciente tiene, y no como una obligación.

Evaluación:

Más allá de la consecución de los objetivos actuales de los PTM, la implantación de estos programas ha abierto un abanico de nuevas posibilidades (de la evolución conceptual desde el “Mantenimiento” al “Tratamiento”, término más general que engloba el de mantenimiento) y estímulo de la capacidad del profesional para reflexionar y abrirse a nuevos abordajes en torno a este tema.

Estos nuevos planteamientos no impiden, en cualquier caso, la evolución hacia Programas Libres de Drogas y mejora la situación de aquellos que no quieren o no pueden adaptarse a este tipo de programas en aquel momento.

La respuesta de estos destinatarios se ha reflejado en el aumento de demandas de tratamiento. Por otra parte, la permanencia en el programa de manera estable ha aumentado, siendo la media, en la actualidad, de 6,5 meses.

La evolución del número de altas en el programa ha sido progresiva

- año 1990.....46
- año 1991.....84
- año 1992.....117
- año 1993.....153
- año 1994.....144

En 1994 también se ha pasado un cuestionario a una muestra de usuarios que refleja la buena acogida al programa.

Unidad Móvil de Dispensación de Metadona

UMD

Barcelona

Tipo de programa:

Autobús móvil.

Localización:

Este programa se desarrolla en una gran ciudad, de 1.500.000 de habitantes. Se integran en una red específica de atención a las drogodependencias, cuya dependencia funcional es municipal, si bien la mayor parte de los recursos que la conforman son gestionados por entidades privadas.

Objetivos:

Generales:

- Ofrecer un nuevo instrumento de tratamiento.
- Disminuir las conductas y actividades de riesgos, relacionados con el consumo de sustancias ilegales, con la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas a través del consumo endovenoso, o con las actividades delictivas asociadas.

Específicos:

- Facilitar la dispensación diaria de agonistas opiáceos a aquellas personas adictas a la heroína a las cuales se les haya prescrito tratamiento con metadona en los centros de atención específicos municipales, y que cumplan algunos de los criterios siguientes: mayor proximidad al lugar de residencia o laboral, y derivación del Centro por distintas razones:
- No disponer de plazas.
- Valoración del equipo terapéutico del centro.
- Establecer una relación con el usuario de la UMD que permita la intervención educativa para el cambio de conductas de riesgo, y de refuerzo de su seguimiento terapéutico.
- Acordar unas mínimas normas de convivencia que impliquen el compromiso formal de acceder a este recurso.
- Administrar los fármacos prescritos para el tratamiento de las patologías orgánicas asociadas, colaborando a aumentar su calidad de vida.
- Establecer un sistema de coordinación y seguimiento individualizado con los diferentes centros derivantes.

Características de la población diana:

Adictos a opiáceos que precisen de un recurso alternativo, al presentar dificultades por desestructuración social o personal en los programas de dispensación del centro específico derivante.

O bien personas que estando PTM en el centro, precisen de una mayor amplitud horaria, o mayor proximidad a su domicilio o a su lugar de trabajo.

Justificación del programa:

- La necesidad de creación de este servicio surge para:
- Diversificar y ampliar la oferta asistencial en relación con los programas con sustitutos opiáceos.
- Para dar cobertura a la población adicta infectada por VHI, favoreciendo su contacto con los recursos sanitarios y así disminuir sus prácticas de riesgo.

9.7 EJEMPLIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE DISTRIBUCIÓN E INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN FARMACIAS**“SURT DEL ROTILLO”****Garrat – Penedés****Tipo de programa:**

Programa de intercambio de jeringuillas en oficinas de farmacia diseñado desde un centro de tratamiento de drogodependencias.

Localización:

El programa se diseña a partir de una iniciativa del centro de tratamiento. La dependencia administrativa de dicho servicio es intermunicipal. Cubre un amplio territorio, con una población aproximada de unos 150.000 habitantes. Dicha población está muy dispersa en pequeños municipios.

Objetivos:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad de los UDVP.
- Mejorar su calidad de vida.
- Evitar el deterioro de su estado físico.
- Cambiar algunos hábitos de consumo.
- Favorecer el uso de una jeringuilla nueva para cada venopunción.
- Favorecer la utilización de preservativos en sus relaciones sexuales.
- Transmitir mensajes de educación sanitaria.
- Informar de la existencia del servicio de atención a las drogodependencias a toda la población UDVP que no hubiera contactado con el centro.

Justificación del programa:

La iniciativa surge a partir de:

- La percepción de alto índice de seroconversión.
- Las recaídas reiteradas en los largos procesos de tratamiento de los programas libres de drogas y los peligros de infección que comparten.
- La dificultad de elaborar, para el paciente y su familia, la aceptación y cuidados correspondientes ante la evidencia de que se es VHI positivo.

Descripción del programa:

El programa empieza a articularse a partir de la implantación de un farmacéutico altamente motivado en uno de los municipios.

Paralelamente surgen respuestas vecinales airadas frente a la concentración de UDVP en determinadas plazas y la presencia de jeringuillas usadas en las mismas. Estas quejas motivan el interés de la Administración para hallar alguna solución.

Ambos factores son aprovechados por el equipo de atención a las drogodependencias para estimular la creación de una comisión de trabajo constituida por: tres farmacéuticos, profesionales del servicio y profesionales de servicios sociales.

A partir de una metodología de trabajo participativa dicha comisión elabora el proyecto y las estrategias pertinentes.

En el proyecto se diferencian dos apartados:

- El programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).
- El programa de intervención comunitaria, en el que desarrollará una campaña de prevención sobre el consumo de psicofármacos.

Las estrategias de ambos proyectos pretenden utilizar las oficinas de farmacia como un espacio al que accede toda la población, y resulta un excelente difusor de mensajes preventivos. Y a los farmacéuticos como agentes de salud, que pueden desarrollar acciones de educación sanitaria.

Evaluación:

Después de un año de trabajo de elaboración y de implicación, en abril de 1991 se realiza la presentación pública del proyecto global para todo el territorio. Con la total participación de las oficinas de farmacia existentes en los tres municipios. La composición del *kit* (jeringuilla estéril, preservativo y mensaje de educación sanitaria que se cambia cada dos meses) se ofrece por cada jeringuilla usada que depositan directamente en los contenedores especiales ubicados en cada farmacia. En seguida se genera un retorno que oscila entre el 10 y el 80%.

A los dos meses de iniciado el programa tuvieron que duplicarse las provisiones de *kits*, ya que se superaron las previsiones hechas de acuerdo a la estimación de ventas de los propios farmacéuticos.

No se produjo ningún tipo de incidente, sino al contrario, ya que la relación que se estableció con los profesionales de las oficinas de farmacia y las continuas demandas formuladas por los UDVP de información motivaron la creación de cursos de formación en torno a los cuidados del sida en el centro de tratamiento.

10. REPERCUSIONES Y CONSECUENCIAS DE LAS POLÍTICAS DE DISMINUCIÓN DE RIESGOS

En términos globales, las intervenciones orientadas en la disminución de riesgos necesitan de apoyo institucional para favorecer su extensión, para que puedan llegar al mayor número de consumidores de drogas y para que tanto estos como la sociedad se pueden beneficiar de sus resultados.

Si fuera así, dichas intervenciones quedarían integradas en la práctica del conjunto de servicios sanitarios y sociales dentro de un continuo de intervenciones de menor a mayor alcance, sin distinciones entre modalidades preventivas y/o de tratamiento.

A su vez, a nivel local, entre las intervenciones de disminución de riesgos y los servicios de salud deben existir relaciones de proximidad, de conocimiento y colaboración mutua. Las actividades de acercamiento tienen, en parte, una función de completar los servicios existentes, tanto animando a las personas que puedan ser susceptibles de beneficiarse de sus programas hacer uso de los mismos, como haciendo propuestas para transformar dichos servicios en a organizaciones mucho más accesibles, a la vez que en equipos de profesionales mejor informados de las realidades menos visibles de su entorno.

Aunque los proyectos que se desarrollen desde los servicios socio-sanitarios y las acciones llevadas directamente desde la calle apliquen metodologías y estrategias diferentes., los objetivos globales son comunes y se dirigen muchas veces a los mismos grupos de población.

La creación de redes fluidas de información y comunicación entre los diferentes niveles de intervención y entre los diferentes actores que comparten intereses alrededor del uso y consumo de sustancias y en sus repercusiones, desde el consumidor al epidemiólogo, permiten beneficiarse mutuamente de conocimientos y saberes útiles para todos, basados en la capacitación y eficacia en la gestión de la salud individual y colectiva.

Incorporar información hace posible introducir cambios más complejos, tanto a nivel de pensamiento como de acción. Y, para ello, es importante estar cerca, o acercarse a todos los grupos sociales que tienen partes del conocimiento que les proporciona el contexto en el que interactúan. Desde el médico al policía, desde un vecino a un líder de la comunidad, desde el usuario de drogas al vendedor de las mismas.

El conocimiento y la cercanía proporcionan instrumentos de colaboración, permiten ejercer adaptaciones creativas a las dificultades que se plantean en diferentes momentos y facilita la transformación armónica entre recursos y necesidades, y, en definitiva, aumenta la efectividad.

Desarrollar efectividad significa valorar en su justa medida el largo trecho recorrido en todos estos años. Conocer formas de consumo menos peligrosas, reconocer riesgos, prevenir accidentes, evitar, en la medida de lo posible, la transgresión y facilitar la visibilidad de lo oculto, etc., permite una progresiva transformación desde lo peligroso y prohibido hacia la capacitación de recursos y la gestión de habilidades personales.

Esta es una tarea que sólo se puede desarrollar en toda su amplitud desde los contextos de decisión de políticas socio-sanitarias. Necesitamos, desde los centros de decisión generales – como son el PNSD, los Planes Autonómicos sobre drogas y los Planes de Prevención y Tratamiento Municipal, una decidida reconsideración en sus presupuestos y objetivos. Ante todo, es esencial la divulgación entre el conjunto de la población general de las estrategia orientadas a la disminución de riesgos en el desarrollo de sus objetivos de minimizar los daños para el propio consumidor, porque como consecuencia directa reducen también los efectos negativos para el colectivo social.

Y ahí deben contabilizarse tanto los daños referidos a la salud y a la convivencia social., desde las opciones conseguidas desde el desarrollo de un mínimo Estado del Bienestar que asegura atenciones básicas socio-sanitarias a todos sus integrantes, como los costos económicos que aumentan a medida que lo hacen los estados de cronicidad y de indefensión de las personas. Sin olvidar que las medidas represivas son medidas de elevado costo social y económico.

Las propuestas pragmáticas deben ser auspiciadas por los responsables políticos, desarrolladas desde los distintos departamentos profesionales y grupos de consumidores, para que sean comprendidas y aceptadas por la población general.

La experiencia holandesa es un ejemplo, en ese sentido, del desarrollo de propuestas pragmáticas auspiciadas por los responsables políticos, desarrolladas desde los distintos departamentos profesionales y comprendidas y aceptadas por la población general.

Otro aspecto decisivo, ya comentado antes, se refiere que el **conjunto de intervenciones orientadas a la disminución de riesgos cobra su auténtica efectividad cuando su desarrollo se generaliza y extiende de manera homogénea en todo un territorio concreto.**

Para ello es necesaria la transformación de los servicios específicos e inespecíficos que atienden demandas referidas a tratamiento de drogas para que puedan integrar en su quehacer cotidiano actividades de disminución de riesgos. Esta readaptación requiere, probablemente, una diversificación de servicios, articulada a diferentes niveles que responden a intervenciones de menor a mayor exigencia, y que, a la vez, puedan responder a consumidores de muy distintas características y formas de consumo.

En dicha articulación de servicios – que actúan a distintos niveles – se amplía el marco de referencia. Ya no podemos referirnos únicamente a los servicios formados por profesionales que atienden sólo las demandas relativas a problemas asociados al consumo de drogas. Necesariamente ahí deben estar, además, los profesionales de los centros especializados, los médicos generalistas, los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los farmacéuticos. Y la incorporación de los propios consumidores como participantes directos en el hacer y el quehacer de la gestión y la acción de muchas posibles intervenciones.

A mayor diversificación de opciones, a mayor participación de diferentes colectivos, mayor necesidad de una organización integrada con funciones y objetivos, sencillos y concretos.

El posible desarrollo de acciones globalmente integradas a la disminución de riesgos plantea también una difícil separación de los límites entre acciones preventivas y acciones de tratamiento.

Las actividades esenciales en el ámbito de la intervención sobre los consumos de diferentes drogas se dirigirán a la **reducción de la demanda**, a través de una intensificación de la prevención que activa su marco de actuación, desarrollando un conjunto de acciones de información, educación y consejo dentro del arco global que incluye desde la absoluta abstinencia de cualquier consumo de drogas, hasta los consumidores de todas las sustancias posibles y en todas las formas de consumo existentes.

Reducción de la demanda que define sus acciones en función de los contextos de intervención y del ámbito de competencias profesionales de sus protagonistas.

En el ámbito de la prevención, no bastará la información y educación reglada desde contextos normalizados. Estar cerca de las situaciones de experimentación, facilita que los primeros consumos no se mantengan en el silencio y en la transgresión. Introducir transparencia en el mismo, ayudar a desmitificar el consumo, conociendo que sustancia y que dosis se consume, junto con las medidas ante el riesgo que hay que prever en caso de accidente, etc., serán acciones a considerar como modalidades de prevención.

Dentro de las redes de carácter asistencial, el desarrollo de programas de disminución de riesgos irá dirigido a facilitar modalidades de tratamiento posibles y adaptadas a las necesidades de sus clientes. Para ello deben disponer de un amplio abanico de posibilidades de intervención, desde programas de tratamiento con las mismas sustancias que se ofrecen en la calle hasta los programas de abstinencia.

En las redes de atención de carácter socio-sanitario, el despliegue de las modalidades de trabajo comunitario, que permite contactar para entrar en relación, paliar situaciones graves de riesgo social y disminuir los peligros de la criminalización y el desarraigo social.

Por último, desde el ámbito de la planificación de políticas globales sobre drogas es necesario transformar las construcciones culturales respecto a los usos y abusos de las diferentes sustancias, el desarrollo de información y participación ciudadana para modificar representaciones sociales sobre las mismas, movimientos de presión para modificar leyes penalizadoras que no cumplen los objetivos propuestos, y la promoción dentro de los ámbitos científicos de programas de evaluación de las diferentes acciones que se realizan y la consiguiente cuantificación de los costos económicos y sociales que representa cada una de las acciones que se emprenden.

Cuando se han incorporado acciones adaptadas a las necesidades explícitas o implícitas de los consumidores, éstos han introducido cambios en su formas de consumo. Estos cambios de conducta observados hasta la fecha, han tenido efectos de reducción de riesgos o disminución del daño. Dichas acciones se han desarrollado, generalmente, en situaciones en las que ya existía con anterioridad un daño importante en la población consumidora como resultado del modo como se han comprendido los usos y abusos de drogas.

Podríamos imaginar que idénticas acciones, incorporadas a programas intensivos de prevención, con una orientación de los esfuerzos hacia una escala más amplia aumentaría en gran medida la reducción de riesgos, de manera que quizá en un futuro el conjunto de las acciones aquí reseñadas, y otras acciones posibles a crear y desarrollar, podrían conseguir la casi eliminación de los riesgos. De ser así, algo muy importante cambiaría en relación con las sustancias, las personas que las consumen y a la convivencia entre personas y grupos con usos y consumos de distintas clases y naturalezas.

11. BIBLIOGRAFÍA

- O'HARE, P.A. NEWCOMBE. R.y col.: *la reducción de los daños relacionados con las drogas*, Barcelona, Grup IGIA, 1995.
- MINO, A., ARSEVER. S.: *les mensonges qui tuent les drogués*, Ed. Calmann-Levy, 1996.
- GUFFENS, J.M.y col.: *Toxicomanie. Hapatitis. Sida*. Actas del I Colloque Europeen celebrado en Saint Tropez en 1993, col. Les Empecheurs de Penser en rond. 1994.
- STENGERS, I., RALET, O.: *Drogues. Le defi Hollandais*, col. Les Empecheurs de Penser en rond. 1991.
- MINO. A.: *Análisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de la heroína o morfina*. Barcelona, CITRAN. 1994.
- FONDATION PHENIX. DEGLON: *Methadone: Resultats*, Editions Medecine & Hygiene, Ginebra, 1996.
- PARRINO, W.: *Tratamiento con metadona*. Manual americano, ed. Medicine et Hygiene, trad, al castellano: Group Igia. 1997.
- STRANG, j.: *Drug use and harm reduction: responding to the challenge*, Londres, Whurr Publishers. 1993.
- STIMSON, G.V.: "Minimizing harm from drug use" Incluido en: STRANG, J.- GOSSOP, M.: *Heroin addiction and drug policy*, Oxford, Oxford Universty Press, 1994.

Documentos, informes, artículos

- BARRIO, G., DE LA FUENTE, L., COLOMO, C. y col.: *Infección por HIV y conductas de riesgo entre los consumidores de drogas captados por un programa de intercambio de jeringuillas*. Médicos del Mundo. II Congreso Nacional sobre el sida, Bilbao, 1993.
- BAUDOUR, J.: "Pour l'Europe, heroine ou methadone?", *Rev. Psychotropes*.1989.
- BUNING, E.: "Programas con sustitutivos y reducción de riesgos. La experiencia holandesa". *Jano*, 1994, n° 1072.
- De ANDRÉS, M.: "Reducción de riesgos", *Jano*, Monográfico "Drogodependencia diez años después del sida", n° 1140, oct. 1995.
- Del RIO, M.: *Programas de mantenimiento con heroína, I Conferencia Nacional sobre el sida*, Madrid, Ministerio de Sanidad y de Justicia e Interior, 1994.
- Des JARLAIS, D.C., FRIEDMAN, S. et al.: "The sharing of drug injection equipament and the AIDS epidemic in New York city: The first decade".
- "Necdle sharing among intravenous drug abusers: National and International perspectives". Research Monograph, series 80, NIDA, 1989.
- Des JARLAIS, D.C.: "The first and second decades of AIDS among injecting drugs users". *British Journal of Addiction*, 1992.
- MINO. A.: "Evolution de la politique de soins en matiere de toxicomanie: la reduction de risques", septiembre 1992.
- STIMSON, G.V., DONOGHOE, M. y col.: "HIV transmission risk behaviors of clients attending syringe exchange schemes in England and England", *Br, J. Addict*, 1988.
- RHODES, T.: "Aproche des usages de drogues: principes et praticques". Conseil del'Europe Strasboun. Conseil de l'Europe, 1996.
- TRAUTMANN, F., BARENDREGT, C.: "Le Projet européen de soutien per les pairs". Ultrech. NIDA, marzo, 1996.

12. DIRECCIONES DE ALGUNOS DE LOS CENTROS CITADOS EN LAS EXPERIENCIAS

Relación de los servicios asociados y entidades que hemos utilizado como referencia para desarrollar las descripciones de diferentes tipos de programas e intervenciones.

Holanda

MAINLINE Foundation
P.O. Box 58303
1040 HH Amsterdam
Tel.: (020) 68 22 660
DIMS (Drug Information Monitoring System)
Entrepotdok 32.A
1018 AD Amsterdam

Bélgica

ALFA
Rue Saint Denis 4
4000 Liège
Antenes LAMA
Rue Americaine 211
1050 Bruselas
MODUS VIVENDI
Rue de Haeme 51
1040 Bruselas
MIDRASH
Pl. Marichar 54
1060 Bruselas

Reino Unido

HIT
A. Bennet
8. Mathew St.
Liverpool
LIFE-LINE
Ian Wardle
101.103. Oldham St.

Francia

ASUD (National Limitez la casse
Ass. Interassociatif)
23 rue de Chateau Landon
75010 París
Tel.: 01 53 26 26 53
SLEEP IN
París
Tel.: 01 42 09 55 99