



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Clua García, Rafael

Salas de consumo higiénico en España (2000-2013)

Salud Colectiva, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 261-282

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140041009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Salas de consumo higiénico en España (2000-2013)

### Drug consumption rooms in Spain (2000-2013)

**Clua García, Rafael<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Antropólogo, Enfermero. Doctorando en Antropología Social y Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona, España. Enfermero, Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, Centro Penitenciario Brians 1, Sant Esteve Sesrovires, Barcelona, España. Docente de Enfermería, Escola Universitària de Ciències de la Salut de Manresa, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España. cluag@msn.com

**RESUMEN** El objetivo de esta revisión es presentar una nueva interpretación de los resultados de la bibliografía sobre las salas de consumo higiénico (SCH) de España publicados en el periodo 2000-2013. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Índice Médico Español (IME), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y SIIS Centro de Documentación y Estudios, en otras fuentes secundarias y solicitando información a los profesionales de las SCH. Se seleccionaron 21 artículos o informes de investigación, 17 presentaciones o comunicaciones en jornadas y/o congresos especializados, 5 reportajes y 2 memorias de actividad, para la realización de una metasíntesis desglosada en diferentes temáticas. La apertura de las SCH es una estrategia de salud pública con efectos positivos para los consumidores de drogas y todo el conjunto de la sociedad, pero esta revisión constata que son necesarias mejoras técnicas, estratégicas y de funcionalidad para aumentar su efectividad.

**PALABRAS CLAVES** Drogodependencia; Cocaína; Heroína; Reducción del Daño; España.

**ABSTRACT** The aim of this review is to provide a new interpretation of the results found in the scientific literature on drug consumption rooms (DCR) in Spain published from 2000-2013. A search was carried out using several data bases – PubMed, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Índice Médico Español (IME), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and SIIS Centro de Documentación y Estudios – as well as other secondary sources and information solicited from professionals of DCR. A total of 21 articles or research reports, 17 presentations or speeches in specialized conferences, 5 journalistic reports and 2 institutional records were included in a meta-synthesis divided into different thematic areas. The opening of DCR is a public health strategy with positive effects for drug consumers and society as a whole, but this review demonstrates that technical, strategic and functional improvements are necessary to increase their effectiveness.

**KEY WORDS** Drug Dependence; Cocaine; Heroin; Harm Reduction; Spain.

## INTRODUCCIÓN

En la década de 1990 se pusieron en marcha las políticas de reducción de daños en España para hacer frente a los altos índices de muertes por sobredosis e infecciones por VIH y hepatitis relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral (1,2). Las diferentes estrategias (programas de metadona, programas de intercambio de jeringas, etc.) demostraban su eficacia (3,4) pero continuaban existiendo escenas abiertas en las que se realizaban prácticas de consumo por vía parenteral con graves consecuencias para la salud. Por ello, se planteó la posibilidad de implementar salas de consumo higiénico (SCH) tomando como ejemplo las experiencias europeas (3,5). Desde las SCH se garantiza un espacio y el material para el consumo higiénico, la supervisión de un profesional en caso de sobredosis u otras complicaciones, además de ser un lugar de acercamiento para los usuarios alejados de los servicios sociosanitarios (3,5-8).

En mayo de 2000 se implementó el Dispositivo asistencial de venopunción en el barrio de Las Barranquillas de Madrid (8,9). Desde entonces hasta el primer trimestre de 2012, han existido diez SCH en cinco ciudades diferentes de las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña y País Vasco (Cuadro 1) (a).

De manera anecdótica, entre el verano y el otoño de 2007, se llevó a cabo en tres ocasiones la experiencia de una SCH para el uso de sustancias por vía oral, nasal y pulmonar en espacios de ocio de la Comunidad de Madrid. El dispositivo se utilizó ampliamente sin problemas, y los servicios de información, asesoramiento y análisis de drogas que ofrecía fueron valorados positivamente por sus usuarios. No obstante, el proyecto no pasó de la fase experimental por falta de medios y apoyo de las instituciones responsables (25,26).

En octubre de 2007, se creó la *International Network of Drug Consumption Rooms* (INDCR) (27) para promover grupos de trabajo y canales de comunicación para apoyar el desarrollo de las SCH (28). Se han realizado dos reuniones científicas en la ciudad de Bilbao, en 2007 y 2010 (27).

Esta es la resumida historia de las SCH del Estado español de la que disponemos de escasos e incompletos datos publicados en la bibliografía nacional e internacional. El objetivo del presente

trabajo es sintetizar la información obtenida a través de los diferentes métodos de búsqueda para incrementar la información, así como dar una nueva interpretación de los resultados publicados hasta el momento. Las preguntas de investigación que pretende responder son:

- ¿Cuál es el perfil de los usuarios de las SCH españolas?
- ¿Qué tipo de programas e intervenciones se desarrollan desde las SCH españolas para mejorar la calidad de vida de sus usuarios?
- ¿Qué beneficios aporta la apertura de estos dispositivos? ¿Qué se puede mejorar para aumentar su efectividad?

Además, se aportan coordenadas para potenciar la investigación y las publicaciones sobre este fenómeno.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo el proceso de investigación y antes de iniciar la búsqueda de referencias bibliográficas a través de las bases de datos y otros medios, se elaboró un protocolo de revisión con los diferentes pasos a seguir para la obtención de la información (Figura 1). La inclusión de referencias bibliográficas se realizó siguiendo determinados criterios de elegibilidad y una vez realizada la selección, fueron analizadas a partir de la metodología escogida.

### Fuentes de información y estrategia de búsqueda

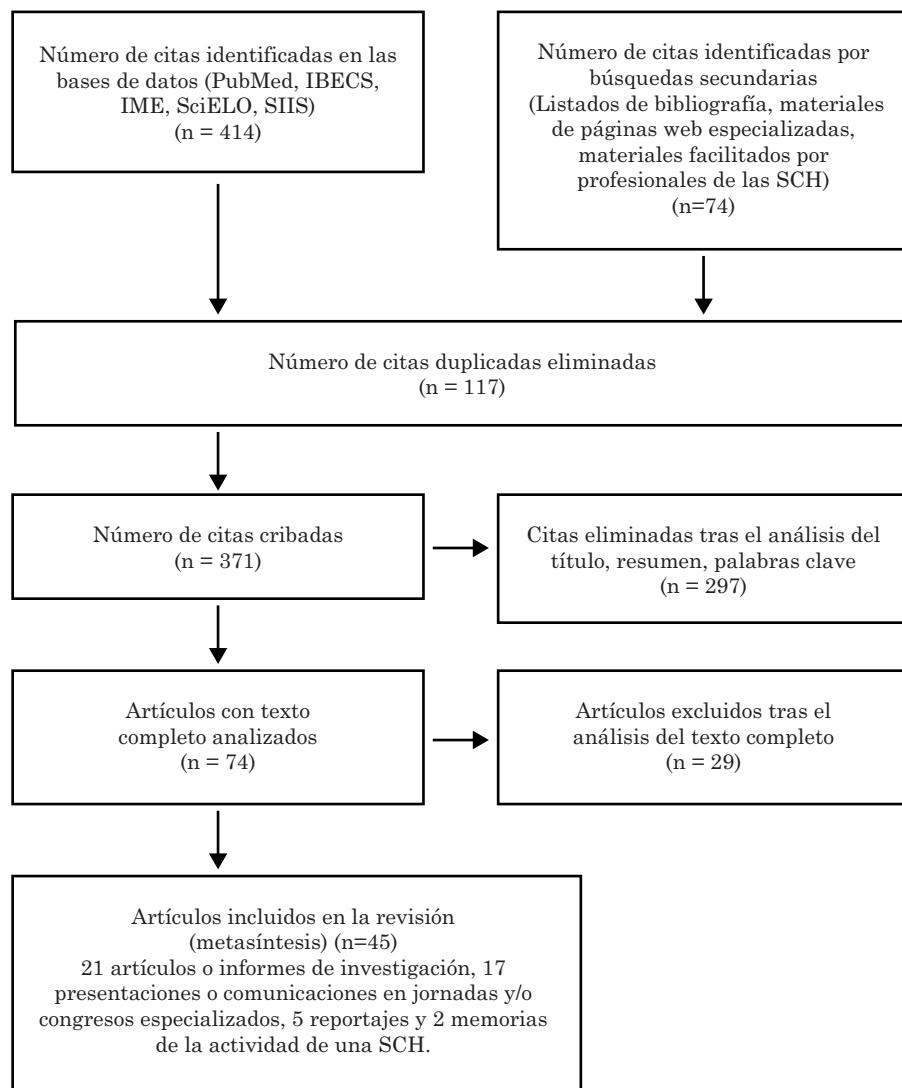
Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos bibliográfica PubMed entre abril y noviembre de 2013, del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de noviembre de 2013, utilizando los términos MeSH “*Supervised Injecting Center*”, “*Supervised Injection Facility*”, “*Spain*”, “*Harm Reduction*”, “*Heroin*” y “*Cocaine*”, y los términos libres “*injection drug use*”, “*drug consumption room*”, “*harm reduction programs*” de forma combinada. También se hizo una búsqueda a través de la colección española de la

## Cuadro 1. Salas de consumo higiénico en España (2000-2013).

Sala de consumo	Periodo de funcionamiento	Nº de plazas	Contexto de la sala de consumo
Dispositivo asistencial de venopunción de Las Barranquillas de Madrid	De mayo de 2000 hasta diciembre de 2011.	10 plazas de consumo inyectado.	Situado a unos 500 metros de las casas y chabolas de un barrio en el que se había identificado la venta de drogas. Se instaló tras la aprobación de la Agencia Antidroga de Madrid en la primavera de 1999 (8,9). El dispositivo fue gestionado por diferentes entidades. El programa finalizó en 2011 debido a los recortes en sanidad de la Comunidad de Madrid.
Programa de Reducción de Daños de Can Tunis, Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona (ABD-ASPB).	De septiembre de 2001 hasta finales de 2004.	Primero fue una carpita con 3 plazas (10). A principios de 2002 se implementó una unidad móvil para 5 plazas de consumo inyectado (5,11).	Se instaló tras visitar el dispositivo asistencial de venopunción de Madrid. La unidad se situaba a unos 100 metros de este barrio, donde se había detectado la venta y consumo de drogas que desapareció a finales de 2004. Entre octubre y noviembre de 2003 se produjo un cierre momentáneo de la venta (5,11). Esto generó una serie de problemas que corroboraron que la ciudad de Barcelona no estaba equipada para la asistencia de los usuarios de drogas, véase el "Manifiesto de Can Tunis" (12). El programa continuó hasta la segunda mitad de 2004, y el cierre coincidió con la apertura de la Sala Baluard.
Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària de Creu Roja de Barcelona.	De octubre de 2003 hasta la actualidad.	2 plazas de consumo inyectado.	Situado en el barrio del Raval (centro de Barcelona). La SCH se instaló en un antiguo almacén de este centro de reducción de daños abierto desde 1993 y dedicado a la atención de usuarios de drogas y trabajadoras del sexo en situación de exclusión social (3,6,13).
Sala de consumo supervisado de Médicos del Mundo de Bilbao.	De noviembre de 2003 hasta la actualidad.	6 plazas de consumo inyectado. 6 plazas de consumo por vía pulmonar desde junio 2005 (14,15).	Situado en el céntrico barrio de San Francisco de Bilbao. Se implementó tras un estudio de las necesidades del barrio y la realización de un largo trabajo comunitario y participativo con todos los agentes sociales implicados (14,15). Desde entonces se ha evaluado el protocolo de implementación (16), la actividad de la SCH (17) y el impacto sociocomunitario (18) con resultados positivos.
"El Local" de La Mina, Institut per a la Promoció Social i de la Salut (IPSS), Sant Adrià del Besòs, Barcelona.	De junio de 2004 hasta la actualidad.	2 plazas de consumo inyectado. Aumentó a 4 plazas de consumo inyectado y en agosto de 2013 a 8 plazas.	La implementación de la SCH formó parte de un plan de transformación global de este barrio, en el que se había identificado la venta de drogas (5,19). Pese al trabajo comunitario, el centro ha sufrido varios actos vandálicos por parte de los vecinos. En la actualidad es la SCH con más actividad debido al traslado progresivo de usuarios de drogas del centro de Barcelona y otras zonas periféricas a este barrio.
Centro de atención y seguimiento Sala Baluard, Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona (ABD-ASPB).	De diciembre de 2004 hasta la actualidad.	5 plazas de consumo inyectado. 6 plazas de consumo por vía pulmonar desde principios de 2009.	Tras el cierre de Can Tunis, el equipo profesional se trasladó a unas instalaciones del Museo Marítimo de Barcelona en el barrio del Raval, muy cerca del espacio de venopunción asistida del Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (20). Desde su apertura se han producido quejas vecinales, muchas veces respaldadas por los medios de comunicación y políticos contrarios al dispositivo. Se prevé un cambio de ubicación del centro (21).
Bus de Zona Franca, Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona (ABD-ASPB).	De abril de 2005 hasta la actualidad.	3 plazas para el consumo inyectado (20).	Situado cerca de una zona en la que se había identificado la venta de drogas. Ha tenido diferentes ubicaciones; durante un tiempo estuvo situada cerca del Bus de dispensación de metadona que acude a la zona hace más de 20 años. En la actualidad, tiene dos paradas (22): una cerca del vecindario donde se ha identificado la venta de drogas y otra junto a un centro ambulatorio de salud. Se prevé un cambio de ubicación de la unidad (21).
Centro de atención y seguimiento del Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona.	De julio de 2005 hasta la actualidad.	3 plazas para el consumo inyectado (20).	Inicialmente se implementó una nave prefabricada en los jardines del hospital (20). El recibimiento vecinal no fue satisfactorio y, tras fuertes quejas, se trasladó a mediados de 2006 a una unidad del hospital, disminuyendo la hostilidad.
Programa de reducción de daños Arrels – Sant Ignasi de Lleida.	De febrero de 2009 hasta la actualidad.	2 plazas de consumo inyectado desde febrero 2009. 2 plazas de consumo por vía pulmonar de heroína desde enero de 2010 y otra para la cocaína desde septiembre 2010 (b).	La SCH se instaló en un centro, creado en 1994, al detectarse la necesidad de dar atención específica a un grupo creciente de consumidores de la ciudad. Con el apoyo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la implementación se produjo sin problemas vecinales al tratarse de un centro conocido por dedicarse a la atención de personas en exclusión social (b).
Centro de atención y seguimiento Fòrum de Barcelona.	De enero de 2012 hasta la actualidad.	1 plaza para el consumo inyectado.	Se instaló en este centro de atención y seguimiento integral abierto entre 2010-2011 ubicado en un complejo hospitalario y ambulatorio en los límites de Barcelona (23,24), muy cerca de la SCH "El Local" de La Mina de la ciudad contigua.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico.



**Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de referencias bibliográficas.**

Fuente: Elaboración propia.

*Scientific Electronic Library Online* (SciELO), el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) y el Índice Médico Español (IME), utilizando los términos “sala de consumo”, “espacio de venopunción asistida”, “heroína”, “cocaína”, “drogodependencias”, “reducción de daños”, “consumidores de drogas” y “consumo por vía inyectada”, de forma combinada. A partir de los diferentes artículos encontrados y seleccionados, se enlazó con los autores desde los buscadores con la intención de capturar artículos anteriores y/o posteriores.

A continuación, se consultó en las páginas web de uso público de diferentes organismos sobre drogodependencias –Plan Nacional Sobre Drogas, Agència de Salut Pública de Barcelona y Òrgan Tècnic de Drogodependències de Catalunya–, de centros de documentación y/o grupos especializados –European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Centro de Documentación y Estudios de San Sebastián – SIIS y Grup IGIA de Barcelona–, páginas web especializadas en SCH (27,29), y listados de bibliografía

anotada y comentada (30-32) dentro de los períodos de búsqueda acordados. Además de los artículos encontrados al consultar estas bases de datos, se revisaron las referencias de los artículos incluidos para que la revisión fuese más exhaustiva.

Finalmente, se contactó con responsables y profesionales de las SCH de España para solicitar información adicional y aclarar los resultados desprendidos del análisis.

### Selección de las referencias bibliográficas

De los documentos encontrados se eliminaron los duplicados. Luego se hizo una primera selección a partir de la exploración del título, el resumen y las palabras claves. Los textos fueron revisados y clasificados como incluidos o excluidos, según criterios básicos definidos. Se seleccionaron artículos e informes de investigación, presentaciones en jornadas y/o congresos especializados, reportajes y memorias de la actividad de las SCH que analizan la implementación, las intervenciones, los programas, el perfil de los usuarios y los consumos realizados desde las SCH que se hayan hecho públicos entre 2000 y 2013. Los idiomas aceptados para los trabajos fueron el inglés, el español, el catalán, el portugués y el francés. No se incluyeron los artículos que no aportaran resultados explícitos acerca de las diferentes temáticas de interés de las SCH, ni los que solo trataran en términos generales sobre las estrategias de reducción de daños, en las que estarían incluidas las SCH. Tampoco se incluyeron o se buscaron datos de las SCH implementadas a partir de la segunda mitad de 2012 por no haber resultados publicados en artículos o presentados públicamente en congresos especializados (a). Tras esta selección, se realizó la lectura completa de las referencias que no fueron excluidas en el paso anterior, valorando su inclusión según los criterios de elegibilidad. Finalmente, las referencias seleccionadas pasaron a ser analizadas con la metodología escogida. Los documentos analizados fueron 21 artículos o informes de investigación –14 investigaciones empíricas con metodología cuantitativa y/o cualitativa (c) y 7 investigaciones teóricas–, 17 presentaciones en jornadas y/o congresos especializados (comunicaciones, pósters y resúmenes) en los que se

desarrollan resultados descriptivos primarios o análisis breves, 5 reportajes y 2 memorias de la actividad de una SCH. Si bien, se han citado referencias relacionadas para aumentar el conocimiento y comprensión del fenómeno estudiado.

### Análisis de datos

Se ha desarrollado la metodología denominada metasíntesis, que consiste en un proceso abierto que integra datos, teorías, hallazgos y cualquier otro tipo de conocimiento para resumir resultados de estudios y teorizaciones producidas desde diferentes perspectivas y metodologías (41,42). Esta metodología permite obtener una visión más comprensiva del fenómeno y producir un nuevo conocimiento sobre este. Además, permite analizar críticamente las limitaciones de la producción científica sobre el fenómeno en particular (41).

El análisis se basó en los principios y procedimientos de la teoría fundamentada propuesta por Glaser y Strauss (43). Esta consiste en formular teorías de manera inductiva a partir del análisis y la comparación constante de los datos, en nuestro caso, de los materiales seleccionados. En primer lugar, se realizó la codificación abierta de fragmentos del texto de los materiales seleccionados durante el muestreo teórico, proceso en el que se realizó la búsqueda y selección del material bibliográfico (44). En este proceso se desmenuzaron y etiquetaron los datos de los textos de manera minuciosa para descubrir conceptos con carácter provisional. Durante este proceso se anotaron memorandos, ideas teóricas sobre los códigos y las relaciones establecidas entre estos (43,44). A lo largo del proceso emergieron una serie de conceptos que, a partir de la comparación entre ellos, generaron las categorías, elementos de clasificación que describen los contenidos relevantes para formular la teoría emergente (43). En este paso, se realizó la codificación axial, proceso en el que se analiza cada categoría a fondo, formando un conjunto de subcategorías y las relaciones entre ellas (43,44). Para ello, se realizó una matriz de datos para cada categoría, a partir de la cual se analizaron las propiedades y las relaciones entre estas, transformando las categorías hasta obtener códigos más precisos

para identificar la información seleccionada. De este modo, se sistematizó la información, lo que proporcionó una mayor explicación de los interrogantes del fenómeno estudiado. Finalmente, se generó la teoría a partir del conjunto de categorías centrales, las cuales proporcionan una explicación teórica de los datos y sus relaciones con el objeto de estudio (43).

## Síntesis

Se realizó una metasíntesis de las categorías centrales que se desglosan en los siguientes ejes temáticos:

1. *La implementación de las SCH*: Se expone el marco legal, político y estratégico para la apertura, instalación y desarrollo de las SCH; se ejemplifican las diferentes experiencias del Estado.
2. *Programas e intervenciones desde las SCH*: Se detallan las diferentes actividades llevadas a cabo desde las diferentes SCH; se destaca el impacto de algunas de las intervenciones y programas promovidos desde estas.
3. *Perfil de los usuarios de las SCH*: Se describen las características sociodemográficas, socioeconómicas, sanitarias, psicosociales y legales de los usuarios que acuden a las SCH.
4. *Consumo de drogas y efectos negativos*: Se expone la prevalencia de los consumos, según sustancia y vía de consumo; se reflexiona acerca de las sobredosis y las reacciones adversas asistidas desde las SCH.
5. *Efectividad de las SCH*: Se realiza una valoración global de las SCH exponiendo sus efectos positivos a diferentes niveles: sanitario, social y orden público.
6. *Propuestas de mejora*: Se detallan los diferentes aspectos a mejorar para llevar a cabo buenas prácticas desde las SCH.

## RESULTADOS

### La implementación de las salas de consumo higiénico

En el Cuadro 2 se detallan los contenidos de las publicaciones sobre la implementación

de las SCH de España encontradas en el período del 2000 al 2013. La interpretación del marco legal del Estado español no pone impedimentos para la puesta en marcha de las SCH (45). El artículo 43 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios, aunque este requisito no se considera un derecho fundamental (15,45). La Ley General de Sanidad 14/1986 cubre la legalidad de las SCH, pues estas sirven para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (15,45). Además, en el caso vasco, según la Ley 18/1998 sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias refiere que se deben adoptar medidas para evitar perjuicios a la salud derivados del consumo de drogas, así como a terceras personas (16). No obstante, se recomienda planificar la negociación con la comunidad para una implementación no conflictiva, libre de repercusiones legales (16,18,48,49). Sin embargo, la implementación de las SCH en España se ha producido de diversas maneras (ver Cuadro 1) (a).

Previa apertura se requiere de una serie de valoraciones a nivel técnico:

- a. El equipo profesional debe ser multidisciplinario para dar una atención biopsicosocial y educativa (46,47).
- b. Este tendrá conocimiento de cómo actuar ante situaciones de carácter sanitario (actuación en sobredosis, inicio de tratamientos, etc.) y social (accidente laboral, actuación en caso de violencia, etc.) (50). Se recomienda la realización de simulacros para un mayor conocimiento (47).
- c. El centro dispondrá de espacios de descanso, libres de elementos que puedan alterar a los usuarios (46,47).
- d. Se dispondrá de material para el consumo de drogas por vía parenteral, pulmonar y nasal y de equipos de reanimación que funcionen correctamente (46,47).
- e. Las normas de funcionamiento deben ser sensuadas junto con los usuarios. Son normas básicas: no usar la violencia hacia los profesionales y los usuarios, está prohibido traficar drogas y solo es posible el consumo de drogas en los espacios habilitados (6,13,47).

**Cuadro 2. Publicaciones sobre la implementación de las salas de consumo higiénico de España, 2000-2013.**

Autor/es	Año	Objetivos de la publicación	Comentarios/Conclusiones
Calvet G.	2000	Comunicación en la que se interpreta la legislación para la implementación de las SCH. Se presentan las SCH como estrategias preventivas y para la reducción de daños (45).	No existen impedimentos legales para la apertura de una SCH, por lo que se considera recomendable su implementación. Se recomienda una buena distribución de los espacios, disposición de personal adecuado y el trabajo comunitario como clave para evitar conflictos. Además, se recomiendan estudios para evaluar la implementación de SCH en los barrios.
Ilundain E, Markez I.	2005	Estudio en el que se analiza las coyunturas sociopolíticas sobre la implementación de las SCH en Barcelona, Bilbao y Madrid (5).	Son diferentes los modelos de implementación de las SCH de cada ciudad: Madrid responde a un modelo tecnocrático, Bilbao a un modelo participativo y Barcelona actúa bajo la ocultación de los políticos para justificar la necesidad de estos dispositivos, produciéndose el rechazo vecinal y de los comerciantes. En general, estas estrategias ponen en cuestión las políticas de reducción de daños y las políticas asistenciales de las ciudades estudiadas.
Médicos del Mundo	2006	Protocolo de seguridad para prevenir y disminuir los riesgos en los equipos que ponen en marcha una SCH (46).	Se describen normas y condiciones básicas para la apertura de una SCH. Además, se desarrollan protocolos de seguridad y de funcionamiento básico.
Delàs J, Aragó JV, Brasó J, Campañá E, Cebrián S, Coll R, <i>et al.</i>	2007	Capítulo de manual en el que se describen recomendaciones para la puesta en marcha de las SCH (47).	Se precisa una adecuación del equipo, normas, material a dispensar, dimensión del espacio y actuaciones en casos especiales para la actividad diaria de las SCH. Se recomiendan registros, protocolos y qué trabajo comunitario se debe hacer para una buena práctica desde las SCH.
Bua A, del Río M.	2010	Manual de buenas prácticas para la apertura de SCH en el que se describe el proceso del trabajo comunitario, democrático y participativo de la implementación de la SCH de Bilbao (16).	Se describen las estrategias de negociación con todas las partes implicadas: instituciones, vecinos, comerciantes, usuarios, medios de comunicación, recursos humanos y financiación. Se anexan las guías de las entrevistas utilizadas en el proceso de implementación de la SCH.
Arostegi E, Pérez T.	2012	Estudio en el que se analiza el impacto sociocomunitario que ha generado la SCH de Bilbao en las condiciones de convivencia ciudadana (18).	Este estudio representa la tercera y última parte del proceso de evaluación de la Sala de Consumo Supervisado de Médicos del Mundo de Bilbao. Es un estudio con metodología cuantitativa y cualitativa en el que participan todas las partes implicadas (usuarios, vecinos, profesionales, etc.). Se corrobora que no se han generado problemas de convivencia ciudadana y que la SCH ha repercutido a la configuración de un modelo de ciudad inclusiva.
Vecino C, Villalbí JR, Guitart A, Espelt A, Bartroli M, Castellano Y, Brugal MT.	2013	Estudio cuasi-experimental sobre la evolución del consumo inyectado en vía pública de Barcelona entre 2004 y 2012. Se usa como indicador el recuento del número de jeringas desechadas en vía pública, evaluando la implementación de las SCH y la actuación policial (23).	La media mensual de jeringas recogidas disminuye de 13.132 en 2004 a 3.190 en 2012. La puesta en marcha de la SCH se aprecia como factor para la reducción de jeringas en la vía pública. La actuación policial no parece tener un efecto homogéneo ante dicho aspecto.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico.

### Cuadro 3. Programas e intervenciones desde las salas de consumo higiénico españolas, 2000-2013.

Salas de consumo higiénico	Trabajo comunitario	Recogida de drogas en la comunidad	Zona de higiene (duchas)	Lavandería	Ropería	Zona de consigna	Sala de consumo inhalado	Ánalisis de sustancias	Asesoría jurídica	Atención psicológica	Programa con metadona	Albergue
DAVE de Madrid	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí <sup>a</sup>	Sí	-	-	Sí <sup>b</sup>
Programa de reducción de daños de Can Tunis de Barcelona	Sí	Sí	-	-	Sí	-	-	-	-	-	Sí <sup>c</sup>	-
SAPS de Barcelona	-	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	Sí <sup>d,e</sup>	Sí	-	-	Sí <sup>f</sup>
Sala consumo supervisado de Bilbao	Sí	Sí	Sí	-	-	Sí	Sí	-	-	Sí	-	-
“El Local” de La Mina de Sant Adrià del Besòs	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-
CAS Sala Baluard de Barcelona	Sí	Sí	Sí	-	Sí	-	Sí <sup>g</sup>	Sí <sup>e,h</sup>	Sí	Sí	Sí <sup>i</sup>	-
Bus de Zona Franca de Barcelona	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAS de Vall d’Hebron de Barcelona	-	-	Sí	-	-	-	-	-	-	Sí	Sí <sup>i</sup>	-
Programa de reducción de daños de Arrels – Sant Ignasi de Lleida	Sí	Sí	Sí <sup>j</sup>	Sí <sup>j</sup>	Sí <sup>j</sup>	Sí <sup>j</sup>	Sí	-	-	Sí <sup>j</sup>	-	-
CAS Fòrum de Barcelona	Sí <sup>k</sup>	Sí <sup>k</sup>	-	-	-	-	-	-	-	Sí	Sí <sup>i</sup>	-

a. En la primera época realizaban test colorimétricos que permitían conocer si la sustancia obtenida contenía o no la sustancia requerida, pero no el porcentaje de pureza o los excipientes (9).

b. A finales de 2001 se instaló un albergue mixto con 50 camas (34 hombres y 16 mujeres) y otras tantas en caso de emergencia.

c. Desde mayo de 2004 hasta su cierre, el recurso sociosanitario de Can Tunis dispensó metadona en monodosis a los usuarios que lo precisaban, derivando a estos al cabo de 3-4 semanas a la unidad móvil de dispensación de metadona del Ayuntamiento de Barcelona con parada especial en el centro de Barcelona. A su vez se derivarían a los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) de la ciudad (55).

d. Desde el centro no se realizan análisis pero en 2011 se hizo un estudio sobre el mercado de las drogas (56) y se recogieron muestras de sustancias a través de unos filtros especiales (Sterifilt®) para analizarlas en colaboración con Energy Control. Periódicamente colaboran con CAS Sala Baluard y Energy Control para la recogida de muestras.

e. Los principales adulterantes encontrados en la cocaína fueron fenacetina, cafeína, levamisol, tetracaína y lidocaína. En la heroína fue la cafeína, dextrometorfano y paracetamol (56,57). Ambas drogas, se mezclan con diluyentes y con adulterantes farmacológicamente activos (56).

f. El SAPS no dispone de albergue pero desde 1997 sí dispone del programa LJTS que consiste en la derivación a pensiones para cortas estancias a usuarios que precisan cuidados paliativos (13,58).

g. Desde julio de 2013 se retira el papel de aluminio para el consumo de heroína y se sustituye por papel sin plomo (*Exchange supplies tools for harm reduction®*). Este material ha sido valorado favorablemente por sus usuarios. Desde septiembre de 2013 se están diseñando kits específicos para el consumo de crack (59).

h. La Sala Baluard no dispone de laboratorio *in situ*. Desde 2011 en colaboración con Energy Control, que pertenece a la misma entidad, realizan periódicamente análisis de sustancias para la detección del porcentaje de pureza y de la determinación de las impurezas. El método que se utiliza es la cromatografía en capa fina y cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas. Con los resultados se realiza divulgación general entre los usuarios en talleres trimestrales, mesas de participación con metodología “bola de nieve” y atención individualizada con el propietario de la muestra (57). En el verano de 2013 se han detectado sustancias inyectables y fumables diferentes a la heroína y la cocaína que precisan atención especial (60).

i. El CAS Sala Baluard, el CAS Vall Hebron y el CAS Fòrum son centros de drogodependencias ambulatorios integrales donde se lleva a cabo el programa de metadona. En el caso de Sala Baluard es un programa de bajo umbral o monodosis (61) muy en la línea de lo que se llevó a cabo desde el programa de Can Tunis y la unidad móvil de dispensación de metadona de Barcelona (55).

j. Todos estos servicios no se realizan desde el centro de reducción de daños de Arrels pero sí desde el centro abierto de la misma entidad, ubicado a 100 metros del recurso.

k. Este trabajo lo cubre el mismo equipo de calle del Bus de Zona Franca que reparte su actividad acudiendo tres días a la semana a la zona del CAS Fòrum y dos días a la Zona Franca.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

DAVE = Dispositivo asistencial de venopunción; SAPS = Servei d’Atenció i Prevenció Sociosanitària; CAS = Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias.

## Programas e intervenciones desde las salas de consumo higiénico

Las SCH se enmarcan dentro de dispositivos dirigidos a la reducción de daños (11,13-15,40). Los programas e intervenciones básicas de todas las salas de consumo inyectado son los programas de intercambio de jeringas, los talleres para el consumo higiénico y seguro, zonas de descanso y alimentación (café y calor), la atención sanitaria y las derivaciones a recursos sanitarios y sociales. A partir de estas intervenciones básicas, las diversas SCH han desarrollado diferentes programas y actividades según las necesidades de los usuarios y la provisión de recursos económicos (Cuadro 3) (a).

Se destaca la actividad de los programas de intercambio de jeringas. En las ciudades de Bilbao (17) y Lleida (b) se calculan índices de recuperación de jeringas sucias entre el 70% y el 80%. En Barcelona, en 2012, se destaca una disminución de las jeringas desechadas en la vía pública: se halló el 24,3% de las encontradas en 2004 (23).

También se destaca la actividad realizada por los equipos de enfermería. En diferentes análisis se estima que entre el 30% y el 40% de las curas son lesiones producidas por la práctica de la inyección, seguido del cuidado y seguimiento de abscesos y celulitis (alrededor del 20%) y las curas podológicas (alrededor del 15%) (11,51-54).

## Perfil de los usuarios de las salas de consumo higiénico

En el Cuadros 4 y el Cuadro 5 se detallan las variables sociodemográficas, socioeconómicas, epidemiológicas y de consumo de las personas estudiadas en los artículos o informes de investigaciones empíricas. Los usuarios de las SCH son hombres en más de un 70%, de edades comprendidas mayoritariamente entre los 30 y los 40 años (8,11,17,34,40,62,63). El lugar de procedencia depende de la ciudad, año de actividad y del tipo de vía de consumo del usuario. En Can Tunis, en los años 2001 y 2002, el 67% eran españoles, el 14,5% de la comunidad europea, el 9% de países no comunitarios europeos y el 8% del norte de África (11). En la actualidad, en Barcelona y sus alrededores, el perfil de los inyectores ha ido variando, disminuyendo levemente el porcentaje

de españoles y con pequeñas variaciones en el resto de las procedencias (64). En cambio, en las SCH que se prescriben tratamientos para las drogodependencias (CAS Fòrum y CAS Vall d'Hebron), se destaca que entre el 70% y el 80% son población autóctona (24,40). En ciudades con menos inmigración, como Lleida (b) y Bilbao (17), se registran datos similares. Por otro lado, en espacios de inhalación asistida, como en el CAS Sala Baluard, el 65% de los usuarios son extranjeros, destacándose los de origen italiano (12%) y del Magreb (11%) (65).

En general, los usuarios de las SCH son personas con trayectorias de más de 10 años de consumo de drogas (8,13,17) que presentan alteraciones conductuales y graves problemas de salud mental (33,66). En relación con el estado serológico, se registran prevalencias superiores al 30% por VIH y superiores al 70% por hepatitis C (11,17,34). En Bilbao, en el año 2008, se registró una disminución considerable de ambas infecciones (17).

A nivel social, nos encontramos con una población con bajo nivel de instrucción (13,17,34) y una baja vinculación al mundo laboral (8,13,17). Debido al deterioro social y sanitario, muchos de los usuarios solicitan y reciben prestaciones sociales mínimas para su subsistencia (8,13). En otros casos, recurren a realizar actividades no regladas y/o ilegales, para conseguir dinero y cubrir los gastos diarios (8,11,13). En consecuencia, muchos están en una situación legal delicada con procesos judiciales abiertos (8,13,34). Para este tipo de problemática, se realiza asesoría jurídica y la tramitación de medidas alternativas (6,13).

Los usuarios de las SCH no tienen hogar o lo tienen de forma irregular, además de pocas redes sociales (11,13,34). En el Dispositivo asistencial de venopunción de Madrid, en 2003 se contaba con un 47% de usuarios viviendo en la calle con largas estancias en el barrio (8). En el Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària de Barcelona, en 2008 contaba con un 85% de sus usuarios en viviendas de forma irregular (13,37). No obstante, en otras SCH de Barcelona (CAS Fòrum y CAS Vall d'Hebron), donde se prescriben tratamientos para el seguimiento de las drogodependencias, se registran porcentajes superiores al 40% de personas con residencia en vivienda fija y/o familiar, seguido de un 30% en vivienda compartida (24,40).

**Cuadro 4. Estudios sobre los usuarios de las salas de consumo higiénico españolas, 2000-2013.**

Autores	Año	Nº sujetos, ciudad y período	Tipo de estudio	Características de los sujetos	Intervenciones desde las SCH	Comentarios/conclusiones
Anoro M, Ilundain E, Santisteban O.	2003	1.677 usuarios del programa de Can Tunis. Barcelona. Julio 2001 -diciembre 2002.	Estudio descriptivo sobre el programa de Can Tunis, específicamente, sobre el desarrollo del espacio de venopunción asistida (11).	Edad: menores de 31 años (media). Sexo: 82,4 % hombres, 17,3 % mujeres, 0,3 transsexuales. Procedencia: 67% españoles, 14,5% europeos, 9% europeos no comunitarios, 8% magrebíes; 1,7% africanos y latinoamericanos. Serología: 31% VIH; 22% VHB; 70% VHC; 15% sin infecciones. Otros: entre el 55% y el 60 % sin vivienda; 70% sin tarjeta sanitaria.	Programas de intercambio de jeringas: 2.000 jeringas diarias con 200 visitantes. Se recupera el 90% de las jeringas distribuidas. 377 sobredosis: 80% atendidas por enfermeros, 20% con ayuda del médico. Enfermería, trabajo social y prevención en talleres grupales.	Ventajas: el espacio de venopunción asistida es un lugar higiénico y seguro para consumir. Desde este servicio se conecta con los centros sociosanitarios. Al ser unidad móvil permite llegar a zonas específicas. Desventajas: limitación de horario y de espacio, y falta de apoyo de los estamentos sociales y políticos.
Torrents O.	2006	68 usuarios de Sala Baluard. Barcelona. Abril-mayo 2006.	Estudio descriptivo sobre el perfil psicológico de los usuarios de la Sala Baluard (33).	Edad: 34 años (media). Sexo: 75% hombres, 25% mujeres. Otros: bajo nivel socioeconómico, con dependencia a opiáceos y cocaína.	Sala de venopunción higiénica, programas de intercambio de jeringas, zona de atención para cubrir necesidades básicas y socioeducativas.	Entre un 69,11% y un 88,23% de los entrevistados presentan trastornos psicopatológicos, sobre todo propias de personalidades depresivas, psicoticismo e ideación paranoide. Los usuarios con edades entre los 30-40 años presentan más cuadros por depresión.
Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A; Itinere Project Group.	2009	98/249 inyectores (39,3% son usuarios de SCH). Madrid- Barcelona. 2002-2005.	Estudio epidemiológico comparativo entre inyectores que usan y que no usan SCH de Barcelona y Madrid (34).	Edad: 40% mayor a 25 años y 37,3% menor o igual a 25 años. Sexo: 44,3% hombres, 25,8% mujeres. Serología: 31,7% VIH, 83,4% VHC. Otros: 48,5% sin techo, 46,6% han estado en prisión.	49,3% de los usuarios de las SCH usan siempre jeringas de los programas de intercambio de jeringas.	Los usuarios de las SCH son más vulnerables que el resto de inyectores, sin embargo comparten menos jeringas que el resto. Es necesario promover espacios para el consumo inhalado.
Daigre C, Comín M, Rodríguez-Cintas L, Voltes N, Alvarez A, Roncero C, Gonzalvo B, Casas M.	2010	7/12 entrevistados y 2/8 en un focus group eran usuarios del espacio de venopunción asistida del CAS Vall Hebron. Barcelona. Marzo - mayo 2009.	Estudio cualitativo sobre la vinculación de los usuarios a un centro de reducción de daños con un espacio de venopunción asistida (40).	Edad: 33 años (media). Sexo: 71,1% hombres. Procedencia: 80% españoles. Otros: 69,5% dependencia a heroína, 42,2% residencia familiar, 38,5% residencia compartida.	61,9% de los usuarios en Programa de mantenimiento con metadona. 80,3% usa el café y calor. 37,5% usa el programa de intercambio de jeringas. 35,7% usa el espacio de venopunción asistida. 34,2% usa las duchas.	Buena accesibilidad, pero frialdad en el ambiente de la SCH por las protestas vecinales. Se precisa más asesoría legal y psicoterapia. En el discurso del usuario existe aceptación y sentimiento de no discriminación.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; VHB = virus de la hepatitis B; VHC = virus de la hepatitis C.

#### Cuadro 4. Continuación.

Autores	Año	Nº sujetos, ciudad y período	Tipo de estudio	Características de los sujetos	Intervenciones desde las SCH	Comentarios/ conclusiones
Rodríguez E, Martín U, Bacigalupe A.	2010	1.959 usuarios de la SCS de Bilbao. Bilbao. Noviembre 2003- agosto 2009.	Ánálisis estadístico de la actividad y de los usuarios que acuden a la SCS de Bilbao (17).	Edad: 36 años (media). Sexo: 83,3% hombres, 16,7% mujeres. Procedencia: más del 80% españoles. Serología: Disminución del VIH en hombres del 28,5% en 2004 a 18,3% en 2008, y en mujeres, del 54,4% en 2004 a 16,3% en 2008. Disminución del VHC del 80% en 2003 al 50% en 2008. Otros: nivel de instrucción bajo, sin pareja, disminución de las personas sin hogar.	161.668 visitas, 2353 historias entre 2003-2009. 38.837 intervenciones: 48% educativas, 30% escucha activa, 17% enfermería. Programas de intercambio de jeringas: 438.726 jeringas intercambiadas. 107 casos de sobre-dosis de heroína y 56 de reacciones adversas de cocaína; no se registran muertes.	Los usuarios con alta adherencia y fidelidad al centro son aquellos que han cronificado el consumo de drogas.
Clua R.	2011	8 usuarios y 3 profesionales del espacio de venopunción asistida del SAPS. Barcelona. Febrero-junio 2010.	Estudio etnográfico sobre los usos motivaciones y cambios de los usuarios del espacio de venopunción asistida y el rol de los profesionales (13).	Edad: 36,5 años (media). Sexo: 75% hombres, 25% mujeres. Procedencia: 75% España, 25% Italia. Serología: 7 VHC (2 con VIH) y 1 VIH. Otros: más de 10 años en consumo activo, han realizado más de dos tratamientos para las drogodependencias. Todos sin trabajo y sin vivienda fija. Todos disponen de tarjeta sanitaria.	Programas de intercambio de jeringas, enfermería, café y calor, hospitalización en pensiones, asesoría legal y talleres sociosanitarios.	Se propone mejorar la coordinación con la red asistencial social y sanitaria normalizada. Se propone diversificar los espacios de consumo, aumentar horarios y las plazas para el consumo por vía pulmonar, y reforzar las plantillas de profesionales.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; VHB = virus de la hepatitis B; VHC = virus de la hepatitis C.

En Bilbao, entre 2007 y 2009, solo entre un 5% y un 10% de los usuarios estaba sin vivienda (17).

Por último, los usuarios son personas con derecho a la salud y a cubrir sus necesidades de forma integral en este tipo de espacios sociosanitarios (5,40).

#### Consumo de drogas y efectos negativos

En el Cuadro 5 se detallan los resultados sobre la prevalencia de consumo y los efectos negativos en las SCH españolas estudiados en las investigaciones empíricas. La tendencia del tipo de sustancia consumida en las SCH depende

de la ciudad, la época y la vía de consumo. En el Dispositivo asistencial de venopunción de Madrid, desde sus comienzos, la sustancia principal ha sido la mezcla de heroína con cocaína (*speedball*) por vía inyectada (67), entre un 60% y un 80%, seguido de la cocaína y la heroína (8). En Barcelona, por lo general, la sustancia más consumida es la heroína (24,67) con algunas variaciones dependiendo del año y la zona donde esté ubicada la SCH. No obstante, en el CAS Vall d'Hebron, entre 2008 y 2011 (68,69) y el CAS Fòrum, en 2012 y 2013 (24), se destacaba un consumo de cocaína entre el 60% y el 70%, seguido de más del 20% de heroína y el resto "speedball". En Arrels-Sant Ignasi de Lleida, entre 2010

**Cuadro 5. Estudios sobre el consumo de drogas y efectos negativos en las salas de consumo higiénico españolas, 2000-2013.**

Autores	Año	Nº casos, ciudad y período	Tipo de estudio	Características de las observaciones	Intervenciones	Comentarios/conclusiones
Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rossell L, Begoña I, Guinovart C, Gabari M.	2004	222 sobredosis.	Análisis para determinar los factores asociados al paro respiratorio por sobredosis de opiáceos desde el programa de Can Tunis (35).	El 60,8% de las sobredosis presentaron paro respiratorio por consumo por vía endovenosa de heroína. No hubo muertes. La media de días de abstinencia fue de 21,2 días en los pacientes que no presentaron paro respiratorio y de 38,6 días en los que sí lo sufrieron.	87 sobredosis respondieron con respiración espontánea. 135 sobredosis precisaron atención al presentar parada respiratoria.	El factor más determinante es la pérdida de tolerancia por encima del uso de benzodiacepinas, metadona o alcohol. Las sobredosis atendidas en el espacio de venopunción asistida responden favorablemente a la naloxona. Se aconseja como medida preventiva la formación de usuarios para el uso de naloxona.
Delàs J, Priore AG, Pigem A, Aguas M.	2008	72 pacientes en 168 consumos.	Descripción y análisis del síndrome pos-consumo de la cocaína en el espacio de venopunción asistida del SAPS (36).	79,2% consumos de cocaína, 20,8% de speedball. Manifestaciones frecuentes: verborrea (49,4%), sudoración profusa (35,1%), midriasis (29,8%), sialorrea (14,9%), búsqueda de objetos (14,9%), alucinaciones visuales (13,7%) y delirio (1,2%). No apareció cefalea, convulsiones, ni dolor precordial.	Uso de diazepam en caso de convulsiones, dolor precordial y agitación psicomotriz.	Se precisan medidas de seguridad, zonas de relajación y evitar elementos que promuevan las alucinaciones en las SCH. Mayor entrenamiento para detectar situaciones de urgencia. Se precisan espacios para el consumo por vía pulmonar.
Delàs J, Adán E, Díaz O, Aguas M, Pons M, Fuertes R.	2010	56 participantes.	Análisis sobre el consumo de cocaína por vía pulmonar con usuarios que acuden al SAPS (37).	Edad: 32,68 +/- 3,74 años. Sexo: 80% hombres, 20% mujeres. Procedencia: 19,6% españoles, 42,8% de la comunidad europea, 37,6% otros. Otros: 54,4% documentación de identidad, 51,8% con tarjeta sanitaria.	No existe espacio para el consumo por vía pulmonar, pero sí se dispensa material para este tipo de consumo.	Son necesarios los espacios para el consumo por vía pulmonar, así como la dispensación de material higiénico para esta práctica.
Roncero C, Martínez-Luna N, Daigre C, Grau-López L, Gonzalvo B, Pérez-Pazos J, Casas M.	2013	21 usuarios en 375 consumos.	Análisis observacional sobre los efectos del uso de la cocaína por vía inyectada desde una perspectiva psicopatológica (38).	Se observaron síntomas psicóticos en el 62% de los pacientes y en el 21% de las autoinyecciones, se observaron delirios (9,3%), delirios autorreferenciales (9,1%), ilusiones (6,4%), y alucinaciones (5,3%). Una mayor presencia de síntomas psicóticos en los que habían consumido cannabis y benzodiacepinas en el mes anterior, y que hubieran reducido la cantidad de metadona prescrita. Se observan alteraciones motoras: temblor (58%), movimientos estereotipados (24%), y comportamiento alterado (6%), más frecuente en el grupo que presentaba síntomas psicóticos.	Atención especial para fomentar la adherencia al tratamiento. Diagnóstico psicopatológico de los pacientes.	Se precisa dar un enfoque especial a los usuarios de cocaína por vía inyectada, sobre todo en aquellos que presentan síntomas psicóticos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico; SAPS = Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària.

### Cuadro 5. Continuación.

Autores	Año	Nº casos, ciudad y período	Tipo de estudio	Características de las observaciones	Intervenciones	Comentarios/conclusiones
Andrelo L, Rogés J, Marco C, Bua A, Segador M, Gómez-Heredia S, Henar E, Coromina M, Camí J, Delás J, Díaz O, Aguas M.	2013	182 usuarios en 540 consumos.	Estudio multicéntrico observacional prospectivo	Edad: 37,31 (media) Sexo: 83,5% hombres. La media de efectos por consumo fue de 3,49. Los efectos más frecuentes fueron la midriasis (73,9%), diaforesis (36,3%), taquicardia (28,3%), enlentecimiento psíquico y físico (27%), verborrea (26,1%). En uno de los centros (Bilbao), se hallaron cifras tensionales superiores a 140/90 en el 52,5% de las determinaciones; 5 personas (2,7%) manifestaron antecedentes de angina de pecho o infarto de miocardio.	Toma de tensión arterial tras el consumo.	Se precisa la toma de tensión arterial en consumidores de cocaína para detectar una hipertensión establecida, más allá del momento posterior inmediato al consumo. En un futuro, se propone analizar la prevalencia de hipertensión en la población estudiada, dentro de un contexto más amplio de estudio sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la bibliografía seleccionada.

SCH = Salas de consumo higiénico; SAPS = Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària.

y 2012, se registraban datos muy similares (b). En cambio, en el Bus de Zona Franca de Barcelona, desde sus inicios hasta la actualidad, se consume casi exclusivamente cocaína, registrándose tasas por encima del 90% (20) (d). Si bien en "El Local" de la Mina de Sant Adrià del Besòs, en los años 2010 y 2011 se contaba con un consumo de heroína superior al 50%, seguido de porcentajes superiores al 20% en cocaína y "speedball", en los años 2012 y 2013 los consumos de heroína disminuyeron registrándose porcentajes superiores al 40%, de más del 30% en cocaína y alrededor del 20% de "speedball" (e). En Bilbao, entre 2003-2005, se registró un mayor consumo de cocaína, pero desde entonces hasta 2009 es superior el consumo de heroína, coincidiendo con la apertura de la sala de consumo inhalado. Con relación a la cocaína, se destaca una caída de la vía inyectada desde 2007 y un aumento de la vía inhalada (17).

En los espacios de consumo inhalado de Arrels-Sant Ignasi de Lleida y CAS Sala Baluard se registra un uso de la heroína por encima del 90% (b) (65).

Con relación al consumo de heroína, según observaciones realizadas desde el espacio de

venopunción asistida del programa de Can Tunis de Barcelona, se acusa como factor causante de las sobredosis la pérdida de tolerancia por un largo periodo de abstinencia y el uso de la vía inyectada, no siendo relevante el uso de alcohol y benzodiacepinas (35). Se corrobora el uso de la naloxona y las técnicas de reanimación como método infalible para la recuperación de sobredosis (35), siendo recomendable el entrenamiento y la distribución de kits entre los usuarios (35,70,71). A nivel psicopatológico se confirma que el consumo de heroína en raras ocasiones produce psicoticismos, que aparecen solo cuando el consumo se realiza de forma combinada con cocaína (69).

Con relación al consumo de cocaína, se ha descrito el síndrome posconsumo, caracterizado por la aparición de síntomas comunes como la verborrea, diaforesis, midriasis, sialorrea, la búsqueda de objetos y las alucinaciones visuales (36,37,39). Además, desde la SCH de Bilbao, se hallan cifras tensionales por encima de 140/90 en más del 50% de las determinaciones, acompañados de dolor precordial y el resto de síntomas comunes (39). Ante este cuadro sintomatológico se advierte la necesidad de dar atención desde los servicios de

urgencia (36,39). A nivel psicopatológico se destacan los psicoticismos (62%), siendo habituales los delirios autorreferenciales, ilusiones y alucinaciones (38). Por todo lo anterior, se recomienda la adecuación del espacio y dar un enfoque especial para estos consumos (36-38).

En general, se registran más sobredosis de opiáceos que reacciones adversas a la cocaína (17,35,51). El porcentaje varía de año en año y de un centro a otro. Por ejemplo, en el Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària, entre 2007 y 2009, las sobredosis de heroína oscilaban entre el 65% y el 75% del total de las reacciones adversas (52,63); mientras que, entre 2011 y 2013, en el mismo servicio y en la Sala Baluard se han registrado sobredosis en más del 90% del total de reacciones adversas (72). En el caso de "El Local" de la Mina de Sant Adrià del Besòs, entre 2010 y 2013 las sobredosis de heroína oscilaban entre el 65% y el 75% del total de las reacciones adversas, seguido de porcentajes superiores al 20% en reacciones adversas por cocaína (e). Por el contrario, en las SCH en las que se consume más cocaína se registran más reacciones adversas a esta, como sucede en el Bus de Zona Franca (20) (d) y el CAS Vall d'Hebron (68) de Barcelona.

### Efectividad de las SCH

A nivel sanitario, las SCH son espacios para consumir de forma segura, para evitar y/o reducir las enfermedades de transmisión sanguínea y las sobredosis (8,10,11,13,17,18,40); de hecho, no se ha registrado ningún caso de muerte. Se promueven técnicas y pautas de consumo para evitar abscesos y otras complicaciones dermatológicas (11,13,18). Además, los usuarios que utilizan las SCH tienen menos predicción de reutilizar y/o compartir jeringas usadas (34). Desde las SCH se asesora, se realizan derivaciones y se inician tratamientos para las drogodependencias y otros problemas relacionados (8,11,13,17).

A nivel social, las SCH son lugares accesibles, aunque con diferentes matices: en el Dispositivo asistencial de venopunción de Madrid y en el programa de Can Tunis, para obtener un número de usuario para las sucesivas visitas solo se precisaba acreditar la mayoría de edad (8,11). En las SCH barcelonesas implementadas posteriormente se

accede firmando un consentimiento informado con una recogida de datos mínima (13,67). En Bilbao, el acceso es directo si se demuestra la mayoría de edad, y la apertura de la historia clínica y la asignación de número de usuario se obtiene solo cuando la persona lo solicita (14,18). En general, los usuarios valoran la buena información que reciben y la orientación acerca de los recursos de la red asistencial social, además de una buena atención a las diferentes demandas (13,18,40).

Las SCH tienen un impacto sociocomunitario positivo si se cuenta con la participación de todos los agentes sociales, como es el caso de la SCH de Bilbao (16,18). Esta se considera necesaria por los ciudadanos para mejorar la imagen del barrio (18).

En el caso de las SCH móviles, se posibilita el desplazamiento a los focos de atención que lo precisen (11,22) y pueden llevar, a futuro, a la creación de SCH fijas, como en el caso de Barcelona que abrió tres SCH tras el cierre de Can Tunis (22).

A nivel del orden público, las SCH reducen el consumo y el número de jeringas desechadas en la vía pública (18,23). Sin embargo, la actuación policial no tiene un efecto homogéneo pero sí la fuerza de desplazar la escena de consumo a otras zonas (23). Los usuarios perciben que utilizar las SCH es una manera de pasar desapercibido ante los vecinos y la policía (13,18).

### Propuestas de mejora

Las SCH requieren un mayor apoyo político, institucional y de financiación, tal como concluían los profesionales de la primera SCH de Barcelona del programa de reducción de daños de Can Tunis (5,11,51). Investigadores y profesionales de las primeras SCH españolas (Bilbao y Can Tunis) han señalado la necesidad del trabajo sociocomunitario para dar a conocer a la sociedad los beneficios de las SCH (5,11,16,18). Además, en la fase de implementación de la SCH de Bilbao se recomendaba contar con los medios de comunicación para informar de manera adecuada (16). También, los profesionales de Can Tunis precisaban la necesidad de iniciar reformas legales para mitigar la persecución policial de los usuarios (5).

Diferentes investigadores y técnicos responsables de las SCH catalanas sugieren que estas

deben mejorar sus instalaciones y su funcionalidad (11,13,22). Para ello deben mejorar su diseño y ampliar sus espacios (11,13,36), sobre todo para usuarios que utilizan instalaciones pequeñas, por ejemplo, en el Bus de Zona Franca (22). Desde diferentes estudios realizados en Barcelona y Madrid se ha recomendado que deben aumentar y diversificarse las SCH en las zonas y barrios que lo precisen, y aumentar el número de plazas para el consumo por vía pulmonar (13,34,36,37). También, en estudios de las SCH de Barcelona y Bilbao, se recomienda aumentar los horarios de apertura (11,13,18,40). Además, en estudios de las primeras SCH barcelonesas se recomendaba revisar y ajustar las normas de funcionamiento a las necesidades de los profesionales y usuarios (11,13).

Un estudio realizado en Madrid y Barcelona recomendaba promover prácticas higiénicas de consumo entre los usuarios y entregar siempre kits higiénicos cuando abandonan las instalaciones de las SCH para evitar la transmisión del VIH y hepatitis (B y C) por el uso compartido de material de inyección (34).

Finalmente, en estudios realizados en las SCH barcelonesas se recomienda mejorar la derivación de los usuarios a los servicios sanitarios y sociales de la red normalizada (11,13,51).

## DISCUSIÓN

El presente artículo es la primera revisión sobre el fenómeno de las Salas de Consumo Higiénico en España en el periodo 2000-2013. Uno de los principales hallazgos ha sido poder describir el perfil de los usuarios que acuden a estos dispositivos. En general, son hombres de edades superiores a los 30 años, de procedencia española, con una larga trayectoria en el consumo de drogas por vía parenteral y con graves problemas sanitarios, sociales y legales. Son usuarios que realizan consumos de heroína y cocaína, con variaciones que dependen de la ciudad, el año, y el tipo de sala de consumo. Por ejemplo, en Madrid se destaca el consumo de la mezcla de cocaína y heroína por vía inyectada, en Bilbao el consumo de heroína por vía inyectada y fumada, y en las SCH de Cataluña, se consume heroína y cocaína, por separado, por vía inyectada, con algunas variaciones

según el año, aunque en los centros en los que se prescriben tratamientos o en aquellos cercanos a barrios donde se detecta la venta de cocaína, esta se consume mayoritariamente.

En cuanto al tipo de programa e intervenciones, se destacan las reacciones adversas al consumo de drogas atendidas, siendo las sobredosis por heroína superiores a las reacciones a la cocaína. El resultado más relevante es que no se han producido muertes como respuesta al consumo de sustancias.

La implementación de SCH en España es una estrategia necesaria pero se precisa dar mayor apoyo a este tipo de dispositivos desde los organismos responsables. Además se precisa un mayor análisis de aspectos funcionales y técnicos para aumentar la satisfacción en los usuarios y profesionales.

La presente revisión evidencia que las SCH españolas son dispositivos con beneficios en cuanto a la salud pública, tal como se demuestra en estudios realizados en otros países de Europa, en Canadá y en Australia. Desde las SCH españolas se reducen los comportamientos de riesgo para el contagio de VIH y de la hepatitis (B y C) al facilitarse un espacio y el material higiénico, y se evitan las muertes por sobredosis al darse una atención inmediata, tal como se afirma en estudios realizados en las SCH de Vancouver (73,74), Sidney (75), Alemania (76), Países bajos (77,78) y revisiones internacionales (79-84). También se corroboran los efectos positivos a nivel comunitario y de orden público de estos dispositivos, al disminuir el número de jeringas abandonadas y las prácticas de consumo en la vía pública, tal como se afirma en estudios de las SCH de Sidney (85), Vancouver (86), Países Bajos (77,78) y revisiones internacionales (79-84).

En el conjunto del Estado español, los usuarios de drogas por vía parenteral han ido disminuyendo desde mediados de la década de 1990 hasta la actualidad por el rechazo de esta vía de consumo (2), un cambio generacional en el consumo de drogas hacia prácticas de carácter festivo con menos consecuencias en cuanto a la salud pública (1) y la llegada de los programas de reducción de daños (87). Sin embargo, desde las SCH españolas la prioridad de atención se ha centrado más en el consumo de drogas por vía inyectada debido a que las consecuencias de estas prácticas son más problemáticas en cuanto a la salud pública. Pese a

aumentar la demanda de espacios para el consumo por vía pulmonar por parte de los usuarios y a recomendarse en diferentes estudios realizados en Barcelona y Madrid (13,34,36,37), no se está dando la cobertura suficiente a esta práctica desde las SCH españolas. En el período de 2012-2013, entre las SCH analizadas en esta revisión y las no analizadas (a), solo se contaba con tres espacios de consumo por esta vía (Sala de consumo supervisado Bilbao, Arrels-Sant Ignasi de Lleida y CAS Sala Baluard), con un total de 15 plazas, con respecto a los 12 espacios de consumo por vía inyectada que cuentan con 37 plazas. En cambio, en estados como los Países Bajos se ha apostado por dar cobertura a esta demanda desde las SCH (77), y en algunas ciudades donde se ha producido una transición del consumo de la vía inyectada a la vía pulmonar, por ejemplo Rotterdam (88,89), el número de plazas para el uso de la vía pulmonar ha aumentando con relación a las plazas del consumo por vía inyectada.

La revisión realizada ofrece un examen de los datos extraídos de las referencias bibliográficas encontradas y de la información facilitada por profesionales y responsables de las SCH españolas, profundizando en diferentes aspectos poco estudiados en revisiones internacionales (67,79-84). En estas solo se incluyen artículos en inglés en los que son escasos e incompletos los datos aportados para profundizar sobre las SCH de nuestro marco geográfico. Por otro lado, cabe decir que son escasas y poco homogéneas las publicaciones españolas en comparación a las experiencias de otros países en los que existe una mayor producción científica sobre estos dispositivos, por ejemplo, en el *Sydney Medically Supervised Injecting Centre* (90), o el *Insite Supervised Injection Site* de Vancouver (91). Cerca de la mitad de los trabajos incluidos en la revisión corresponden a análisis presentados en congresos o jornadas relacionados con las drogodependencias, siendo pocos los trabajos que se difunden como artículos en revistas científicas. Además, los enfoques de las publicaciones sobre las SCH españolas provienen de diversas perspectivas con objetivos e hipótesis diferentes; sin embargo, no ha sido problemático extraer conclusiones conjuntas de los resultados producidos. Debido a estas limitaciones o particularidades ha sido más oportuna una metasíntesis organizada sobre diferentes ejes temáticos. No obstante, el uso de esta metodología presenta

dificultades como, por ejemplo, la generalización de algunas cuestiones poco estudiadas en la bibliografía, que impiden un análisis profundo de algunas cuestiones de suma importancia para la evaluación de las SCH.

La apertura de las SCH es beneficiosa para los consumidores de drogas y de todo el conjunto de la sociedad pero no disponemos de suficientes análisis y conclusiones en la producción científica española e internacional para defender con fuertes argumentos los efectos positivos de estos dispositivos en España. Además, la falta de estudios no permite conocer mejor las potencialidades y puntos a mejorar de las SCH, aspectos necesarios en las evaluaciones para generar propuestas que aumenten la efectividad de estos dispositivos. Debido a la escasez de evidencia científica, en nuestro país se continúa consultando en bases de datos en las que solo se encuentran artículos sobre experiencias de otros países. En estos se describen políticas y estrategias en materia de reducción de riesgos y daños muy diferentes con respecto a nuestro contexto social y político. Del mismo modo, las propuestas de prevención y promoción de la salud evaluadas como efectivas en los estudios internacionales pueden no ser aplicables si no conocemos mejor las prácticas y representaciones sociales de los usuarios y profesionales de nuestro marco contextual. Por todo lo anterior, se requieren estudios de nuestra realidad con el objetivo de mejorar y validar la intervención desde las SCH. Para un futuro, propongo las siguientes líneas de trabajo:

- a. Estudios de viabilidad para la puesta en marcha de SCH, que analicen los aspectos claves en la negociación con los agentes sociales y para la implementación no-conflictiva.
- b. Estudios sobre la evaluación del impacto social y sanitario de las SCH implementadas, para conocer la efectividad de las diferentes acciones promovidas desde estos dispositivos.
- c. Estudios sobre el grado de satisfacción y las necesidades de los usuarios y profesionales con el fin de mejorar los programas ofertados y promover nuevas estrategias.
- d. Creación de revistas o secciones en las que se opine o reflexione sobre las SCH y las políticas de reducción de daños.
- e. Dar mayor apoyo a los grupos especializados en SCH.

Las publicaciones junto al trabajo y reivindicación de las diferentes asociaciones, redes y equipos de usuarios, profesionales y técnicos harán posible una evolución favorable de las SCH y de las políticas en reducción de daños en España.

## NOTAS FINALES

a. Desde mediados de 2012 a la actualidad, se han sumado cuatro espacios de consumo inyectado en Cataluña, tres en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) de Garbívent (2 plazas), Sants (2 plazas) y Sarrià (1 plaza) de Barcelona y una unidad móvil en Badalona (2 plazas). Sobre estas SCH no se han incluido datos en la revisión por no aportarse resultados presentados públicamente en investigaciones empíricas o teóricas, en congresos especializados o reportajes.

b. Datos facilitados por Raquel Iturralde de Arrels - Sant Ignasi (Lleida).

c. Las investigaciones que trabajaron con usuarios de drogas contaron con la evaluación de aspectos éticos a diferentes niveles. Las investigaciones de Anoro et al. (11) y Rodríguez et al. (17) son estudios que cuentan con datos de las historias clínicas y registros de la monitorización de los programas sanitarios y sociosanitarios llevados a cabo desde los diferentes dispositivos. Estos datos fueron recogidos a través de entrevistas confidenciales. Los estudios de Torrents (33), Bravo et al. (34), Anoro et al. (35), Delàs et al. (36), Delàs et al. (37), Roncero et al. (38) y Andreo et al. (39) cuentan con datos clínicos y/o epidemiológicos recogidos de forma

confidencial mediante la observación y/o cuestionarios. En los estudios de Bravo et al. (34), Delàs et al. (37) y Andreo et al. (39), se especifica que los usuarios firmaron un consentimiento informado. En el caso de Bravo et al. (34), el cuestionario fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Salud Carlos III, y en Delàs et al. (37), el cuestionario fue valorado por el Departament de Salut de Cataluña. En el caso de los estudios cualitativos de Clua (13), Arostegi et al. (18) y Daigre et al. (40) se llevaron a cabo entrevistas de forma confidencial, y los datos analizados fueron anonimizados. En el caso de Daigre et al. (40) los participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por el comité ético del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

d. Datos facilitados por el equipo del Bus de la Zona Franca (Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona).

e. Datos facilitados por Laura Pérez de "El Local" de La Mina (Institut per a la Promoció Social i de la Salut - Ajuntament de Sant Adrià del Besòs).

## AGRADECIMIENTOS

El autor agradece por la información y la bibliografía facilitada a Olga Díaz del Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària de la Creu Roja de Barcelona, a Raquel Iturralde del Programa de reducción de daños de Arrels-Sant Ignasi de Lleida (Fundació Sant Ignasi de Loiola de Lleida), a Laura Pérez de "El Local" de La Mina (Fundació Institut per a la Promoció Social i de la Salut - Ajuntament de Sant Adrià del Besòs), a Elena Sala del centro de atención y seguimiento a las drogodependencias "Sala Baluard" (Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona), a Arnau Serra del centro de atención y seguimiento a las drogodependencias "Fòrum" y a todo el equipo del Bus de la Zona Franca (Associació Benestar i Desenvolupament - Agència de Salut Pública de Barcelona); sin quienes no habría sido posible la realización de este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Oró DP, Pallarés J. Riesgos, daños y placeres. En: Martínez Oró DP, Pallarés J, editores. *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas*. Lleida: Editorial Milenio; 2013. p. 23-36.
2. Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):301-318.
3. Clua R. A ritmo de bombeo: teoría y métodos para el estudio antropológico en un espacio de venopunción asistida de Barcelona. *Cadernos de Campo*. 2012;21:255-271.
4. Observatorio Español sobre Drogas. *National report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of Spain 2000*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas/EMCDDA; 2000.
5. Ilundain E, Markez I. Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas. *Adicciones*. 2005;17(Supl 2):287-297.
6. Fuertes R, Kistmacher R, Díaz O. Além da injeção: Estratégias de intervenção com toxicodependentes a partir das Salas de consumo. 2ª Conferencia Latina Virtual de Reducción de Daños (CLAT Virtual); 2008.
7. Picaza A, Bartolomé E, Markez I, et al. Menor riesgo para quienes acuden a una sala de consumo higiénico [Internet]. *Interpsiquis* 2004; 5º Congreso Virtual de Psiquiatría [citado 2 jun 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3215>.
8. Arrieta IM. Salas de inyección higiénica: Perspectiva histórica [Internet]. *Interpsiquis* 2004; 5º Congreso Virtual de Psiquiatría [citado 2 jun 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3211>.
9. Arrieta I. Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) de Las Barranquillas, rebautizado popularmente como 'narcosala'. *Aunar*. 2002;69:14-17.
10. Anoro M, Bernabeu J, Ilundain E, Molí R, Montalvo J, Prieto R, Rodríguez R, Rosell L. EVA-Espacio de venopunción asistida: una curiosa experiencia campestre en Barcelona. En: *Drogas: Exclusión o Integración Social*, II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos Relacionados con las Drogas. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias; 2003. p. 280-286.
11. Anoro M, Ilundain E, Santisteban O. Barcelona's safer injection facility – EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*. 2003;33:689-712.
12. Manifest: Impacte de l'enderrocament de Can Tunis (juny 2004); [citado 11 jun 2013]. Disponible en: <http://barcelona.indymedia.org/newswire/display/121460/index.php>.
13. Clua R. A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida. *Revista Española de Drogodependencias*. 2011;36:463-475.
14. Gutiérrez B. Sala de consumo supervisado en Bilbao: evaluación y resultados tras dos años de funcionamiento. En: *Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones: Comunicaciones*. Cádiz: Secretaría de Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2005. p. 264-291.
15. Maura T. El modelo de la reducción de daños; la sala de consumo supervisado. En: Laespada MT, Iraurgi I, editores. *Reducción de daños: Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Instituto Deusto de drogodependencias; 2009. p.103-113.
16. Bua A, del Río M. *Manual de buenas prácticas para la apertura de una Sala de Consumo Supervisado*. Bilbao: Munduko Medikuak; 2010.
17. Rodríguez E, Martín U, Bacigalupe A. Análisis de la actividad de la Sala de Consumo Supervisado de Munduko Medikuak: 2003-2009. Bilbao: Munduko Medikuak; 2010.
18. Arostegi E, Pérez T. *Impacto sociocomunitario de la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao*. Bilbao: Munduko Medikuak; 2012.
19. Vega F. Nuevos enfoques de inserción laboral: La experiencia en el barrio de La Mina. *Salud y Drogas*. 2007;7:205-213.
20. ¿I per què no? Metamorfosis: *Revista de Usuaris i Usuàries de Metadona i qui ho Vulgui*. 2006;29:7-43.
21. Brugal MT, Guitart AM, Espelt A. *Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-16*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013.
22. Dietze P, Winter R, Pedrana A, Leicht A, Majó X, Brugal MT. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(4):257-260.
23. Vecino C, Villalbí JR, Guitart A, Espelt A, Bartroli M, Castellano Y, Brugal MT. Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas: Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*. 2013;25:333-338.

24. Serra A, Aguelo S. Sala de consumo supervisado CAS Fòrum-Sant Martí. IV Jornada de Reducció de Danys de Catalunya; 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
25. Hidalgo E. Narkosala raveria. Cáñamo: La Revista de la Cultura del Cannabis. 2007;119:42-46.
26. Hidalgo E. Reducción de riesgos en los consumos de cocaína. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. 2009;5:89-101.
27. International Network of Drug Consumption Rooms; [citado 15 jun 2013]. Disponible en: [http://indcr.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=49&lang=es](http://indcr.org/index.php?option=com_docman&Itemid=49&lang=es).
28. Declaración de intenciones relativa a la creación de una red internacional sobre espacios de consumo supervisado [Internet]. 1ª Reunión Científica Internacional sobre Espacios de Consumo Supervisado; Bilbao 22 oct 2007 [citado 15 jun 2013]. Disponible en: [http://indcr.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=58&Itemid=5&lang=es](http://indcr.org/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=5&lang=es).
29. Global Platform for Drug Consumption Rooms [Internet]. 2013 [citado 15 jun 2013]. Disponible en: <http://www.salledeconsommation.fr/spanish-literature.html>.
30. Ilundain E, Markez I. Referencias bibliográficas de interés. Interpsiquis: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría [Internet]. 2004 [citado 17 jun 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3210>.
31. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Sites d'injection supervisée: Une bibliographie. Ottawa: CCLT; 2013.
32. Drug Policy Modelling Program. Supervised Injecting Facilities – Annotated Bibliography. Sidney: DPMP; 2012.
33. Torrents O. Perfil psicológico de sujetos toxicómanos en activo, usuarios de un programa de reducción de daños. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 2006;33(1):24-33.
34. Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A, Itínere Project Group. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. Addiction. 2009;104(4):614-619.
35. Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rossell L, Begoña I, Guinovart C, Gabari M. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. Revista Española de Salud Pública. 2004;78(5):601-608.
36. Delàs J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. Medicina Clínica. 2008;130(1):35-36.
37. Delàs J, Adán E, Díaz O, Aguas M, Pons M, Fuertes R. Smoked cocaine in socially-depressed areas. Harm Reduction Journal. 2010;7:27.
38. Roncero C, Martínez-Luna N, Daigre C, Grau-López L, Gonzalvo B, Pérez-Pazos J, Casas M. Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program. Substance Abuse. 2013;34(2):118-121.
39. Andreo L, Rogés J, Marco C, Bua A, Segador M, Gómez-Heredia S, Henar E, Coromina M, Camí J, Delàs J, Díaz O, Aguas M. Síndrome postconsumo en consumidores de cocaína inyectada a partir de las observaciones realizadas en salas de consumo de diferentes ciudades españolas. Low Threshold Journal. 2013;1(1):13-16.
40. Daigre C, Comín M, Rodríguez-Cintas L, Voltes N, Alvarez A, Roncero C, Gonzalvo B, Casas M. Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias. Gaceta Sanitaria. 2010;24(6):446-452.
41. Carrillo GM, Gómez OJ, Vargas E. La Metasíntesis: una metodología de investigación. Revista de Salud Pública. 2007;9(4):609-617.
42. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005;50(2):204-211.
43. Carrero V, Soriano RM, Trinidad A. Teoría fundamentada "Grounded theory": La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: CIS; 2006.
44. Andréu J, García Nieto A, Pérez AM. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: CIS; 2007.
45. Calvet G. Viabilidad y licitud de las salas de inyección. En: Grup Igia, editores. Gestionando las drogas: Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Barcelona: Grup Igia; 2000. p. 149-156.
46. Médicos del Mundo. Protocolo de seguridad para la actividad de reducción de daños en sala de consumo supervisado. Bilbao: Munduko Medikuak; 2006.

47. Delàs J, Aragó JV, Brasó J, Campaña E, Cebrián S, Coll R, et al. Algunas recomendaciones para la puesta en marcha de una sala de inyección higiénica. En: Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas. Barcelona: ExAequo; 2007. p. 32-39.
48. Sepúlveda M, Báez F, Montenegro M. No en la puerta de mi casa: Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Barcelona: Grup Igia; 2009.
49. Grup Igia. Protocolo de actuación para la implantación de dispositivos de drogodependencias. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.
50. Adán E, Díaz O, Hidalgo D, et al. Protocols de reducció de danys. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2012.
51. Ilundain E. Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma? Humanitas: Humanidades Médicas. 2004;5:105-118.
52. Adán E. El papel de la enfermería en un centro de reducción de daños de Barcelona (SAPS). 2<sup>a</sup> Conferencia Latina Virtual de Reducción de Daños (CLAT Virtual); 2008.
53. Médicos del Mundo. Primer año de la sala de consumo supervisado: Informe de actividades, 25/11/03 – 24/11/04. Bilbao: Munduko Medikuak; 2004.
54. Médicos del Mundo. Memoria Munduko Medikuak 2006: Sala de consumo supervisado de Munduko Medikuak. Bilbao: Munduko Medikuak; 2007.
55. Agència de Salut Pública de Barcelona. Programa dispensación metadona para drogodependientes marginales. Barcelona: ASPB; 2004.
56. Iannello GD, Delás J, Aguas M, Bacovich I, Serra L, Díaz O. La bolsa de las drogas. Gaceta Sanitaria. 2012;26(3):288.
57. Lago A, Sala E, Rovira J. Reducció de riscos a reducció de danys: Anàlisi de substàncies i comunicació preventiva des de sales de consum. IV Jornada de Reducció de danys de Catalunya; 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
58. Gubern M, Carrió M, González M, et al. LITS, Hospitalización en pensiones. En: Drogas: Exclusión o Integración Social, II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las Drogas. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias; 2003. p. 271-274.
59. Lago A, Padilla S, Aranda E, Sala E. "Parafernàlia per a fumadors": una estratègia per la reducció de danys. IV Jornada de Reducció de danys de Catalunya; 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
60. Aranda E, Leal L, Navarro M, Sala E, Via M. Noves tendències de consum de substàncies d'abús entre els usuaris del CAS Baluard. IV Jornada de Reducció de danys de Catalunya. 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
61. Bruguera A, Martí S, Pineda A, Sala E. Experiència del Programa de Manteniment amb Metadona de baix llindar. IV Jornada de Reducció de danys de Catalunya; 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
62. Rovira M, Ripoll L, Bassols X, Roncero C, Casas M. Descripción de los pacientes del programa de reducción de daños del ambulatorio de drogodependencias (CAS) del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón. XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 10-12 abr 2008. A Coruña: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2008.
63. Adán E, Delàs J, Andreo L, Diaz O, Fuertes R. Da redução de danos para a excelência: 15 anos de atendimento a consumidores de drogas ilícitas em Barcelona. GAT - Acção & Tratamentos. 2010;25:7-11.
64. Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Meroño M, Espelt A, González V, Grupo REDAN. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. Gaceta Sanitaria. 2012;26(1):37-44.
65. Lago A, Henar E. Sala de consumo de drogas ilegales por vía fumada inhalada. XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 28-31 mar 2012. Tarragona: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2012.
66. Ilundain E. ¿Prevención o políticas del mal menor? Eguzkilo. 2002;16:111-125.
67. Schatz E, Nougier M. Salas de consumo de drogas: Evidencias y prácticas. Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas; 2012.
68. Martínez-Luna N, Gonzalvo B, Ballabriga T, Esteve O, López C, Ortega R, Sentis V, Serra A, Voltes N, Roncero C, Casas C. Actividad realizada por equipo terapéutico en la Sala de Venopunción Asistida (SVA) CAS Vall d'Hebron. XXXVII Jor-

- nadas Nacionales de Socidrogalcohol; 22-24 abr 2010. Oviedo: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2010.
69. Roncero C, Florez-Lemos M, Martínez-Luna N, Rodríguez-Cintas L, Gonzalvo B, Ballabriga T, Monterde E, Voltes N, Daigre C, Casas M. Síntomas psicóticos en autoinyectores de opioides, en la sala de reducción de daños en el programa REDAN del CAS Vall d'Hebron. XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 28-31 mar 2012. Tarragona: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2012.
70. Gonzalvo B, Ballabriga T, Voltes N, Monterde E, Pedroche M, Palma E, Cantillo M, Miquel L, Rodríguez L, Roncero C. Formación a los usuarios en prevención y detección de sobredosis de opiáceos, en un centro de drogodependencias. XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 28-31 mar 2012. Tarragona: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2012.
71. Majó X, Ilundain E, Valverde C. Manual per educar en prevenció i assistència a les sobredosis. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2009.
72. Sala-Fernandez E, Balaguer G, Bacovich I, Delás J. Reacciones adversas graves en el consumo y talleres de naloxona. IV Jornada de Reducció de Danys de Catalunya; 28 nov 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013.
73. Kerr T, Tyndall MW, Lai C, Montaner JS, Wood E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injecting facility. International Journal of Drug Policy. 2006;17(5):436-441.
74. Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. CMAJ. 2006;175(11):1399-1404.
75. NSW Health. Further evaluation of the medically supervised injecting centre during its extended trial period (2007-2011): Final report. Sidney: KPMG; 2010.
76. Schäffer D, Stöver H. Drug consumption rooms in Germany: A situational assessment by the AK Konsumraum. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, akzept; 2011.
77. Havinga P, van der Poel A. Gebruiksruimten in Nederland Update van de handreiking bij organisatie en inrichting. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
78. van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen D. Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. European Addiction Research. 2003;9(2):94-100.
79. Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2004.
80. Hedrich D, Kerr T, Dubois-Arber F. Drug consumption facilities in Europe and beyond. En: Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010. p. 305-331.
81. Hunt N. The evaluation literature on drug consumption rooms [Internet]. York: Joseph Rowntree Foundation; 2006 [citado 12 dic 2013]. Disponible en: <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/Hunt-DCR-B.pdf>.
82. Inserm. Centres d'injection supervisés. En: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: Les éditions Inserm; 2010. p. 209-229.
83. Joseph Rowntree Foundation. The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. York: Joseph Rowntree Foundation; 2006.
84. Noël L, Gagnon F, Bédard A, Dubé E. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée: analyse critique de la littérature. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009.
85. Freeman K, Jones CG, Weatherburn DJ, Rutter S, Spooner CJ, Donnelly N. The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. Drug & Alcohol Review. 2005;24(2):173-184.
86. Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, Kathy L, Zhang R, Montaner J, Wood E. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. BMJ. 2006;332(7535):220-222.
87. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point of Spain [Internet]. Madrid: DGPND, EMCDDA; 2013 [citado 12 dic 2013]. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_228526\\_EN\\_2013%20SPANISH%20NATIONAL%20REPORT\\_EN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228526_EN_2013%20SPANISH%20NATIONAL%20REPORT_EN.pdf).
88. Blanken P, Barendregt C, Zuidmulder LJ. The evolution of crack and basing cocaine in the Rotterdam heroine scene. Journal of Drug Issues. 1999;29(3):609-626.

89. van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen D. Drug consumption rooms in Rotterdam: An explorative description. *European Addiction Research*. 2003;9:94-100.
90. Sidney Medically Supervised Injecting Centre [Internet]. MSIC Evaluation reports [citado 15 ago 2013]. Disponible en: <http://www.sydneymsic.com/index.php/background-info#MSIC-Evaluation>.
91. Urban Health Research Initiative of British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the evaluation of Vancouver's pilot medically supervised safer injecting facility-InSite. Vancouver: British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2009.

**FORMA DE CITAR**

Clua García R. Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). *Salud Colectiva*. 2015;11(2):261-282.

Recibido: 23 de marzo de 2014 | Versión final: 11 de octubre de 2014 | Aprobado: 31 de octubre de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.