


LowThreshold *Journal*

2019, Vol. 7, Num. 1-2

**Antiguos programas,
nuevos proyectos**



DEJA LA COCA TIO
: ELLA NO TE QUIERE

Kato

Sumario / Sumari / Contents

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

EDITORIAL. *Jordi Delás*

3 - 4

25 AÑOS DE EUROPEAN MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

5-18

REFLEXIONES 2020 SOBRE EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS ILÍCITAS. *Davide Iannello*

19-20

LA SARNA ES LA PUNTA DEL ICEBERG

21

EDITORIAL. *Jordi Delás*

22-23

25 ANYS, EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR
DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

24-37

REFLEXIONS 2020 SOBRE EL CONSUM
DE SUBSTÀNCIES IL·LÍCITES. *Davide Iannello*

38-39

LA SARNA A LA PUNTA DE L'ICEBERG

41

EDITORIAL. *Jordi Delás*

43-44

25 YEARS OF EUROPEAN MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

45-57

REFLECTIONS 2020 ON ILLICIT SUBSTANCE USE.
Davide Iannello

58-59

SCABIES ON THE TIP OF THE ICEBERG

60

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

61

EDITORIAL

Jordi Delás. *En nombre del equipo de redacción de Low Threshold Journal.*

Cooperación en países desarrollados

Durante mucho tiempo, la cooperación de administraciones, organizaciones no gubernamentales y personas individuales se ha centrado en países en desarrollo.

Este modelo de actuación se ha hecho también necesario en países de Europa y América cuando las políticas sociales y redistributivas no han podido garantizar el estado de bienestar en el que las necesidades básicas y la posibilidad de desarrollo personal deberían cubiertas.

Aún en países en los que existe la filosofía de coberturas universales, las administraciones se han mostrado insuficientes a las necesidades de la población y a la movilidad global. Estamos inmersos en un debate sobre la limitación a esta movilidad, preconizando las ayudas en los países de origen frente a las ayudas en el destino.

En esta dualidad de asistencia o prevención, la realidad es que las ciudades de los países desarrollados se llenan de personas que viven en la calle y se enfrentan a diario con la necesidad de buscar cómo hacer frente a sus necesidades básicas, con la ayuda de la cooperación ocasional o reglada.

Vecinos, asociaciones de diverso tipo, personas a título individual se enfrentan, de muy diversa forma a las necesidades de la gente en la calle, pero con la característica común de que se trata de una ayuda directa e imprescindible, que permite determinar la magnitud de una situación, en ocasiones no bien conocida, porque incluye a personas que no contactan con el sistema sanitario o social.

La oportunidad de compartir

Sería deseable que el acceso a medios y recursos derivara de la equidad y la justicia social. Algunas personas y grupos no ven otra alternativa.

Recientemente está apareciendo el banco de talento. Personas con conocimientos de idiomas, informática, materias escolares que los ponen al servicio de quienes no los tienen y desena tenerlos.

En los próximos tiempos, a corto plazo, habrá que seguir el banco de profesionales, que ofrecen su tiempo libre a otras personas su propio profesionalismo. De entrada ya existen experiencias de bancos de atención sanitaria, sorprendentes en sociedades con casi sanidad universal, probablemente dirigido a esos grupos que determinan el casi.

Antiguos programas, nuevos proyectos

Son muchos los cambios habidos en la atención a drogas y son también muchos los organismos y entidades que reflexionan de la evolución. El punto de partido se centra en los años 80, 90, con la epidemia del consumo inyectado de sustancias y la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

En nuestro entorno el punto de partido se suele cifrar en 1993, después de los Juegos Olímpicos que acogió Barcelona, con la observación de una realidad que un grandísimo proyecto colectivo no solo a nivel de ciudad había escondido.

1993	1997	2003	2006	2007	2014
Realidad tras los Juegos Olímpicos	Primeros tratamientos efectivos frente al VIH	Primeras salas supervisadas de consumo	Tratamiento del VIH con una única pastilla	Crisis económica	Tratamiento efectivo frente hepatitis C

Como más de una vez se repetirá en este texto y por distintos autores del equipo de redacción de Low Threshold Journal, drogas y sida golpearon en España una sociedad que no estaba preparada. Que reaccionó de acuerdo a sus propias experiencias y convicciones y no según rigor y ciencia.

Pasamos de considerar las drogas como poco más que un mal hábito y malas compañías a un terrible problema social que abordar aceptando el consumo pero no sus consecuencias.

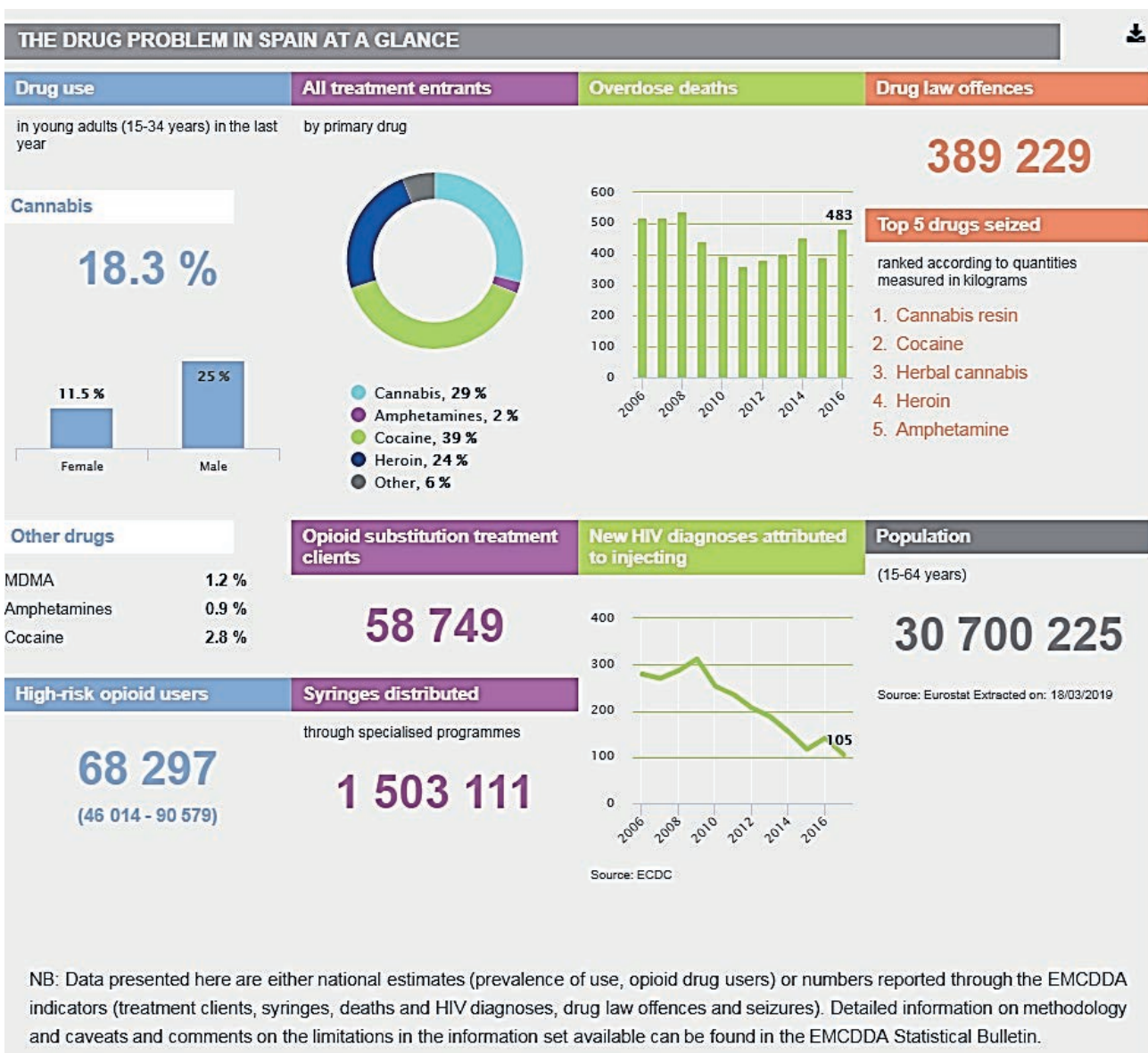
En la actualidad nos hallamos en otro desconcierto de no saber qué hacer con nuestros consumidores mucho de los cuales han envejecido, sin ninguna oportunidad de integración en su futuro.

De todos estos temas se reflexionan en estas páginas de Low Threshold Journal. El equipo de redacción ha recogido, también, viejos y nuevos textos, comunicaciones orales y mucho material oral o como mínimo no publicado. Con el objetivo de responder a antiguos programas con nuevos proyectos más adaptados a las necesidades actuales. *


25 AÑOS DE EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/spain_en

 The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) celebrates this year 2020 its 25 years as an entity of analysis and reflection on drug addiction in Europe. The data it offers can be consulted on its website, <https://www.emcdda.europa.eu/emcdda25>

The following table (Table 1) shows the availability of services for attention to consumers of drugs in Europe: programs of syringes, naloxone, consumption rooms and assisted treatment.

30 countries are analyzed, and among the data stands out the absence of attention programs to drug dependence in Turkey and two countries that provide all the programs (Germany and Denmark). Spain is situated, together with France, in a highlighted place of attention to consumers.

From all the data that EMCDDA offers, the number of injectors, assistance programs and related deaths are deduced as elements of special interest.

Tabla 1. Disponibilidad de servicios de atención a consumidores de drogas en Europa [1].

Country	Needle & syringe programs	Take home naloxone programs	Drug consumption rooms	Heroin-assisted treatment
Austria	Yes	No	No	No
Belgium	Yes	No	Yes	No
Bulgaria	Yes	No	No	No
Croatia	Yes	No	No	No
Cyprus	Yes	No	No	No
Czechia	Yes	No	No	No
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes
Estonia	Yes	Yes	No	No
Finland	Yes	No	No	No
France	Yes	Yes	Yes	No
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes
Greece	Yes	No	No	No
Hungary	Yes	No	No	No
Ireland	Yes	Yes	No	No
Italy	Yes	Yes	No	No
Latvia	Yes	No	No	No
Lithuania	Yes	Yes	No	No
Luxembourg	Yes	No	Yes	Yes
Malta	Yes	No	No	No
Netherlands	Yes	No	Yes	Yes
Norway	Yes	Yes	Yes	No
Poland	Yes	No	No	No
Portugal	Yes	No	No	No
Romania	Yes	No	No	No
Slovakia	Yes	No	No	No
Slovenia	Yes	No	No	No

Country	Needle & syringe programs	Take home naloxone programs	Drug consumption rooms	Heroin-assisted treatment
Spain	Yes	Yes	Yes	No
Sweden	Yes	No	No	No
Turkey	No	No	No	No
United Kingdom	Yes	Yes	No	Yes
30	29	10	8	5

Número de inyectores 1993-2000

Dentro de las acciones en la atención a consumidores a drogas, uno de las más efectiva es la entrega de jeringas [2].

Aparecen en los años 80 y han sufrido numerosas críticas, sobre su fomento del consumo, hasta que la OMS recomienda poner a la disposición de cada inyector 200 jeringas al año, 300 en 2030,

Figura 1. Evolución en el consumo de drogas 1980-2020 [3]

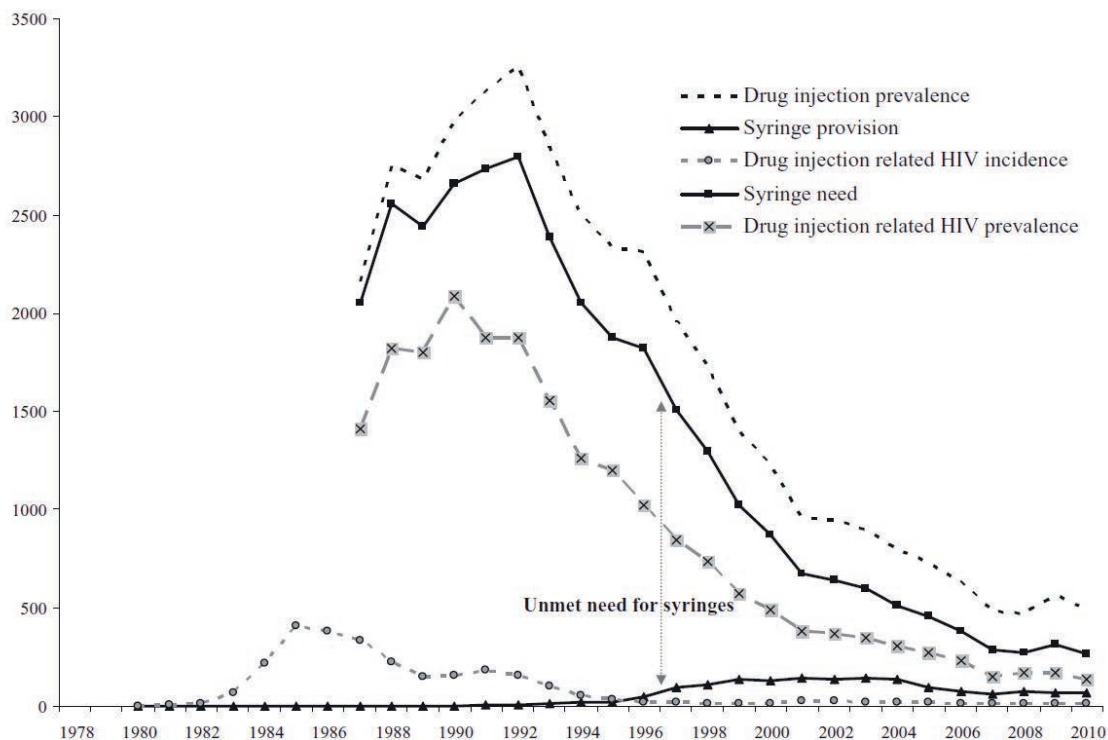


Figure 1 Evolution of some indicators related to coverage of sterile syringes for injecting drug users (IDUs) in the Spanish general population, 1987–2010.

Syringe need and syringe provision are expressed per 1000 inhabitants; other indicators are expressed per million inhabitants. New drug injection-related human immunodeficiency virus (HIV) cases in the population (population incidence) was obtained from the HIV register for 2001–10 [28] and from a published study for 1980–2000 [23]. Drug injection-related HIV cases in the population (population prevalence) was obtained by multiplying the prevalence of HIV among IDUs (obtained from the register on drug treatment admissions [25] and from a published study [32]) by the number of IDUs

En el gráfico del artículo de Barrio et al [3], se ofrecen datos sobre número de inyectores y necesidades y entrega de jeringas. Cabe destacar que se trata de datos estimados. La marginalidad del consumo hace imposible tener un censo de usuarios y asimismo los datos son de toda España con lo que consideraciones generales puede que no tengan aplicaciones locales.

Hay disminución de los consumidores por vía inyectada desde 1992 en que, según los autores se alcanza una prevalencia de 3,26 inyectores de drogas /1000 habitantes. Desde este año, la disminución en la tasa ha disminuido anualmente, hasta llegar a 0,40/1000 habitantes en 2010.

Esta propuesta disminución de más de 8 veces de la prevalencia de consumidores podría hacer pensar que el consumo inyectado ha devenido algo residual. Sin embargo, en la realidad diaria, sigue siendo un muy importante problema de salud pública, con un consumo conflictivo, vinculado a delincuencia y una pésima calidad de vida de los usuarios marginales [4].

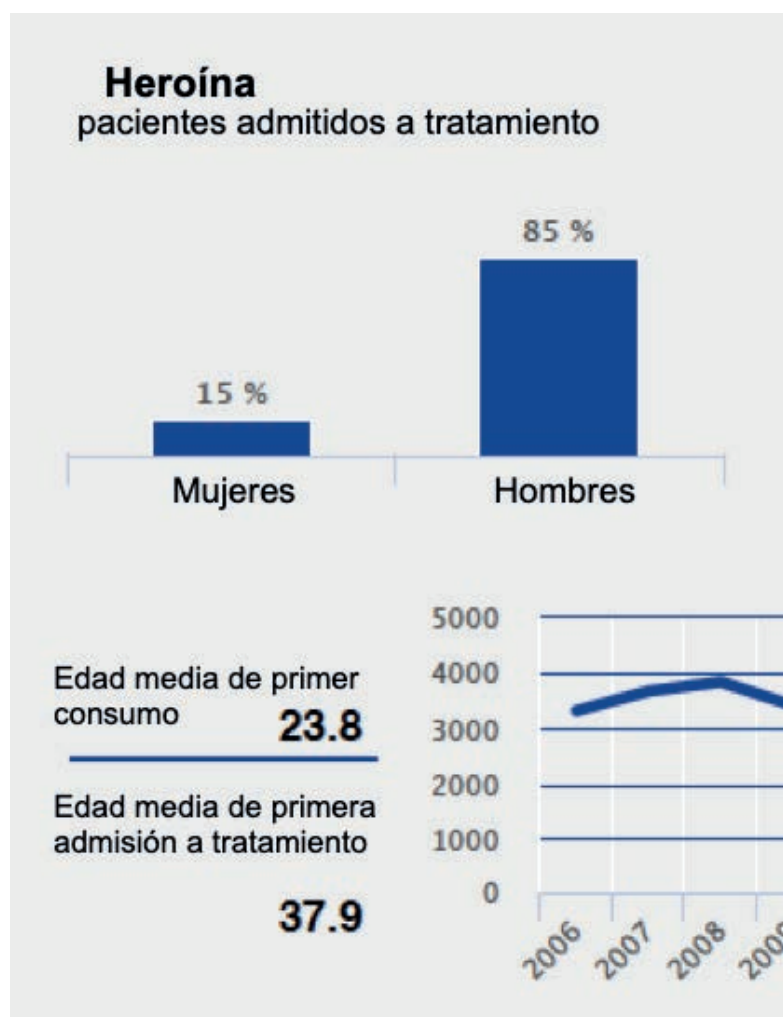
Según informes de la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, en España, la heroína sigue siendo la droga principal relacionada con las consecuencias sanitarias y sociales más graves, como las infecciones relacionadas con las drogas.

El número estimado de consumidores de heroína de alto riesgo ha presentado una tendencia decreciente desde 2010 hasta la última estimación de 2015 y sigue decreciendo desde 2009. El uso de drogas por vía inyectada también ha disminuido en los últimos 30 años entre los drogodependientes admitidos a tratamiento [5].

Analizar los datos de personas que entran en tratamiento es un registro que puede tener interés para el seguimiento. Sin embargo no tiene un valor de disminución de prevalencia, toda vez que, en la actualidad es muy frecuente el policonsumo en el que coexisten fármacos como tratamiento –metadona– con drogas ilícitas, heroína, cocaína.

Es el fenómeno de las puertas giratorias. Es muy habitual que combinen fases de abstinencia y de consumo, asistencia a centros de mantenimiento y centros de consumo.

Figura 2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Informe España 2018 [5]



Jeringas entregadas 1.993 2.020

La figura 1 también muestra una aproximación a las jeringas que habría que entregar y las realmente entregadas. Hay que seguir insistiendo en que se trata de cálculos, no de evaluaciones reales de consumidores.

Los datos se aproximan hacia 2010, según los autores, más por disminución del número de consumidores que por la oferta de jeringas.

Los motivos podrían ser dos. Insuficiente número de jeringas para entregar. O que haya un gran número de consumidores con lo que no se contacta. No es fácil, al menos de forma prolongada, que falten jeringas. Más plausible es que no contacten siempre con los centros de distribución de jeringas

De forma parcial. Durante determinadas horas, determinados días no hay servicios, salas de consumo, jeringas. De modo que los usuarios aprenden a pincharse

Total admisiones
Admisiones por primera vez

10978
2202



sin salas o sin tener jeringas a su alcance. Una vez más es una llamada a extender con horas y días el horario de atención a los consumidores activos.

Otra posibilidad es que no se contacte completamente. Serían las personas que no contactan habitualmente con el sistema sanitario. Haría referencia el recuadro rojo de la figura 1. Buena parte de las personas a las que no han llegado las jeringas.

Los distribuidores, los últimos vendedores, pequeños traficantes contactan efectivamente con el consumidor. Sería ideal que estos facilitaran las jeringuillas y el material limpio, nuevo.

La OMS recomienda que en el año 2000 se debería alcanzar la entrega de 200 jeringas para cada consumidor y de 300 jeringas en el año 2030. En España no se accede a estas 200 jeringas

Muertes relacionadas con el consumo

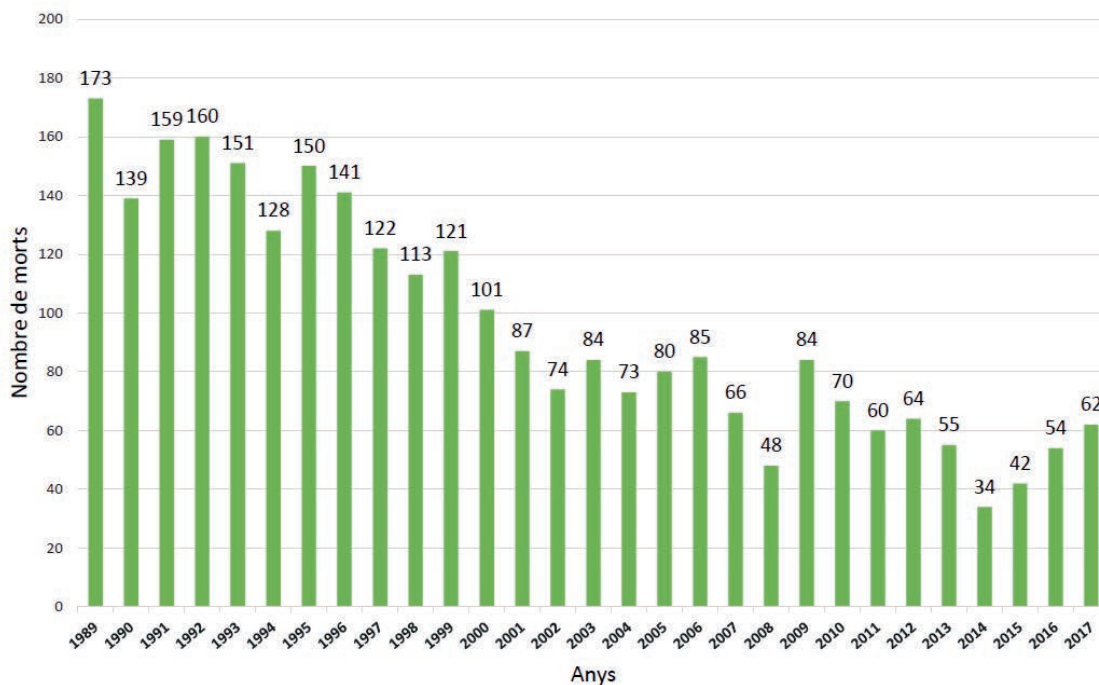
Un estudio europeo muestra la mortalidad cruda (cociente entre el número de defunciones ocurridas durante un período determinado y la población media de ese período, multiplicada por 1000) en 8 diferentes ciudades. Vincula muertes y población total. Poco más de 1 por cada 100 personas-años en Dublín y Londres a 2 por 100 personas-año en Roma y 3,8 por 100 años-persona en la cohorte de Barcelona.

Concretamente en Barcelona la muerte estaba ocasionada en 34,5% por reacciones agudas al consumo, 37,0% por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 24,6% por otras causas, y 3,9% por causas desconocidos. El estudio es de 1992-2001. Es decir, en años previos a la terapia con medicamentos de alta eficacia comenzada en 1997. Las muertes por VIH han disminuido, siendo uno de los argumentos de la actual mayor longevidad de la población de consumidores activos. Han tomado precauciones [6].

En Barcelona, la epidemia de muertos por sobredosis de heroína empezó en 1983 con 19 muertes, alcanzando en 1989 los 173 fallecidos, uno cada tres días [4], hasta la actualidad estabilizadas las muertes por sobredosis en las 60-70 (Figura 3)

Figura 3. Evolución de la mortalidad por sobredosis en Barcelona [7]

Evolució de la mortalitat per sobredosi, 1989-2017



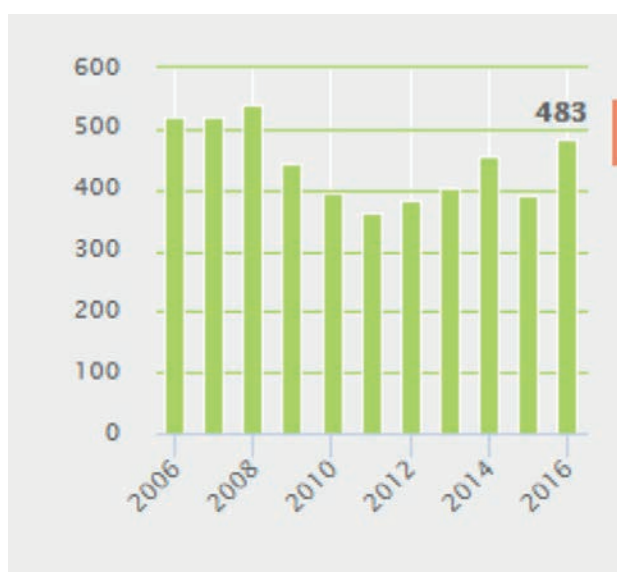
Las estrategias efectivas, según el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction para combatir las muertes por sobredosis son los programas de mantenimiento con metadona, las salas de consumo y los programas de prevención y actuación en sobredosis [8].

En Barcelona, desde 2003 se realizan las tres medidas.

En España, las muertes por reacciones agudas al consumo se mantienen alrededor de las 500 al año en 2006 y 2016, con un reciente repunte (Figura 4).

Una vez más pueden variar las cifras por ciudades o comunidades.

Figura 4. Muertes por sobredosis en España [9]



De salas supervisadas de consumo a consumo en pisos de venta ilegal o en la calle 2003 - 2020

Las salas de consumo supervisado de drogas – las supervised injection facilities (SIFs) [10] o drugs consumption rooms [11] de la bibliografía en lengua inglesa - surgieron como un dispositivo más en la atención de consumidores activos de drogas con la idea de prevenir sobredosis, enfermedades de transmisión parenteral y la posibilidad de crear vínculos e informar sobre consumo de menor riesgo. El European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, las ha distinguido como un elemento que disminuye las muertes en consumidores de drogas.

Un estudio realizado en Catalunya, la zona que concentra mayor número de salas de España, en los años 2014-15 [11] mostraba (Tabla 2) que un 21,1% consume siempre en las salas. Si consideramos que de 22 a 8 no hay salas abiertas, supone que a la semana las salas están cerradas un 43,7%. Sin duda casualidad, pero se acerca mucho al porcentaje de personas que podrían argumentar usar las salas en ocasiones, cuando están abiertas. Habría que buscar otras explicaciones para los que utilizan tan pocas veces las salas.

¿Cómo valoramos que un 21,2% usan siempre las salas? Probablemente el desideratum sanitario sería que el consumidor usara siempre las salas en pos del “cero” muertes por reacción aguda al consumo y “cero” contagios por vía parenteral.

Además del horario en que es imposible usar las salas porque están cerradas habría que preguntar a los usuarios por qué las salas que aparecieron con tanto entusiasmo no han conseguido que todos los consumidores, en todas las ocasiones las utilicen de forma segura.

Tabla 2. Consumos en y fuera de la sala

Consumo en la sala	
Menos de la mitad de la veces	33,1%
La mitad de las veces	45,7%
Siempre consume en la sala	21,2%

En todas las salas del mundo conocidas no se ha registrado ninguna muerte como reacción aguda al consumo, en contrapartida a todas las muertes habidas por dicho motivo en la calle.

En España se crearon salas en Madrid (año 2000), Catalunya, País Vasco, si bien desaparecieron, sin explicaciones claras, con el paso del tiempo, de la Comunidad de Madrid.

En Barcelona la primera sala de consumo supervisado surgió en 2003 [12], en la zona de venta de Can Tunis a partir de la necesidad y observación del equipo que con una furgoneta entregaba material de punción higiénico y recuperaba material utilizado. Con la clausura del punto de venta de Can Tunis, los consumidores se desplazaron en buena parte a la Ciutat Vella de Barcelona y se crearon las salas de SAPS, Creu Roja (2004) y posteriormente Baluard, La Mina, Valle Hebrón. Más tarde la Agència Catalana de Salut Pública promovió que en todos los centros de atención a consumidores (CAS) pudiera haber también una sala de consumo. En Catalunya hay 12 salas de consumo (tres de ellas en Unidades Móviles), <http://drogues.gencat.cat/es/detalls/Noticia/noticia-00004>

Los consumidores han utilizado ampliamente estos recursos y se valora positivamente la higiene del entorno, la seguridad y un clima agradable que se genera. En un estudio de 2009, en la primera parte de la actual historia de la sala de consumos en España se cita que los usuarios de la sala se sienten atraídos por las ofertas sociales y sanitarias que no encuentran fácilmente en otras partes [10].

Pendiente comprender la progresiva desafección de las salas y el frecuente consumo en pisos y la calle. Prisas, inmediatez, sensación de libertad versus espacios cerrados, normas, expulsiones. Pérdida del miedo a los efectos indeseables.

También pendiente una buena explicación de la desaparición de la sala de Madrid y de la no existencia de consumo allende País Vasco y Catalunya.

De 2003 a 2019 ha habido cambios en la ubicación y horario de las salas de consumo, que, en la actualidad, no cubren todas las horas del día ni todos los días de la semana.

Grandes intercambiadores

Hemos reiterado que un objetivo de la atención a consumidores de drogas es llegar a todas las personas consumidoras. Seguramente los sistemas sanitarios y sociales no lo consiguen. Los distribuidores, vendedores, camellos, sí.

Varias publicaciones han apelado a las relaciones con distribuidores de confianza, a los buenos camellos con diferente grado de anonimato [13]. Tanto para

los servicios sanitarios como para los distribuidores el objetivo es que los consumidores mantengan un buen estado de salud. Inherente a la función del sistema sanitario y para que siga consumiendo, como motivo para el mercado ilegal de las drogas.

En octubre de 2019 se detectó en Barcelona la demanda de un elevado número de jeringas en uno de los centros de atención de drogas de la ciudad. Dos personas extranjeras pedían, en total, 35.000 jeringas al mes. La demanda era más elevada, pero no se podía atender por la incapacidad de almacenamiento del centro y porque se hacía difícil su transporte, ya que estas dos personas se desplazaban caminando.

El material consistía con jeringuillas denominadas españolas (aguja y jeringa separadas), americanas (aguja y jeringa en el mismo cuerpo), cazoletas y aguas para preparar la dilución, gomas –smart- para atarlas en el brazo y hacer más evidentes las venas, contenedores amarillos para recuperación de material utilizado y un mínimo de 10 botellas de naloxona por cada intercambio.

Estas personas trabajaban en un piso de venta de drogas ilegales por vía intravenosa. Y ellos o sus dueños, además de las sustancias a vender, ofrecían material limpio para el nuevo consumo y, tenían naloxona para dar a consumidores o para utilizar por parte de las personas a cargo del piso, en caso de sobredosis por heroína.

El motivo de esta preocupación por el cliente tal vez no lo sabremos nunca. ¿Empatía? ¿Buenos sentimientos? ¿Vendían más que otras casas de venta no tan cuidadosas con el cliente?

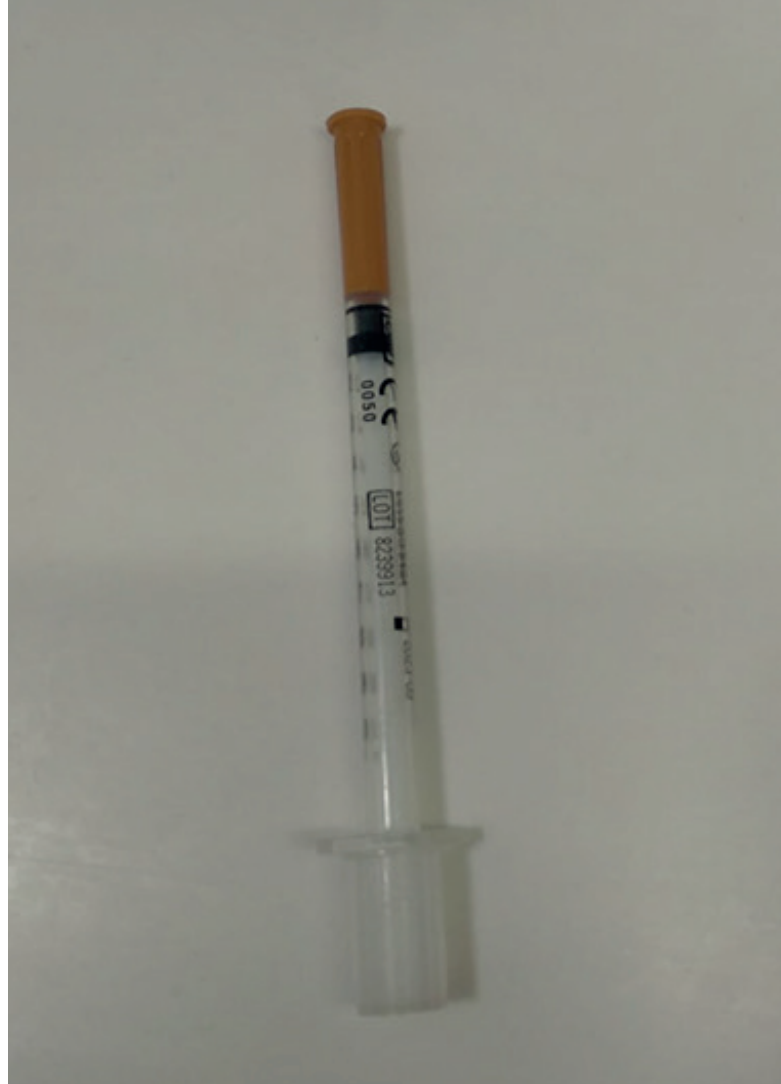
Desde el centro se hacía adiestramiento de estas dos personas en la utilización de la naloxona en caso de reacción aguda a opiáceos y de la forma de punción más segura o preparación de la zona de inyección.

No había, sin embargo, recuperación de los contenedores. Decían que cuando estaban llenos, debidamente cerrados los tiraban a los contenedores municipales.

El mantenimiento de esta relación se basaba en el voluntario desconocimiento del punto donde se hacía esta venta, este consumo.

No había información de la cantidad de naloxona que se utilizaba, cómo y por quién. Si los daban a los consumidores, los guardaban para atender sobredosis o ambos procedimientos.

Dejaron de acudir. Lo que demuestra, también, que la educación y colaboración con el distribuidor es conveniente, pero la relación es frágil.



Jeringa Americana/Xeringa Americana /American syringe

Consumo en pisos de venta de drogas

En algunos pisos de venta de drogas no legales tiene lugar el consumo, siguiendo el modelo de estas salas, incluso con empleados.

Puede haber distribución de jeringas nuevas, recogida en contenedores sanitarios de material usado, naloxona para la reanimación de depresión respiratoria e incluso personal que ha realizado cursos de formación en centros de atención a consumidores activos atiende a los consumidores

Esto podría considerarse algo positivo desde un punto de vista práctico, como alternativa a consumir en la calle y como una línea de trabajo con distribuidores de drogas enfocado al objetivo compartido de preservar la salud de los consumidores.

Sin embargo, la realidad actual es que en la mayoría de los casos, el consumo en los pisos de venta se realiza en deplorables condiciones higiénicas, con



frecuente situaciones de violencia, vejaciones e incluso violaciones.

Se convierten en focos de contagio. Datos del entorno del barrio de La Mina (Sant Adrià, Barcelona) informan de reinfecciones del orden del 16% de los inyectores. Las situaciones de violencia, altercados, desórdenes en las calles vecinas, ocasionan el enfrentamiento con el vecindario.

La necesidad de los consumidores de conseguir sus dosis habituales de sustancias ilegales exige la persistencia de puntos. De forma pragmática, una intervención en el mercado ilegal sería evitar los lugares donde la distribución es particularmente peligrosa para los usuarios y conflictiva para el vecindario, frente a lugares de venta y consumo de menor riesgo.

Sin embargo, los actuales patrones de actuación de los distribuidores hacen que las relaciones con el sistema asistencial sean muy escasas.

Se informa desde el centro Baluard (Ciutat Vella Barcelona) que tras el cierre de pisos de venta muchos usuarios se desplazaron a otras zonas pero que el cen-

tro triplicó la actividad ya a partir del día siguiente, a la vez se disparó el consumo en la calle. Y esto se ha mantenido hasta hoy.

Es decir, el cierre de pisos de venta y consumo ocasionó que parte de los usuarios aumentaran su frecuentación parcial o completa a las salas de consumo legales y que parte de los usuarios aumentaran también de forma ocasional o completa el consumo en la calle.

De lo que se deriva que hay que planificar y estar preparados para los cierres de pisos de consumo y que la estrategia de captación de usuarios de los pisos de venta ilegal es necesaria, porque tras el cierre se incrementaron las acogidas de nuevos usuarios

Razones de seguridad impiden la coordinación de las acciones policiales como cierre de pisos de consumo o redadas en zonas concretas. Pero de alguna manera ha de considerarse que el cierre de puntos de venta va a trasladar el consumo a otras zonas o van a aparecer nuevas demandas frente a las que el sistema de atención a consumidores activos debería prepararse.

Sistema legal frente a mercado ilícito de las drogas

No es desdeñable considerar las necesidades de los consumidores como una constante por la que compiten sistema legal e ilegal.

$$\text{Necesidades de los consumidores} = \text{Oferta del sistema ilegal} + \text{Oferta del sistema legal}$$

Cualquier mejora en uno de los dos sistemas puede ir en detrimento del otro. Mejorar la oferta del sistema legal habría de reducir el acceso al sistema ilegal.

Tabla 3. Sistema legal e ilegal frente a las necesidades de los consumidores.

Mercado ilegal →	Sistema sanitario y social
Oferta del sistema ilegal: consumo en calle o en pisos de venta	Oferta del sistema legal: salas de consumo legales y alternativas al consumo
"Mercado negro"	Programas de sustitución con metadona, buprenorfina
"Mercado negro"	Tratamiento con psicofármacos
Posibilidades ilimitadas (consumo en la calle en cualquier momento del día, semana), sin espera	Horario de salas limitado, colas para el acceso al consumo
Menos limitaciones y normas. Espacios abiertos (en la calle)	Seguridad ante reacciones agudas, higiene, educación, ayuda a la búsqueda de vena
No expulsiones (la expulsión de los centros conduce a la calle)	Expulsiones

Es excesivo, en la actualidad, el porcentaje de personas que consumen drogas fuera de las salas sanitarias. Con importantes repercusiones sobre la salud comunitaria: inseguridad, incomodidad, mala imagen, mal ejemplo, riesgos de pinchazo accidental con el material utilizado. Probablemente las personas que se pinchan en la calle tienen peor estado de salud y

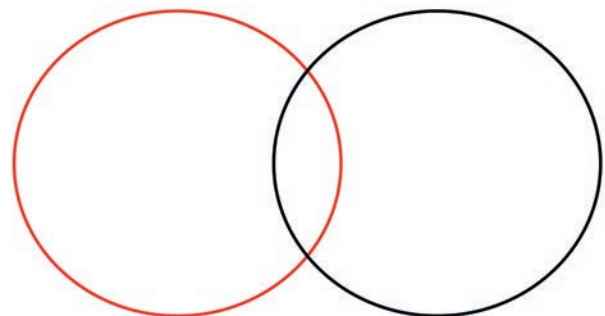
contactan, también, menos con el sistema sanitario y social?

Hay un equilibrio, de décadas entre el mercado ilegal de las drogas y el sistema sanitario y social (Figura 4). Los distribuidores, pequeños vendedores pueden ser el nexo pero es un vínculo débil, sometido a muchísimas oscilaciones. Cambios de personas, de lugar.

El sistema legal tiene como punto fuerte la oferta gratuita de sustancias legales, auténtica contrapartida al consumo ilegal de pago.

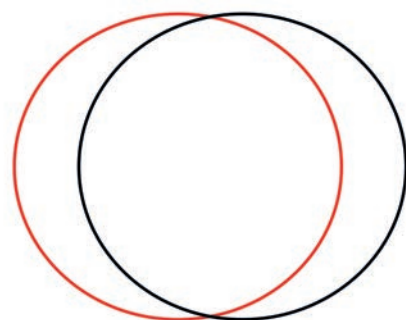
El sistema sanitario y social puede ganar terreno al mercado ilegal proveyendo las sustancias. Aceptando que un tipo de consumidor prefieren el contexto de la compra ilegal. Pero hay que intentar reducirlo con tentativas. Metadona, buprenorfina lo han sido. En esta lucha por el consumidor, desde el propio sistema sanitario y social no se han de poner excesivas trabas a la oferta legal de sustitutos y psicofármacos y considerar el papel de los opiáceos inyectados y las benzodiacepinas.

Figura 5. Mercado ilegal de las drogas y sistema sanitario y social. *Statu quo*



(en rojo) Mercado ilegal de drogas
Sistema sanitario y social (en negro)

Figura 6. Ganar terreno al mercado ilegal desde el sistema sanitario y social



(en rojo) Mercado ilegal de drogas
Sistema sanitario y social (en negro)



Hace falta en el seno del sistema sanitario un debate profundo en que se cuestionen, sin juicios previamente establecidos, actuales prácticas. Con medidas que favorezcan el uso de las salas supervisadas preferentemente a los pisos de venta o la vía pública (Tabla 4).

Tabla 4. Medidas que favorecen la utilización de las salas de consumo supervisadas

- 1) horarios de la sala amplios frente a los recortes que paulatinamente han ido teniendo lugar.
- 2) proximidad de las salas a las zonas de consumo
- 3) salas de consumo confortables
- 4) número de plazas de consumo en la sala adecuadas para evitar esperas
- 5) adecuar el diseño de las salas (post 2003) a las circunstancias actuales
- 6) consulta a los consumidores sobre sus preferencias para una sala supervisada

Ha habido varias alternativas para el tratamiento de consumidores de opiáceos que no abandonan el

consumo a pesar de la existencia de substitutivo como metadona o buprenorfina. Con adherencia a la aguja, vena y heroína intravenosa.

Tras históricas alternativas como el programa PIENSA en Andalucía no ha habido significativas propuestas en España, a diferencia de Bélgica, Alemania, Luxemburgo, Holanda y Reino Unido (Tabla 1)

Algunos consumidores han optado por el uso intravenoso de la metadona preparada para el consumo oral. No deja de ser una propuesta ingeniosa y barata que parece que produce un efecto más satisfactorio que por vía oral.

Este subgrupo de usuarios debe ser retenido en el sistema facilitando el consumo en salas supervisadas, adiestrados y dotados de material adecuado.

Y una posibilidad para los que no renuncian a la aguja es el tratamiento compasivo con heroína. Prescripción fuera de un ensayo clínico, con solicitud a la Agencia Española del Medicamento por parte del médico, aceptación del consumidor [14] y un gran pacto dentro del sistema sanitario.

Metadona inyectada

La metadona inyectada cuesta más de inyectarse porque hay más líquido. Los consumidores usan jeringas españolas, con agujas pequeñas y una jeringa de 10 o 20 ml. Las agujas y las jeringas están separadas. Los consumidores típicos de metadona inyectada usan las jeringas verdes intramusculares

21G cortas y de gran tamaño y las jeringas de 5, 10 y 20 ml.

Algunas personas se inyectan durante 30-40 minutos. A quien quiere pincharse 120mgs se le recomienda dividirlo o beber una porción. Se les enseña a usar un catéter que algunos querrían llevar a casa para sucesivos pinchazos. Nadie usa la ruta subcutánea. Hay ayuda para el hallazgo de la vena. Contribuye a su autonomía.

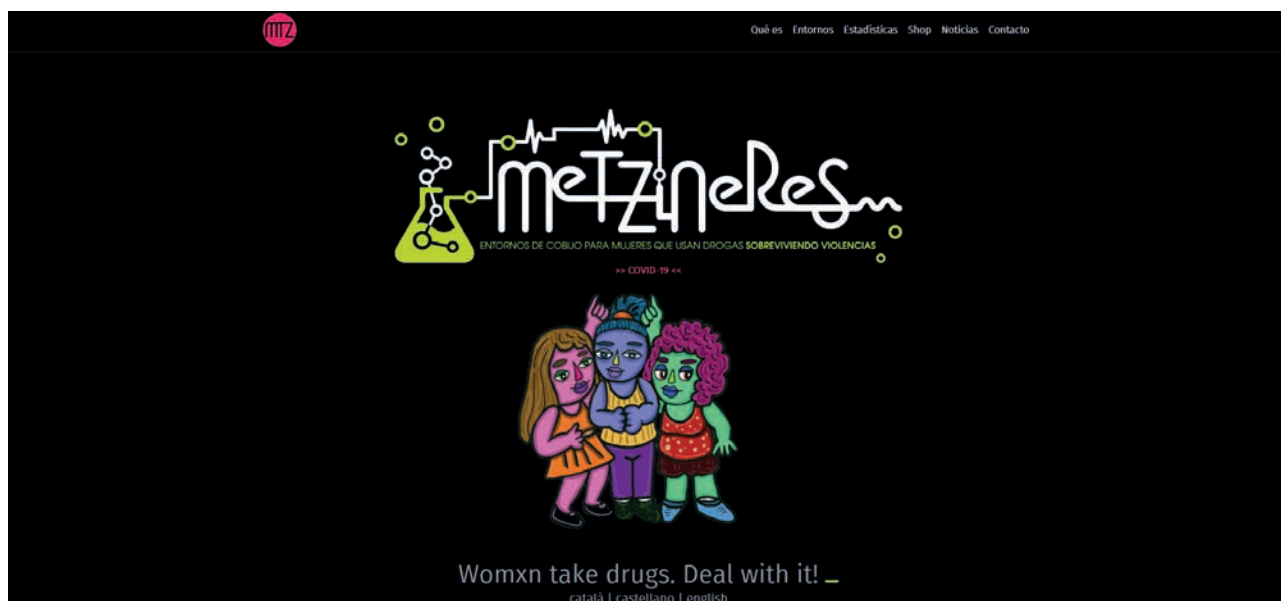
Espacios para mujeres

Son muchos más, en nuestro entorno, los hombres que las mujeres que se encuentran en la calle. Se han planteado muchos argumentos. Entre otros, la priorización que hace la mujer al techo y, no tanto, el hombre.

Se suele citar que la relación es de 8 hombres por cada mujer, lo que condiciona que, a menudo, los dispositivos para personas en la calle se hallen más dirigidos a las características masculinas.

Por ello es interesante la existencia en los mismos recursos de primera línea de espacios de ubicación y tiempo solo para la mujer. No exentas, estas experiencias, de críticas por parte de hombres que durante ese espacio de tiempo no puede acceder a los servicios [15,16]

Tranquilidad, relajación, apoyo se pueden sumar a la aparición de opiniones, temas, demandas que en la atención general pueden no aparecer. Conviene seguir con interés estas experiencias.



<https://metzineres.net/index-es.html>

El castigo y consumidores de drogas. Qué, cómo, cuándo, dónde y para qué?

La reflexión de dónde es un buen punto de partida. Son causas clásicas de castigo el consumo fuera de las zonas permitidas, la destrucción de material del servicio y la agresión. Pero resulta diferente si la acción ocurre en locales estables, donde los tres argumentos tienen sentido o si ocurre en la calle. El consumo en la calle no es competencia de los servicios asistenciales, aunque sí pueda serlo de otras instancias. Así como el material que no sea del equipo y la agresión, también a personas diferentes del equipo.

El castigo -qué- en la mayoría de los casos supone una suspensión de prestaciones que, implica la falta de contacto. El castigo ideal debería comportar el mantenimiento de otras formas de seguimiento.

La mayoría de las transgresiones se dan en zonas comunes, de estancia, de relax. Zonas más complejas de manejar. En las áreas de consumo y despachos profesionales se dan también transgresiones, pero menos.

Sería deseable que el castigo educativo y terapéutico implicara seguir manteniendo el contacto aunque fuera por otros profesionales y en otros ámbitos. Deseable.

El castigo que supone una pausa de un día o menos en la atención, lo que algunos equipos denominan el castigo exprés, tiene sentido que se formule de forma inmediato. Cesamos hoy la asistencia, confiando que mañana sea todo más llevadero.

Mientras que el castigo más trascendente es recomendable que no sea en caliente, sino reflexionado en el curso de la reunión de equipo.

La formulación del castigo -cómo- debería estar revestida del deseado profesionalismo. Exento de pasión, confrontación o tono exaltado.

Y ya se ha anticipado que el castigo ha de ser fundamentalmente terapéutico, que aporte algo al tratamiento del consumidor o a su proceso educativo. Y en algunas ocasiones supone dejar de dar la prestación para preservar la integridad del centro y profesionales.

La atención a consumidores activos, inmersos en un ámbito de frecuente violencia, individualismo y enfermedad física y mental no es fácil. El castigo es una herramienta más, a utilizar con extremada prudencia y de forma objetiva, pero la mejor herramienta es el profesionalismo.





Retos futuros en la atención a consumidores de drogas

La formación en la relación con los pacientes, de los profesionales que a menudo se hace boca a oreja de veteranos a *juniors* con rigor aleatorio.

Necesidad de nuevas competencias en materia de comunicación, pedagogía, empatía.

Eradicar la drogofobia, que puede incidir, incluso en entornos asistenciales.

Los derechos de los consumidores, a menudo no preservados.

La obligación a consumir la metadona ante el personal asistencial de lunes a viernes, con un posible componente de desconfianza, mientras que el fin de semana ni hay atención, no hay controles.

Los horarios asistenciales. Más a la conveniencia de los equipos asistenciales que de las necesidades de los usuarios. Hemos pasado de atención de 21 a 6, a no tener ningún centro abierto más allá de las 21,30 y frecuentemente cerrados los fines de semana.

Los pisos de consumo de drogas son una alternativa de diverso impacto sobre la salud, con grandes intercambiadores que deben encontrar las jeringas donde pueden.

Siguen vigentes los programas de intercambio -tú me das yo te doy- versus programas de entrega de material no contaminado de inyección, diferenciado de la recogida.

Profesionales y centros todavía creen que no se pueden dar muchas más jeringas de las que se recuperan.

El sorprendente mercado ilegal de las drogas. Cada vez más similar a los mercados convencionales. Con días de fiesta, empleados, dependientes que pueden tener, incluso formación a la medida de las salas de consumo del sistema asistencial. Pueden ser una ayuda en el lugares donde no llega la atención pública?

Pobreza, gente en la calle. Policonsumidores. Menores no controlados. Mayores que fueron menores tutelados, sin ninguna fuente de ingresos actuales.

Y la cultura socrática de hacernos preguntas. Cómo incidir en el mercado ilegal de los drogas? Cómo pueden ser recuperadas por el sistema asistencial las personas que compran en el mercado negro?

¿Debemos desconfiar sistemáticamente del usuario?

¿Qué pasa si alguien no se toma la metadona por vía oral y se la inyecta? Se debe prohibir a las salas el consumo inyectado de metadona?

Si alguien vende metadona ¿dónde va a parar?

¿Es la metadona en el mercado negro una alternativa a comprar heroína a los pisos de consumo?

¿Son las benzodiacepinas en el mercado negro una alternativa cualitativa o cuantitativa al consumo de drogas ilegales?

¿Qué significa que alguien sistemáticamente se quede sin medicación, sin metadona o benzodiacepinas antes de la siguiente prescripción?

¿Tenemos personas infradiagnosticadas, infratratada?

¿Cómo enfocamos la violencia de género en el contexto de la adicción?

¿Tenemos los mejores horarios?

¿La plétora en las salas de consumo es una invitación a consumir en la calle?

El debate está abierto. ✨

REFLEXIONES 2020 SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS

Daive Iannello. *Sociólogo*

Definir lo que son antiguos programas de drogas para poder mejor atender y entender las nuevas demandas no es tarea fácil.

De entrada, se hace preciso movernos entre las varias normas de conducta social de forma multidisciplinaria y empática, para así conocer el sub-mundo y actuar en el interés de la salud pública y específicamente de los consumidores. Hay que garantizar la seguridad de una sustancia frecuentemente adulterada en un entorno de consumo no higiénico, con prejuicios y con profesionales escasamente gratificados que trabajan en un entorno de calle.

Los centros de reducción de daños socio-sanitarios, a lo largo de los años se han ido adaptando, a las inesperadas necesidades que en cada momento se han ido presentando, fabricando oportunidades para las personas atendidas

Pero los recortes presupuestarios de la última década han afectado todo el sistema reducción de daños debilitando la fuerza del “modelo Barcelona de reducción de daños”. Los efectos los han vivido tanto los usuarios como los profesionales de tal sistema. El descenso de la utilización de las salas de venpunción asistida y el desplazamiento hacia las periferias son efectos evidentes de este fenómeno.

Ha cambiado también y en cierta lógica el perfil de las personas consumidoras y los proyectos no han tenido la misma capacidad de adaptación al cambio. Cambios que sí ha sabido reconocer el mercado de las sustancias ilegales que, como mercado negro, sabe mudarse para atender mejor a sus usuarios. Conscientemente la gente no piensa si la sustancia está o no adulterada, saben que sí pero como no pueden hacer nada al respecto, se basan sobre las experiencias personales y/o de referentes (amigos, compañeros...) para determinar donde es mejor comprar y a resultados



de ello, dónde hacer el primer consumo después de la compra.

El sistema no ha sabido adaptarse a la movilidad del fenómeno consumo.

La fórmula de cómo se debería actuar no la tengo, pero sí me atrevería a definir algunas variables que son importantes en el desarrollo de nuevos programas:

- Priorizar la relación humana, participación activa de usuarios
- Detección interdisciplinar de las necesidades
- Concienciar sobre riesgos y medios disponibles para reducirlos
- Promocionar recursos socio-sanitarios
- Informar de los programas a los que pueden acceder
- Mejorar el acceso a poblaciones de difícil contacto
- Capacitación y formación/refuerzo de habilidades y dinámicas sociales,
- comportamientos y
- uso del tiempo libre
- Recopilar información
- Educación entre semejantes (intercambio de conocimientos)
- Acompañar en un proceso de autoestima y de la calidad de vida.

Observar cómo los recortes de recursos socio sanitario y económicos afectan a los

consumidores a la hora de conseguir y consumir las dosis es buena práctica para determinar si es posible que dicha falta influya en la conducta dando lugar a prácticas de mayor riesgo:

1. Reutilización de jeringas y material de inyección entre otras circunstancias.
2. Cambio de la vía de consumo (pasar a vía intravenosa).
3. Deterioro de las condiciones de vida: alimentación, vivienda, cuidados sanitarios al tener menor dinero y mantener las mismas necesidades de consumo.

Para todo ello podríamos servirnos de las teorías del aprendizaje social para desarrollar un trabajo de creación de significados de las actividades humanas, para poder desarrollar un trabajo de prevención de consumo de sustancias. Necesitamos también de las herramientas de la perspectiva etno-metodologica para investigar los procesos gracias al cual los seres humanos interaccionan, es decir sobre: las modalidades de intercambio de los conocimientos para así poder detectar problemáticas o necesidades y adaptar las intervenciones. ✨

LA SARNA ES LA PUNTA DEL ICEBERG

Pocas enfermedades tienen connotaciones tan peyorativas como la sarna. Provoca reacciones de alarma, miedo y alejamiento, seguramente heredadas de tiempos pasados, que evocan intenso picor, importantes molestias, prolongadas si no se atajan y que se transmiten a través del contacto intenso.

La sarna está producida por un insecto, un ácaro, *Sarcoptes scabiei*. El picor es grave y generalmente de predominio nocturno. Resulta de una reacción de hipersensibilidad al ácaro, las heces y los huevos y se manifiesta como una erupción de intenso picor en los dedos, zonas interdigitales, muñecas, axilas, areolas mamarias y genitales. La parte posterior del cuerpo está relativamente libre de complicaciones y la cabeza libre, excepto en niños muy pequeños. [17]

La sarna con costra, forma menos común relacionada con inmunidad reducida, se asocia a mayor cantidad de ácaros, con escamas gruesas, costras y fisuras.

Aunque puede afectar a personas de cualquier edad y estado socioeconómico, es más frecuente en situaciones hacinamiento, que conllevan dificultades para cambiar la ropa personal y de cama y acceder a duchas. Los ácaros pueden sobrevivir sin huésped durante 24 a 36 horas.

El abordaje sanitario es sencillo y conocido, por lo que algunas personas afectadas de larga evolución pueden no haber contactado con el

sistema sanitario, por desconocimiento, falta de cobertura sanitaria, y/o dificultad para comunicarse. Por este motivo, la demanda de atención por sarna puede facilitar el contacto con personas que no han recurrido anteriormente al sistema de salud.

El tratamiento habitual es una crema de permetrina al 5% que se ha de aplicar cuidadosamente desde el cuello hasta los pies, dejándolo de 8 a 14 horas y después ducharse. Aunque no se ha comprobado su necesidad, puede ser prudente repetir el tratamiento al cabo de una semana. La permetrina suele ser el tratamiento preferido para mujeres embarazadas y lactantes.

En algunos casos en que se considere que no se va a poder hacer bien el tratamiento se puede utilizar tratamiento oral con ivermectina -habitualmente 1 comprimido- que se repetirá al cabo de 1 semana.

Se puede plantear tratar a los miembros del hogar y los contactos cercanos incluso si no hay síntomas, para evitar un ciclo repetitivo de infección.

Aunque la sarna se propaga con menos frecuencia a partir de la ropa o las sábanas de una persona infectada, es prudente lavar o aislar cualquier ropa personal o de cama que la persona haya tocado dentro de los tres días anteriores tratamiento. Por lo general, no es necesario lavar otros artículos. Puede optarse por colocarlos en bolsas de plástico durante al menos tres días o lavar a máquina. ✱

EDITORIAL

Jordi Delàs. *En nom de l'equip de redacció de Low Threshold Journal.*

Cooperació Sanitària en països desenvolupats

Durant molt temps, la cooperació d'administracions, organitzacions no governamentals i persones individuals s'ha centrat en països en desenvolupament.

Aquest model d'actuació s'ha fet també necessari en països d'Europa i Amèrica quan les polítiques socials i redistributives no han pogut garantir l'estat de benestar en el qual les necessitats bàsiques i la possibilitat de desenvolupament personal haurien de cobertes.

Encara en països en els quals hi ha la filosofia de cobertures universals, les administracions s'han mostrat insuficients a les necessitats de la població i a la mobilitat global. Estem immersos en un debat sobre la limitació a aquesta mobilitat, preconitzant les ajudes als països d'origen davant de les ajudes en la destinació.

En aquesta dualitat d'assistència o prevenció, la realitat és que les ciutats dels països desenvolupats s'omplen de persones que viuen al carrer i s'enfronten diàriament amb la necessitat de buscar com fer front a les seves necessitats bàsiques, amb l'ajuda de la cooperació ocasional o reglada.

Veïns, associacions de diversos tipus, persones a títol individual s'enfronten, de molt diversa manera a les necessitats de la gent al carrer, però amb la característica comuna que es tracta d'una ajuda directa i imprescindible, que permet determinar la magnitud de una situació, de vegades no ben coneguda, perquè inclou a persones que no contacten amb el sistema sanitari o social.

1993	1997	2003	2006	2007	2014
Realitat després dels Jocs Olímpics	Primers tractaments efectius enfront VIH	Primeres sales supervisades de consum	Tractament de VIH amb una única pastilla	Crisi econòmica	Tractament efectiu davant hepatitis C

Precarietat social i consum de drogues. 1993-2020

A la precarietat social a les grans ciutats coexisteix com a origen o conseqüència el consum de substàncies.

De 1993 a 2020 es s'han donat molts canvis en l'entorn dels consumidors de drogues que no s'han seguit d'una resposta per part de sistema assistencial. L'entorn del consumidor de drogues és un mercat il·legal, ocult en el qual és difícil saber el què passa més enllà, en ocasions, dels resultats.

El consumidor no és un usuari a l'ús. No sol recórrer a reclamacions, suggeriments, propostes en el camp assistencial. No té reivindicacions que promoguin canvis. El sistema decideix per ell, no sempre per a ell. Establert el contacte, la magnitud de la situació ha portat a delimitar-.

En els anys 90 va aparèixer una important reacció, a Espanya, com a conseqüència de l'elevada prevalença de casos d'una infecció, VIH, d'alta mortalitat entre la població jove de tots els segments de la població.

Moltes famílies van haver d'enfronta-se sense experiència a el consum d'heroïna per via intravenosa. Va aparèixer una àmplia resposta de l'administració i de la societat des de programes lliures de drogues fins tractament amb substitutius, fonamentalment metadona.

Antics programes, nous projectes

*S*ón molts els canvis que hi ha hagut en l'atenció a drogues i són també molts els organismes i entitats que reflexionen de l'evolució. El punt de partit se centra en els anys 80, 90, amb l'epidèmia del consum injectat de substàncies i l'aparició de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida).

En el nostre entorn del punt de partit se sol xifrar al 1993, després dels Jocs Olímpics que va acollir Barcelona, amb l'observació d'una realitat que un grandíssim projecte col·lectiu no només a nivell de ciutat havia amagat.

Com més d'una vegada es repetirà en aquest text i per diferents autors de l'equip de redacció de *Low Threshold Journal*, drogues i sida varen colpejar a Espanya una societat que no estava preparada. Que va reaccionar d'acord a les seves pròpies experiències i conviccions i no segons rigor i ciència.

Passem de considerar les drogues com poc més que un mal hàbit i males companyies a un terrible problema social que abordar acceptant el consum però no les seves conseqüències.

En l'actualitat ens trobem en el desconcert de no saber què fer amb els nostres consumidors molts dels quals han envellit, sense cap oportunitat d'integració en el seu futur.

De tots aquests temes es reflexionen en aquestes pàgines de *Low Threshold Journal*. L'equip de redacció ha recollit, també, vells i nous textos, comunicacions orals i molt material oral o com a mínim no publicat. Amb l'objectiu de respondre a antics programes amb nous projectes més adaptats a les necessitats actuals. ✱

25 ANYS, EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)



European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

THE DRUG PROBLEM IN SPAIN AT A GLANCE

Drug use

in young adults (15-34 years) in the last year

Cannabis

18.3 %

Other drugs

MDMA	1.2 %
Amphetamines	0.9 %
Cocaine	2.8 %

All treatment entrants

by primary drug

58 749

Overdose deaths

483

Source: ECDC

Drug law offences

389 229

Top 5 drugs seized

ranked according to quantities measured in kilograms

1. Cannabis resin
2. Cocaine
3. Herbal cannabis
4. Heroin
5. Amphetamine

High-risk opioid users

68 297

(46 014 - 90 579)

Syringes distributed

through specialised programmes

1 503 111

New HIV diagnoses attributed to injecting

Source: Eurostat

Population

(15-64 years)

30 700 225

Source: Eurostat Extracted on: 18/03/2019

NB: Data presented here are either national estimates (prevalence of use, opioid drug users) or numbers reported through the EMCDDA indicators (treatment clients, syringes, deaths and HIV diagnoses, drug law offences and seizures). Detailed information on methodology and caveats and comments on the limitations in the information set available can be found in the EMCDDA Statistical Bulletin.

https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/spain_en

Nombre d'injectors 1993-2020

Entre les entitats que reflexionen sobre els últims 25 anys en l'atenció a drogues la EMCDA, que el

2020 celebra 25 anys analitzant l'estat de la qüestió de les drogues a Europa. <https://www.emcdda.europa.eu/emcdda25>. Aspectes interessants a analitzar el nombre d'injectors, programes assistencials, morts relacionades.

Taula 1. Disponibilitat de serveis d'atenció a consumidors de drogues a Europa. [1]

Country	Needle & syringe programs	Take home naloxone programs	Drug consumption rooms	Heroin-assisted treatment
Austria	Yes	No	No	No
Belgium	Yes	No	Yes	No
Bulgaria	Yes	No	No	No
Croatia	Yes	No	No	No
Cyprus	Yes	No	No	No
Czechia	Yes	No	No	No
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes
Estonia	Yes	Yes	No	No
Finland	Yes	No	No	No
France	Yes	Yes	Yes	No
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes
Greece	Yes	No	No	No
Hungary	Yes	No	No	No
Ireland	Yes	Yes	No	No
Italy	Yes	Yes	No	No
Latvia	Yes	No	No	No
Lithuania	Yes	Yes	No	No
Luxembourg	Yes	No	Yes	Yes
Malta	Yes	No	No	No
Netherlands	Yes	No	Yes	Yes
Norway	Yes	Yes	Yes	No
Poland	Yes	No	No	No
Portugal	Yes	No	No	No
Romania	Yes	No	No	No
Slovakia	Yes	No	No	No
Slovenia	Yes	No	No	No
Spain	Yes	Yes	Yes	No
Sweden	Yes	No	No	No
Turkey	No	No	No	No
United Kingdom	Yes	Yes	No	Yes
30	29	10	8	5

Dins de les accions en l'atenció a consumidors a drogues, un de les més efectiva és el lliurament de xeringues [2]. Apareixen en els anys 80 i han patit nom-

broses crítiques, sobre el seu foment de l'consum, fins que l'OMS recomana posar a la disposició de cada in-jector 200 xeringues a l'any, 300 el 2030.

Figura 1. Evolució en el consum de drogues 1980-2020

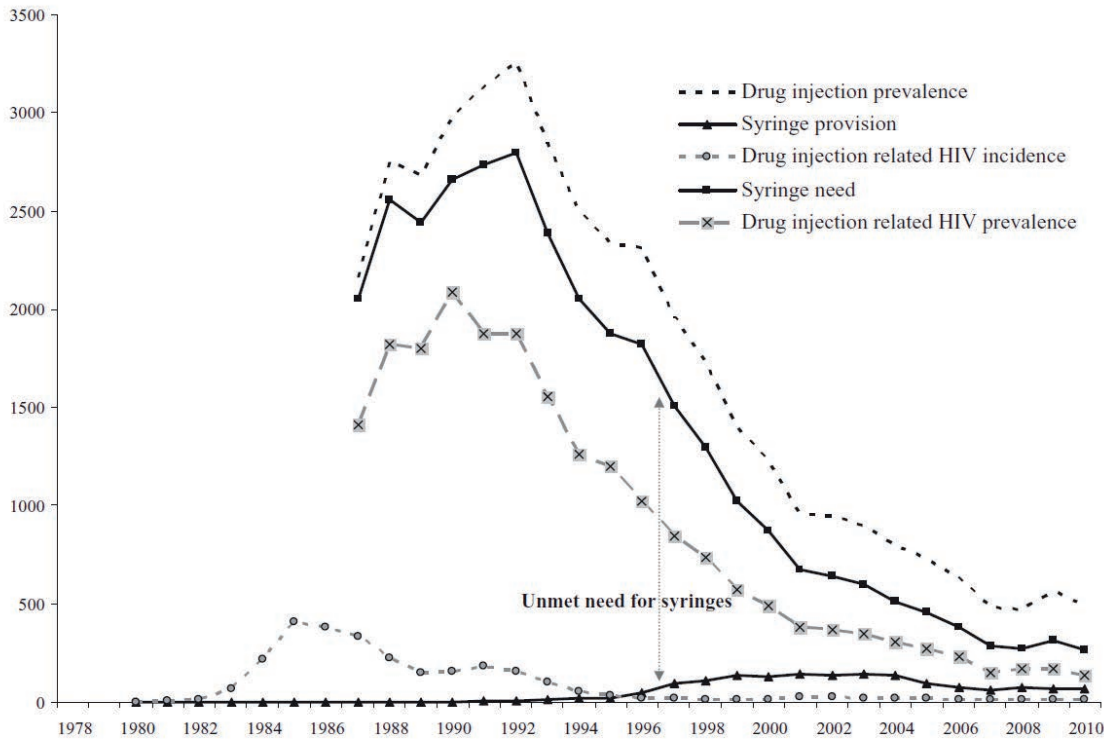


Figure 1 Evolution of some indicators related to coverage of sterile syringes for injecting drug users (IDUs) in the Spanish general population, 1987–2010.

Syringe need and syringe provision are expressed per 1000 inhabitants; other indicators are expressed per million inhabitants. New drug injection-related human immunodeficiency virus (HIV) cases in the population (population incidence) was obtained from the HIV register for 2001–10 [28] and from a published study for 1980–2000 [23]. Drug injection-related HIV cases in the population (population prevalence) was obtained by multiplying the prevalence of HIV among IDUs (obtained from the register on drug treatment admissions [25] and from a published study [32]) by the number of IDUs

En el gràfic de l'article de Bravo [3], s'ofereixen dades sobre nombre d'injectors i necessitats i lliurament de xeringues. Cal destacar que es tracta de dades estimades. La marginalitat de l'consum fa impossible tenir un cens d'usuaris i així mateix les dades són de tot Espanya amb el que consideracions generals pot ser que no tinguin aplicacions locals.

Hi ha disminució dels consumidors per via injectada des de 1992 en què, segons els autors s'arriba a una prevalença de 3,26 injectors de drogues/1000 habitants. Des d'aquest any, la disminució en la taxa ha disminuït anualment, fins a arribar a 0,40 / 1000 habitants l'any 2010.

Aquesta proposta disminució de més de 8 vegades de la prevalença de consumidors podria fer pensar que el consum injectat ha esdevingut una cosa residual. No

obstant això, en la realitat diària, segueix sent un molt important problema de salut pública, amb un consum conflictiu, vinculat a delinqüència i una pèssima qualitat de vida dels usuaris marginals [4].

Segons informes de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, a Espanya, l'heroïna segueix sent la droga principal relacionada amb les conseqüències sanitàries i socials més greus, com les infeccions relacionades amb les drogues.

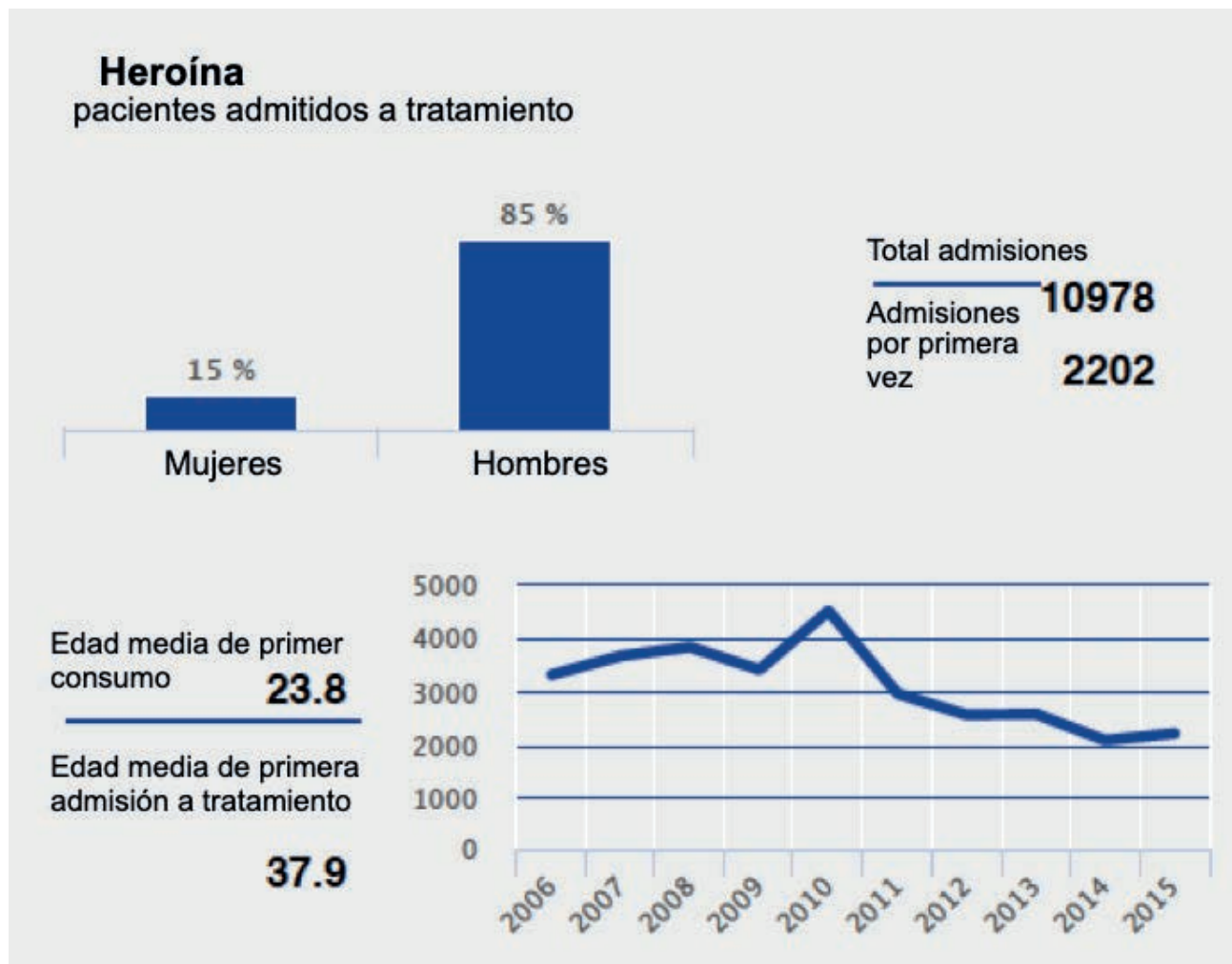
El nombre estimat de consumidors d'heroïna d'alt risc ha presentat una tendència decreixent des de 2010 fins a l'última estimació de 2015 i segueix decreixent des de 2009. L'ús de drogues per via injectada també ha disminuït en els últims 30 anys entre els drogodependents admesos a tractament [4].

Analitzar les dades de persones que entren en tractament és un registre que pot tenir interès per al seguiment. No obstant això no té un valor de disminució de prevalença, ja que, en l'actualitat és molt freqüent el policonsum en què coexisteixen fàrmacs

com a tractament -metadona- amb drogues il·lícites, heroïna, cocaïna.

És el fenomen de les portes giratòries. És molt habitual que combinin fases d'abstinència i de consum, assistència a centres de manteniment i centres de consum.

Figura 2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Informe España 2018 [5]



Xeringues lliurades 1993-2020

El gràfic mostra també una aproximació a les xeringues que caldria lliurar i les realment entregades. Cal seguir insistint que es tracta de càlculs, no d'avaluacions reals de consumidors.

Les dades s'aproximen cap a 2010, segons els autors, més per disminució dels nombre de consumidors que per l'oferta de xeringues.

Els motius podrien ser dos. Insuficient número de xeringues per a lliurar. O que hi hagi un gran nombre de consumidors amb el que no es contacta. No és fàcil, al menys de forma perllongada, que faltin xeringues. Més plausible és que no contactin sempre amb els centres de distribució de xeringues

De forma parcial. Durant determinades hores, determinats dies no hi ha serveis, sales de consum, xeringues. De manera que els usuaris aprenen a punxar-se sense sales o sense tenir xeringues al seu abast. Una vegada més és una crida a estendre amb hores i dies l'horari d'atenció als consumidors actius.

Altra possibilitat és que no es contacti completament. Serien les persones que no contacten habitualment amb el sistema sanitari i estarien referenciades al requadre vermell de la figura 1. Bona part de les persones a les que no hi ha arribat les xeringues.

El que és una realitat que el que si contacten són els distribuïdors, els darrers venedors, petits traficants que estan en contacte ja amb el consumidor. Ideal que aquests facilitessin les xeringues i el material net, nou.

L'OMS recomana que a l'any 2000 s'hauria d'assolir el lliurement de 200 xeringues per cada consumidor i de 300 xeringues l'any 2030. A Espanya no s'accedeix a aquestes 200 xeringues

Morts relacionades amb el consum

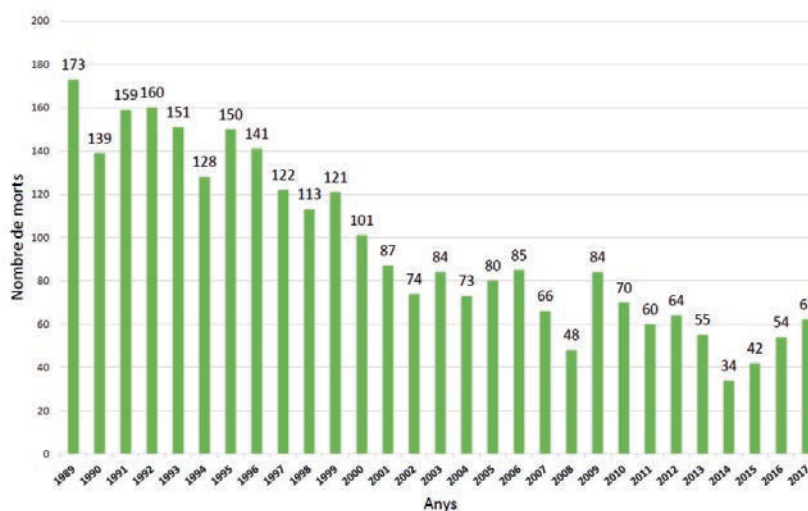
Un estudi europeu mostra la mortalitat crua (quotient entre el nombre de defuncions ocorregudes durant un període determinat i la població mitjana d'aquest període, multiplicada per 1000) en 8 diferents ciutats. Vincula morts i població total. Poc més d'1 per cada 100 persones-anys a Dublín i Londres a 2 per 100 persones-any a Roma i 3,8 per 100 anys-persona a la cohort de Barcelona.

Concretament a Barcelona la mort estava ocasionada en 34,5% per reaccions agudes a l'consum, 37,0% per virus de la immunodeficiència humana (VIH), 24,6% per altres causes, i 3,9% per causes desconegudes. L'estudi és de 1992-2001. És a dir en anys previs a la teràpia amb medicaments d'alta eficàcia començada el 1997. Les morts per VIH han disminuït, sent un dels arguments de l'actual major longevitat de la població de consumidors actius. Han pres precaucions [6].

A Barcelona, l'epidèmia de morts per sobredosi d'heroïna va començar el 1983 amb 19 morts, arribant en 1989 els 173 morts, un cada tres dies [4]. A l'actualitat estabilitzades les morts per sobredosi a les 60-70 a l'any (Figura 3)

Figura 3. Evolució de la mortalitat per sobredosi a Barcelona [7].

Evolució de la mortalitat per sobredosi, 1989-2017



Les estratègies efectives, segons l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction per combatre les morts per sobredosi són els programes de manteniment amb metadona, les sales de consum i els programes de prevenció i actuació en sobredosi [8].

Segons la mateixa font, les morts per reaccions agudes a l'consum es mantenen al voltant de les 500 fins a l'anys el 2006 i 2016, amb un recent repunt (Figura 4).

Un cop més poden variar les xifres per ciutats o comunitats.

Figura 4. Morts per sobredosi a Espanya [9].



De sales supervisades de consum a consum en pisos de venda il·legal o al carrer. 2003 - 2020.

Les sales de consum supervisat de drogues -les supervised injection facilities (SIFs) [10] o drugs consumption rooms (DCR) [11] de la bibliografia en llengua anglesa- van sorgir com un dispositiu més en l'atenció de consumidors actius de drogues amb la idea de prevenir sobredosi, malalties de transmissió parenteral i la possibilitat de crear vincles i informar sobre consum de menor risc. L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, les ha distingit com un element que disminueix les morts en consumidors de drogues.

Un estudi realitzat a Catalunya, la zona que concentra major nombre de sales d'Espanya, en els anys 2014-15 [11] mostrava (Taula 2) que un 21,1% consumeix sempre a les sales. Si considerem que de 22 a 8 no hi ha sales obertes, suposa que a la setmana les sales estan tancades un 43,7%. Sens dubte casualitat, però s'acosta molt a el percentatge de persones que podrien argumentar utilitzar les sales de vegades, quan estan obertes. Caldria buscar altres explicacions per als que utilitzen tan poques vegades les sales.

Com valorem que un 21,2% fan servir sempre les sales? Probablement el desideratum sanitari seria que el consumidor fes servir sempre les sales darrere de "cero" morts per reacció aguda al consum i "cero" contagis per via parenteral.

A més de l'horari en què és impossible fer servir les sales perquè estan tancades caldria preguntar als usuaris per què les sales que van aparèixer amb tant entu-



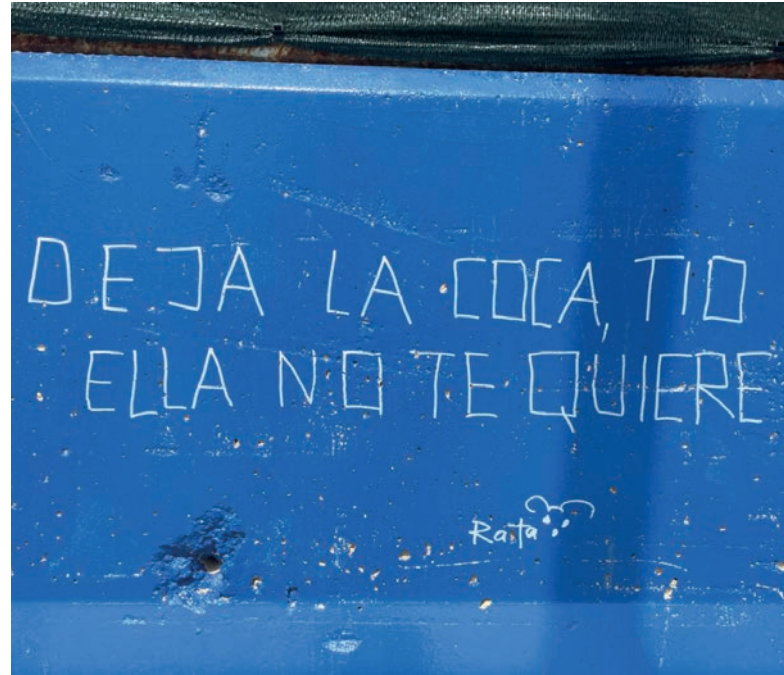
siasme no han aconseguit que tots els consumidors, en totes les ocasions les utilitzin de forma segura.

Taula 2. Consums dintre i fora de la sala

Consumeix a la sala	
Menys de la meitat de les vegades	33,1%
La meitat de les vegades	45,7%
Sempre consumeix a la sala	21,2%

En totes les sales del món conegudes no s'ha registrat cap mort com a reacció aguda al consum, en contrapartida a totes les morts hagudes per aquest motiu al carrer.

A Espanya es van crear sales a Madrid (any 2000), Catalunya, País Basc, si bé van desaparèixer, sense ex-



plicacions clares, amb el pas el temps, de la Comunitat de Madrid.

A Barcelona la primera sala de consum supervisat va sorgir en 2003 [12], a la zona de venda de Can Tunis a partir de la necessitat i observació de l'equip que amb una furgoneta lliurava material de punció higiènic i recuperava material utilitzat. Amb la clausura del punt de venda de Can Tunis, els consumidors es van desplaçar en bona part a la Ciutat Vella de Barcelona i es van crear les sales de SAPS Creu Roja (2004) i posteriorment Baluard, la Mina, la Vall d'Hebron. Més tard l'Agència Catalana de Salut Pública va promocionar que en tots els centres d'atenció a consumidors (CAS) pogués haver també una sala de consum. A Catalunya hi ha 12 sales de consum (3 d'elles en Unitats Mòbils), <http://drogues.gencat.cat/es/detalls/Noticia/noticia-00004>

Els consumidors han utilitzat àmpliament aquests recursos i es valora positivament la higiene de l'entorn, la seguretat i un clima agradable que es genera. En un estudi de 2009, en la primera part de l'actual història de la sala de consums a Espanya es cita que els usuaris de la sala se senten atrets per les ofertes socials i sanitàries que no troben fàcilment en altres parts [10].

Pendent comprendre la progressiva desafecció de les sales i el freqüent consum en pisos i el carrer. Preses, immediatesa, sensació de llibertat versus espais tancats, normes, expulsions. Pèrdua de la por als efectes indesitjables.

També pendent una bona explicació de la desaparició de la sala de Madrid i de la no existència de consum enllà del País Basc i Catalunya.

De 2003 a 2019 hi ha hagut canvis en la ubicació i horari de les sales de consum, que, en l'actualitat, no cobreixen totes les hores del dia ni tots els dies de la setmana.

Grans intercanviadors

Un objectiu de l'atenció a consumidors de drogues és arribar a totes les persones consumidores. Segurament els sistemes sanitaris i socials no ho aconsegueixen. Els distribuïdors, venedors, camells, sí.

Diverses publicacions han apel·lat a les relacions amb distribuïdors de confiança, amb diferent grau d'anonimat, donat que pels serveis sanitaris i distribuïdors l'objectiu és que els consumidors mantinguin

un bon estat de salut [13]. Inherent al sistema sanitari i perquè segueixi consumint, pel mercat il·legal de les drogues.

A l'octubre de 2019 es va detectar a Barcelona la demanda d'un elevat nombre de xeringues en un dels centres d'atenció de drogues de la ciutat. Dues persones estrangeres demanaven, en total, 35.000 xeringues al mes. La demanda era més elevada, però no es podia atendre per la incapacitat d'emmagatzament del centre i perquè es feia difícil el seu transport, ja que aquests dues persones es desplaçaven caminant.

El material consistia amb xeringues anomenades espanyoles (agulla i xeringa separades) , americanes (agulla i xeringa en el mateix cos), cassoletes i aigües per a preparar la dilució, gomes per a lligar-les al braç i fer més evidents les venes, contenidors grocs per a



recuperació de material utilitzat i un mínim de 10 ampolles de naloxona per cada intercanvi.

Aquestes persones treballaven en un pis de venda de drogues il·legals per via intravenosa. I ells o els seus amos, a més a més de les substàncies a vendre, oferien material net pel nou consum i, tenien naloxona per a donar a consumidors o per utilitzar per part de les persones a càrrec del pis, en cas de sobredosis per heroïna.

El motiu d'aquesta preocupació pel client potser no el sabrem mai. Empatia? Bons sentiments? Venien més que altres cases de venda no tan curoses amb el client?

Es feia ensinistrament d'aquestes dues persones en la utilització de la naloxona en cas de reacció aguda a opiacis i de la forma de punció més segura o preparació de la zona d'injecció.

No hi havia, però, recuperació dels contenidors. Deien que quan estaven plens, degudament tancats als contenidors municipals.

El manteniment d'aquesta relació es basava en el voluntari desconeixement del punt on es feia aquesta venda, aquest consum.

No hi ha més informació de la quantitat de naloxones que s'utilitzen, com i per qui. Si els donaven als consumidors, els guardaven per a atendre sobredosis o ambdós procediments.

Van deixar d'acudir. El que demostra, també, que l'educació i col·laboració amb el distribuïdor és convenient, però la relació és fràgil.

Consum en pisos de venda de drogues

En alguns pisos de venda de drogues no legals té lloc el consum, seguint el model d'aquestes sales, fins i tot amb empleats.

Hi pot haver distribució de xeringues noves, recollida en contenidors sanitaris de material usat, naloxona per a la reanimació de depressió respiratòria i fins i tot personal que ha realitzat cursos de formació en centres d'atenció a consumidors actius atén els consumidors.

Això podria considerar-se positiu des d'un punt de vista pràctic, com a alternativa a consumir al carrer i com una línia de treball amb distribuïdors de drogues enfocat a l'objectiu compartit de preservar la salut dels consumidors.

No obstant això, la realitat actual és que en la majoria dels casos, el consum en els pisos de venda es realitza en deplorables condicions higièniques, amb freqüents situacions de violència, vexacions i fins i tot violacions.



**Jeringa Española /
Xeringa Espanyola /
Spanish syringe**

Es converteixen en focus de contagi. Dades de l'entorn de barri de la Mina (Sant Adrià, Barcelona) informen de reinfeccions de l'ordre del 16% dels injectors. Les situacions de violència, aldarulls, desordres als carrers veïnes, ocasionen l'enfrontament amb el veïnat.

La necessitat dels consumidors d'aconseguir les seves dosis habituals de substàncies il·legals exigeix la persistència de punts. De manera pragmàtica, una intervenció en el mercat il·legal seria evitar els llocs on la distribució és particularment perillosa per als usuaris i conflictiva per al veïnat, enfront de llocs de venda i consum de menor risc.

No obstant això, els actuals patrons d'actuació dels distribuïdors fan que les relacions amb el sistema assistencial siguin molt escasses.

S'informa des del centre Baluard (Ciutat Vella Barcelona) que després del tancament de pisos de venda molts usuaris es van desplaçar a altres zones però que el centre va triplicar l'activitat ja a partir de l'endemà, alhora es va disparar el consum al carrer. I això s'ha mantingut fins avui.

És a dir, el tancament de pisos de venda i consum ocasiona que part dels usuaris augmentessin la seva freqüentació parcial o completa a les sales de consum legals i que part dels usuaris augmentessin també de forma ocasional o completa el consum al carrer.

Del que es deriva que cal planificar i estar preparats per als tancaments de pisos de consum i que l'estratègia de captació d'usuaris dels pisos de venda il·legal és necessària, perquè després del tancament es van incrementar les acollides de nous usuaris.

Raons de seguretat impedeixen la coordinació de les accions policials com a tancament de pisos de consum o batudes en zones concretes. Però d'alguna manera ha de considerar-se que el tancament de punts de venda va traslladar el consum a altres zones o van a aparèixer noves demandes davant de les quals el sistema d'atenció a consumidors actius hauria preparar-se.

Sistema legal davant mercat il·lícit de les drogues

No és menyspreable considerar les necessitats dels consumidors com una constant per la qual competeixen sistema legal i il·legal.

$$\begin{array}{l} \text{Necessitats} \\ \text{dels} \\ \text{consumidors} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Oferta del} \\ \text{sistema il·legal} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Oferta} \\ \text{del sistema} \\ \text{legal} \end{array}$$

Qualsevol millora en un dels dos sistemes pot anar en detriment de l'altre. Millorar l'oferta de el sistema legal hauria de reduir l'accés a sistema il·legal.

És excessiu, en l'actualitat, el percentatge de persones que consumeixen drogues fora de les sales sanitàries. Amb importants repercussions sobre la salut comunitària: inseguretat, incomoditat, mala imatge, mal exemple, riscos de punxada accidental amb el material utilitzat. Probablement les persones que es punxen al carrer tenen pitjor estat de salut i contacten, també, menys amb el sistema sanitari i social?

Hi ha un equilibri, de dècades entre el mercat il·legal de les drogues i el sistema sanitari i social (Figura 4). Els distribuïdors, petits venedors poden ser el nexa però és un vincle feble, sotmès a moltíssimes oscil·lacions. Canvis de persones, de lloc.

El sistema legal té com a punt fort l'oferta gratuïta de substàncies legals, autèntica contrapartida al consum il·legal de pagament.

El sistema sanitari i social pot guanyar terreny a el mercat il·legal proveint les substàncies. Acceptant que un tipus de consumidor prefereixen el context de la compra il·legal. Però cal intentar reduir-lo amb temptatives. Metadona, buprenorfina ho han estat. En aquesta lluita pel consumidor, des del propi sistema sanitari i social no s'han de posar excessives traves a l'oferta legal de substitutius i psicofàrmacs i considerar el paper dels opiacis injectats i les benzodiazepines.

Taula 3. Sistema legal i il·legal enfront de les necessitats dels consumidors


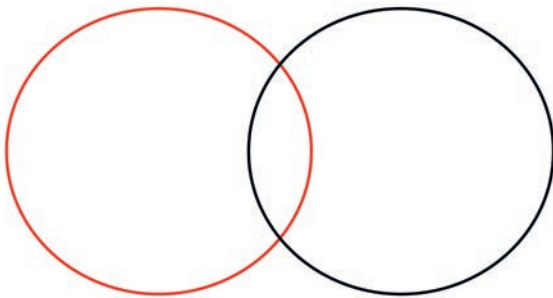
Mercat il·legal 	Sistema sanitari i social
Oferta de sistema il·legal: consum en carrer o en pisos de venda	Oferta de el sistema legal: sales de consum legals i alternatives a l'consum
"Mercat negre"	Programes de substitució amb metadona, buprenorfina
"Mercat negre"	Tractament amb psicofàrmacs
Possibilitats il·limitades (consum al carrer en qualsevol moment del dia, setmana), sense espera	Horari de sales limitat, cues per a l'accés a l'consum
Menys limitacions i normes. Espais oberts (al carrer)	Seguridad ante reacciones agudas, higiene, educació, ajuda a la búsqueda de vena Seguretat davant reaccions agudes, higiene, educació, ajuda a la recerca de vena
No expulsions (l'expulsió dels centres condueix al carrer)	Expulsions

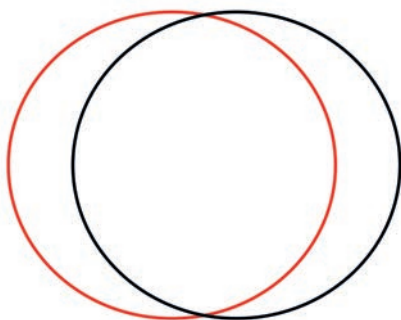


Figura 4. Mercat il·legal de les drogues i sistema sanitari i social. *Statu quo*



(en vermell) Mercat il·legal de drogues
Sistema sanitari i social (en negre)

Figura 5. Guanyar terreny al mercat il·legal des del sistema sanitari i social



(en vermell) Mercat il·legal de drogues
Sistema sanitari i social (en negre)

Cal en el si de el sistema sanitari un debat profund en què es qüestionin, sense judicis prèviament establerts, actuals pràctiques. Amb mesures que afavoreixin l'ús de les sales supervisades preferentment als pisos de venda o la via pública (Taula 4).

Taula 4. Mesures que afavoreixen la utilització de les sales de consum supervisades

- 1) horaris de la sala amplis davant les retallades que de mica en mica han anat tenint lloc.
- 2) proximitat de les sales a les zones de consum
- 3) sales de consum confortables
- 4) nombre de places de consum a la sala adequades per evitar esperes
- 5) adequar el disseny de les sales (post 2003) a les circumstàncies actuals
- 6) consulta als consumidors sobre les seves preferències per a una sala supervisada.

Després d'històriques alternatives com el programa PENSA a Andalusia no hi ha hagut significatives propostes.

Alguns consumidors han optat per l'ús intravenós de la metadona preparada pel consum oral. No deixa de ser una proposta enginyosa i barata que sembla que produeix un efecte més satisfactori que per via oral.

Aquest subgrup d'usuaris ha de ser retingut en el sistema facilitant el consum en sales supervisades, ensinistrats i dotats de material adequat.

I una possibilitat pels que no renuncien a l'agulla és el tractament compassiu [14] amb heroïna. Prescripció fora d'un assaig clínic, amb sol·licitud a l'AEMPS per part del metge i acceptació del consumidor.

Metadona injectada

La metadona injectada costa més d'injectar perquè hi ha més líquid. Els consumidors utilitzen xeringues espanyoles, amb agulles petites i una xeringa de 10 o 20ml. Les agulles i les xeringues estan separades.

Els consumidors típics de metadona injectada utilitzen xeringues verdes intramusculars de mida petita i gran 21G i les xeringues de 5, 10, 20ml.

Algunes persones prenen metadona per espai de 30-40 minuts. Si porten 120mgs se'ls hi recomana di-

vidir o beure'n una part. Se'ls ensenya a utilitzar un catèter que voldrien alguns els agradaria portar a casa per a punxar-se. Ningú utilitza la via subcutània. Hi ha ajuda en la recerca de vena: contribueix a la seva autonomia.

Espais per a dones

Són molts més, en el nostre entorn, els homes que les dones que es troben al carrer. S'han plantejat molts arguments. Entre d'altres, per la dona el sostre és una prioritat que no té l'home.

Se sol citar que la relació en consumidors marginals és de 8 homes per cada dona, el que condiciona que, sovint, els dispositius per a persones al carrer es trobin més dirigits a les característiques masculines.

Per això és interessant en els mateixos recursos de primera línia d'espais per a la dona, en ubicació i temps, en què només hi ha dones. No exemptes aquestes experiències de crítiques d' homes que durant aquest període no poden accedir als serveis. [15,16]

Tranquil·litat, relaxació, suport es poden sumar a l'aparició d'opinions, temes, demandes que en l'atenció general poden no aparèixer. Convé seguir amb interès aquestes experiències.



<https://metzineres.net/index-ca.html>



Càstig i consumidors de drogues. Què, com, quan, on i per a què?

La reflexió d'on? és un bon punt de partida. Són causes clàssiques de càstig el consum fora de les zones permeses, la destrucció de material de el servei i l'agressió. Però resulta diferent si l'acció passa en locals estables, on els tres arguments tenen sentit o si passa

al carrer. El consum al carrer no és competència dels serveis assistencials, encara que sí pugui ser-ho d'altres instàncies. Així com el material que no sigui de l'equip i l'agressió, també a persones diferents de l'equip.

El càstig -què- en la majoria dels casos suposa una suspensió de prestacions que, implica la falta de contacte. El càstig ideal hauria de comportar el manteniment d'altres formes de seguiment.

La majoria de les transgressions es donen en zones comunes, d'estada, de relax. Zones més complexes de

manejar. A les àrees de consum i despatxos professionals es donen també transgressions, però menys.

Seria desitjable que el càstig educatiu i terapèutic impliqués seguir mantenint el contacte encara que fos per altres professionals i en altres àmbits. Desitjable.

El càstig que suposa una pausa d'un dia o menys en l'atenció, el que alguns equips denominen el càstig exprés, té sentit que es formulï de forma immediata. Cessem avui l'assistència, confiant que demà sigui tot més suportable.

Mentre que el càstig més transcendent és recomanable que no sigui en calent, sinó reflexionat en el curs de la reunió d'equip.

La formulació del càstig –com- hauria d'estar revestit del desitjat professionalisme. Exempt de passió, confrontació o to exaltat.

I ja s'ha anticipat que el càstig ha de ser fonamentalment terapèutic, que aportï alguna cosa a el tractament del consumidor o al seu procés educatiu. I en algunes ocasions suposa deixar de donar la prestació per preservar la integritat de centre i professionals.

L'atenció a consumidors actius, immersos en un àmbit de freqüent violència, individualisme i malaltia física i mental no és fàcil. El càstig és una eina més, a utilitzar amb extremada prudència i de manera objectiva, però la millor eina és el professionalisme.

Reptes futurs en l'atenció a consumidors de drogues

La formació en la relació amb els pacients, dels professionals que sovint es fa boca a orella de veterans a júnior amb rigor aleatori.

Necessitat de noves competències en matèria de comunicació, pedagogia, empatia.

Eradicar la drogofòbia, que pot incidir, fins i tot en entorns assistencials.

Els drets dels consumidors, sovint no preservats.

L'obligació a consumir la metadona davant el personal assistencial de dilluns a divendres, amb un possible component de desconfiança, mentre que el cap de setmana ni hi ha atenció, no hi ha controls.

Els horaris assistencials. Més a la conveniència dels equips assistencials que de les necessitats dels usuaris.

Hem passat d'atenció de 21 a 6, a no tenir cap centre obert més enllà de les 21,30 i freqüentment tancats els caps de setmana.

Els pisos de consum de drogues són una alternativa de divers impacte sobre la salut, amb grans intercanviadors que han de trobar les xeringues on poden.

Segueixen vigents els programes d'intercanvi -tu em dones jo et doy- versus programes de lliurament de material no contaminat d'injecció, diferenciat de la recollida.

Professionals i centres encara creuen que no es poden donar moltes més xeringues de les que es recuperen.

El sorprenent mercat il·legal de les drogues. Cada vegada més similar als mercats convencionals. Amb dies de festa, empleats, dependents que poden tenir, fins i tot formació a mida de les sales de consum de sistema assistencial. Poden ser una ajuda en el lloc on no arriba l'atenció pública?

Pobresa, gent al carrer. Policonsumidors. Menors no controlats. Majors que van ser menors tutelats, sense cap font d'ingressos actuals.

I la cultura socràtica de fer-nos preguntes. Com incidir en el mercat il·legal dels drogues? Com poden ser recuperades pel sistema assistencial les persones que compren al mercat negre?

¿Hem de desconfiar sistemàticament de l'usuari?

Què passa si algú no es pren la metadona per via oral i es la injecta? S'ha de prohibir a les sales el consum injectat de metadona?

Si algú ven metadona on va a parar?

És la metadona al mercat negre una alternativa a comprar heroïna als pisos de consum?

Són les benzodiazepines en el mercat negre una alternativa qualitativa o quantitativa a el consum de drogues il·legals?

Què vol dir que algú sistemàticament es quedi sense medicació, sense metadona o benzodiazepines abans de la següent prescripció?

Tenim persones infradiagnosticades, infratractada?

Com enfoquem la violència de gènere en el context de l'addicció?

Tenim els millors horaris?

La plètor a les sales de consum és una invitació a consumir al carrer?

El debat està obert. ✱

REFLEXIONS 2020 SOBRE EL CONSUM DE SUBSTÀNCIES IL·LÍCITES

Davide Iannello. *Sociòleg*

Definir el que són antics programes de drogues per poder millor atendre i entendre les noves demandes no és tasca fàcil.

D'entrada, es fa necessari moure'ns entre les diverses normes de conducta social de forma multidisciplinària i empàtica, per així conèixer el submón i actuar en l'interès de la salut pública i específicament dels consumidors. Cal garantir la seguretat d'una substància freqüentment adulterada en un entorn de consum no higiènic, amb prejudicis i amb professionals escassament gratificats que treballen en un entorn de carrer.

Els centres de reducció de danys socio-sanitaris, al llarg dels anys s'han anat adaptant, a les inesperades necessitats que en cada moment s'han anat presentant, fabricant oportunitats per a les persones ateses

Però les retallades pressupostàries de l'última dècada han afectat tot el sistema reducció de danys debilitant la força que tenia el "model Barcelona de reducció de danys". Els efectes els han viscut tant els usuaris com els professionals d'aquest sistema. El descens de la utilització de les sales de venopunció assistida i el desplaçament cap a les perifèries són efectes evidents de tal fenomen.

Ha canviat també i en certa lògica el perfil de les persones consumidores i els projectes no han tingut la mateixa capacitat d'adaptació a l'canvi. Canvis que si ha sabut reconèixer el mercat de les substàncies il·legals que com a mercat negre sap mudar-se per atendre millor als seus usuaris. Conscientment la gent no pensa si la substància aquesta o no adulterada, saben que si però com que no poden fer res a l'respecte es basen sobre les experiències personals i / o de referents (amics / companys / etc) per determinar on és millor comprar i per

conseqüències, on fer el primer consum després de la compra.

El sistema no ha sabut adaptar-se a la mobilitat de l'fenomen consum.

La fórmula de com actuar no la tinc, però sí m'atreviria a definir algunes variables que són importants en el desenvolupament de nous programes:

- Prioritzar la relació humana, participació activa d'usuaris
- Detecció interdisciplinari de les necessitats
- Conscienciar sobre riscos i mitjans disponibles per a reduir-los
- Promocionar recursos socio-sanitaris
- Informar dels programes als quals poden accedir
- Millorar l'accés a poblacions de difícil contacte
- Capacitació i formació / reforç d'habilitats i dinàmiques socials, comportaments i ús de el temps lliure
- recopilar informació
- Educació entre semblants (intercanvi de coneixements)
- Acompanyar en un procés d'autoestima i de la qualitat de vida.

Observar com les retallades de recursos socio-sanitari i econòmics afecten els consumidors a l'hora d'aconseguir i consumir les dosis és bona pràctica per determinar si és possible que aquesta manca influeixi en la conducta donant lloc a pràctiques de major risc

1. Reutilització de xeringues i material d'injecció entre altres circumstàncies.
2. canvi de la via de consum (passar a via intravenosa)
3. Deteriorament de les condicions de vida: alimentació, habitatge, cures sanitàries al tenir menys diners i mantenir les mateixes necessitats de consum.

Per tot això podríem servir-nos de les teories de l'aprenentatge social per desenvolupar un treball de creació de significats de les activitats humanes, per poder desenvolupar un treball de prevenció de consum de substàncies. Necessitem també de les eines de la perspectiva etno-metodologica per investigar els processos gràcies a el qual els éssers humans interaccionen, és a dir sobre: les modalitats d'intercanvi dels coneixements per així poder detectar problemàtiques o necessitats i adaptar les intervencions. *





LA SARNA A LA PUNTA DE L'ICEBERG

Poques malalties tenen connotacions tan pejoratives com la sarna. Provoca reaccions d'alarma, por i allunyament, segurament heretades de temps passats, que evocuen intensa picor, importants molèsties, prolongades si no es tallen i que es transmeten a través del contacte intens.

La sarna està produïda per un insecte, un àcar, àcar de la sarna. La picor és greu i generalment de predomini nocturn. Resulta d'una reacció d'hipersensibilitat a l'àcar, la femta i els ous i es manifesta com una erupció d'intens picor en els dits, zones interdigitals, nines, aixelles, arèoles mamàries i genitals. La part posterior del cos està relativament lliure de complicacions i el cap lliure, excepte en nens molt petits.

La sarna amb crosta, forma menys comú relacionat amb immunitat reduïda, s'associa a major quantitat d'àcars, amb escates gruixudes, crostes i fissures [17].

Tot i que pot afectar a persones de qualsevol edat i estat socioeconòmic, és més freqüents en situacions amuntegament, al costat de dificultats per canviar la roba personal i de llit i accedir a dutxes. Els àcars poden sobreviure d'un hoste durant 24 a 36 hores.

L'abordatge sanitari és senzill i conegut per la qual cosa algunes persones afectades de sarna de llarga evolució poden no haver contactat amb el sistema sanitari, per desconeixement, manca de cobertura sanitària, dificultat per comunicar-se. A més de les normes d'higiene al·ludides es proposa tractament local

Per aquest motiu, la demanda d'atenció per sarna pot facilitar el contacte amb persones que no han recorregut anteriorment a el sistema de salut.

El tractament habitual és una crema de permetrina a el 5% que s'ha d'aplicar amb cura des del coll fins als peus, deixant la de 8 a 14 hores i després dutxar-se. Tot i que no s'ha comprovat la seva necessitat, pot ser prudent repetir el tractament a el cap d'una setmana. La permetrina sol ser el tractament preferit per a dones embarassades i lactants.

En alguns casos en què es consideri que no es va a poder fer bé el tractament es pot utilitzar tractament oral amb ivermectina habitualment 1 comprimit, que es repetirà a el cap d'1 setmana.

Es pot plantejar tractar els membres de la llar i els contactes propers fins i tot si no hi ha símptomes, per evitar un cicle repetitiu d'infecció.

Tot i que la sarna es propaga amb menys freqüència a partir de la roba o els llençols d'una persona infectada, és prudent rentar o aïllar qualsevol roba personal o de llit que la persona hagi tocat dins dels tres dies anteriors tractament. En general, no cal rentar altres articles. Pot optar per col·locar-los en bosses de plàstic durant al menys tres dies o rentar a màquina. *



EDITORIAL

Jordi Delás. *On behalf of the Low Threshold Journal writing team.*

Health cooperation in developed countries

For a long time, the cooperation of administrations, nongovernmental organizations and individuals has been focused on developing countries.

This model of action has also become necessary in countries in Europe and America when social and redistributive policies have not been able to guarantee the welfare state where basic needs and the possibility of personal development should be met.

Even in countries where the philosophy of universal coverage is present, administrations have shown themselves to be inadequate for the needs of the population and for global mobility. We are engaging in a debate about limiting this mobility, advocating for aid in the countries of origin before aid at the destination.

In this duality of care or prevention, the reality is that cities in developed countries are filled with people who live on the street and face the need to meet their basic needs daily, with the help of occasional or regulated cooperation.

Neighbors, associations of various kinds and individuals face the needs of the people in the streets in a very different way, but with the common feature that this is direct and essential help. This enables determining the magnitude of a situation, sometimes not well known, because it includes people who do not contact the health or social system.

1993	1997	2003	2006	2007	2014
The reality after the Olympic Games	First effective treatments against HIV	First supervised consumption rooms	Treatment of HIV with a single pill	Economic crisis	Effective treatment against hepatitis C

Social insecurity and drug use. 1993-2020

In social precariousness in large cities, substance use coexists as a source or consequence.

From 1993 to 2020, many changes have occurred in the environment of drug users that have not been answered by the healthcare system. The environment of the drug consumer is an illegal market, hidden in which it is difficult to know what goes beyond the results on occasions.

The consumer is not a user in use. They do not often resort to complaints, suggestions, and proposals in the field of care. They make no demands that promote change. The system decides for them, but not always in their favor. Once the contact has been established, the magnitude of the situation has led to attempts to delimit the different situations.

In the 1990's, a significant reaction occurred in Spain as a result of the high prevalence of cases of HIV infection, and high mortality among the young population in all segments of the population.

Many families had to deal with intravenous inexperienced heroin use. A wide response from administration and society has emerged, from drug-free programs to substitute treatment, primarily methadone.

Old programs, new projects

There are many changes in drug care and there are also many organisms and entities that reflect on its evolution. The starting point focuses on the 80s and 90s, with the epidemic of injected substance use and the appearance of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

In our environment the game point is usually located in 1993, after the Olympic Games hosted by Barcelona, with the observation of a reality that a great collective project had concealed, not only at the city level.

As will be repeated more than once in this text and by different authors of the Low Threshold Journal writing team, drugs and AIDS hit a society in Spain that was not prepared, a society that reacted according to its own experiences and convictions and not according to rigor and science.

Drugs went from being a bad habit with bad company to a terrible social problem.

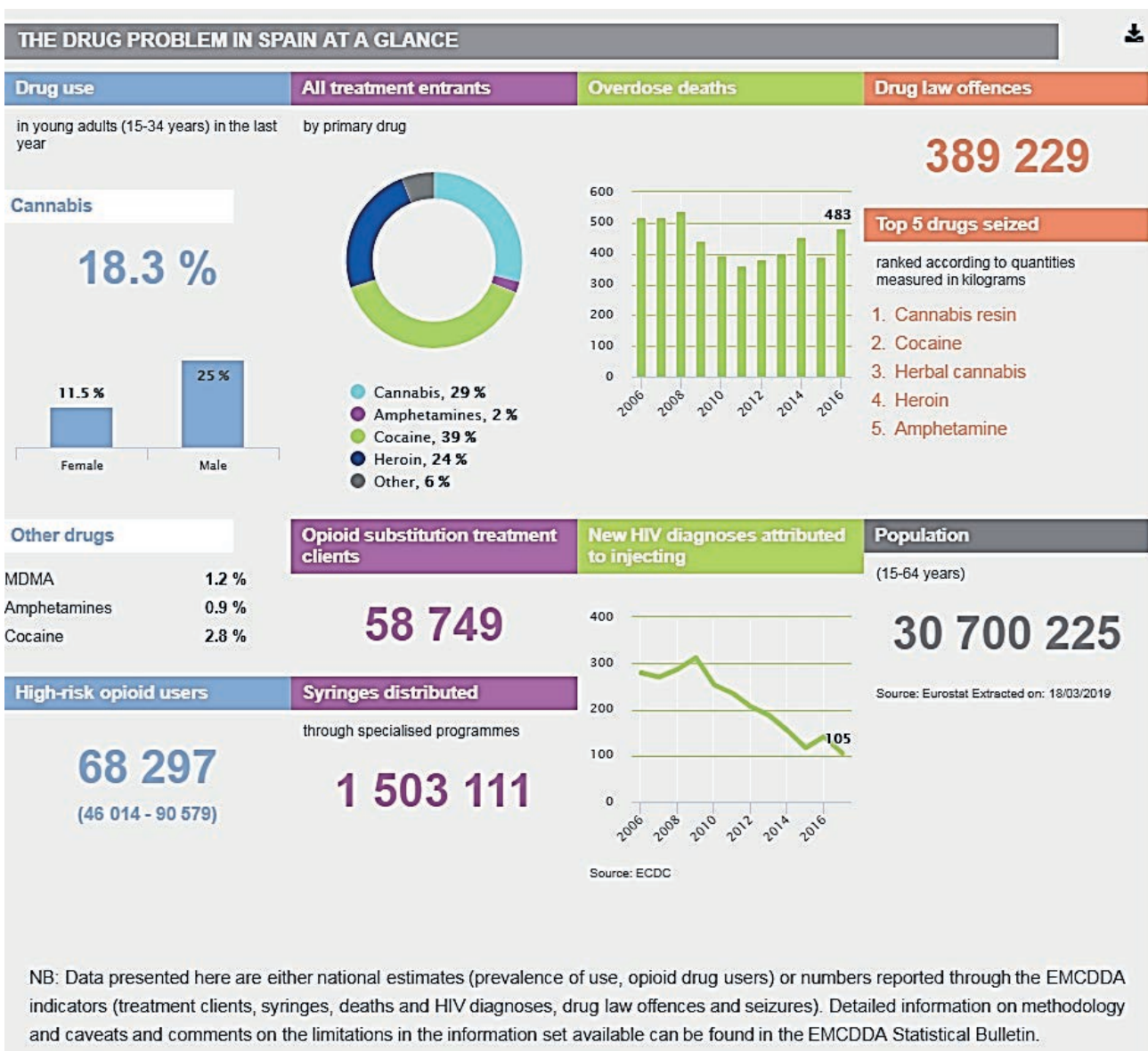
We are currently in a confused state because we do not know what to do with our aging consumers, with no opportunity for their future integration.

All of these topics are reflected in these pages of the Low Threshold Journal. The writing team has also collected old and new texts, oral communications and much oral or at least unpublished material. The aim is to respond to old programs with new projects more adapted to current needs. ✱

25 YEARS OF EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)



European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction



https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/spain_en

Number of injectors 1993-2020

Among the entities that reflect on the last 25 years in drug care is the EMCDA, European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction,

which in 2020 celebrates 25 years analyzing the state of the drug issue in Europe. <https://www.emcdda.europa.eu/emcdda25>. Interesting aspects to analyze are the number of injectors, assistance programs and related deaths.

Table 1. Availability of selected harm reduction responses in Europe [1]

Country	Needle & syringe programs	Take home naloxone programs	Drug consumption rooms	Heroin-assisted treatment
Austria	Yes	No	No	No
Belgium	Yes	No	Yes	No
Bulgaria	Yes	No	No	No
Croatia	Yes	No	No	No
Cyprus	Yes	No	No	No
Czechia	Yes	No	No	No
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes
Estonia	Yes	Yes	No	No
Finland	Yes	No	No	No
France	Yes	Yes	Yes	No
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes
Greece	Yes	No	No	No
Hungary	Yes	No	No	No
Ireland	Yes	Yes	No	No
Italy	Yes	Yes	No	No
Latvia	Yes	No	No	No
Lithuania	Yes	Yes	No	No
Luxembourg	Yes	No	Yes	Yes
Malta	Yes	No	No	No
Netherlands	Yes	No	Yes	Yes
Norway	Yes	Yes	Yes	No
Poland	Yes	No	No	No
Portugal	Yes	No	No	No
Romania	Yes	No	No	No
Slovakia	Yes	No	No	No
Slovenia	Yes	No	No	No
Spain	Yes	Yes	Yes	No
Sweden	Yes	No	No	No
Turkey	No	No	No	No
United Kingdom	Yes	Yes	No	Yes
30	29	10	8	5

Among the actions in the care of drug users, one of the most effective is the delivery of syringes [2]. They appear in the 80s and received numerous criticisms,

regarding their promotion of consumption, until the WHO recommended making 200 syringes a year available to each injector, 300 in 2030.

Figure 1. Evolution of drug use from 1980 to 2020 [3]

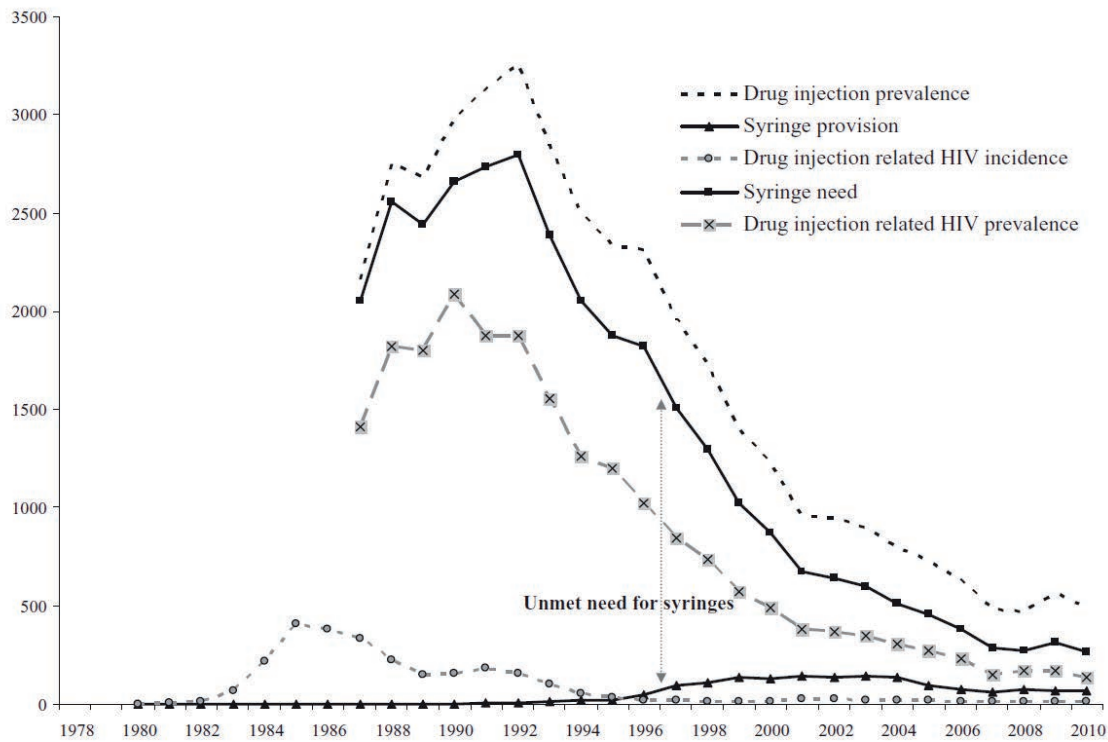


Figure 1 Evolution of some indicators related to coverage of sterile syringes for injecting drug users (IDUs) in the Spanish general population, 1987–2010.

Syringe need and syringe provision are expressed per 1000 inhabitants; other indicators are expressed per million inhabitants. New drug injection-related human immunodeficiency virus (HIV) cases in the population (population incidence) was obtained from the HIV register for 2001–10 [28] and from a published study for 1980–2000 [23]. Drug injection-related HIV cases in the population (population prevalence) was obtained by multiplying the prevalence of HIV among IDUs (obtained from the register on drug treatment admissions [25] and from a published study [32]) by the number of IDUs

Bravo [3], provide data on the number of injectors and syringe delivery. It should be noted that this is estimated data. The marginality of consumption makes it impossible to have a user census and the data is also from all over Spain, so general considerations may not have local applications.

There has been a decrease in injecting users since 1992 when, according to the authors, a prevalence of 3.26 drug injectors / 1000 inhabitants was reached. Since that year, the rate has decreased annually, reaching 0.40 / 1000 inhabitants in 2010.

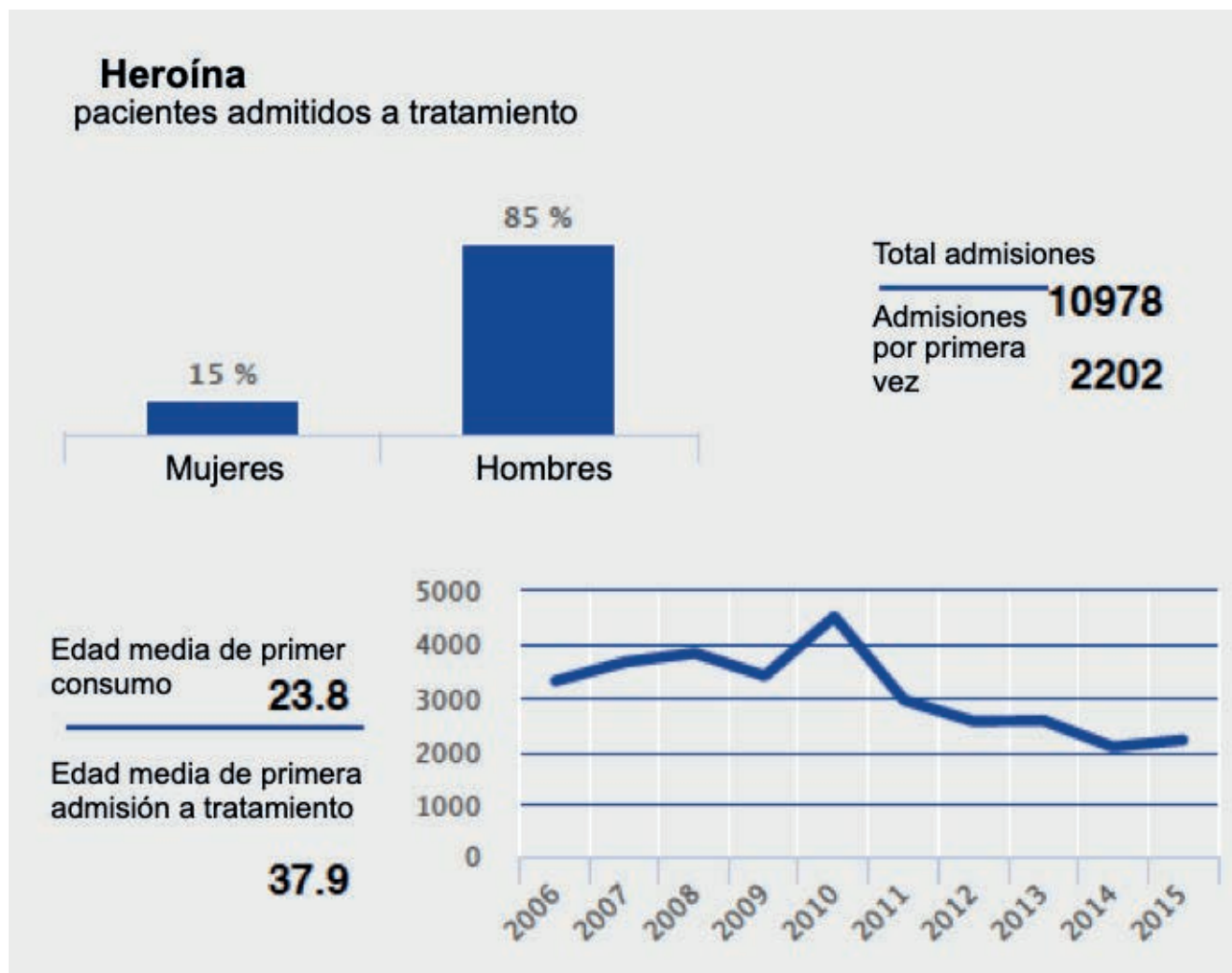
This recorded decrease of more than 8 times in the prevalence of consumers could suggest that injected consumption has become somewhat residual. However,

in daily reality, it remains a very important public health problem, with conflicting consumption, linked to crime and a poor quality of life for marginal users [4].

According to reports from the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, in Spain, heroin continues to be the main drug related to the most serious health and social consequences, such as drug-related infections.

The estimated number of high-risk heroin users has shown a decreasing trend from 2010 to the last estimate in 2015 and has continued to decrease since 2009. Injecting drug use has also decreased in the last 30 years among drug addicts admitted for treatment [5].

Figure 2. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Spain Report 2018 [5]



Analyzing the data of people entering treatment is a record that may be of interest for monitoring. However, it does not have a value for decreasing prevalence, since poly-consumption is currently very frequent in which drugs such as methadone coexist with illicit drugs, heroin, and cocaine.

It is the phenomenon of revolving doors. It is very common for them to combine withdrawal and consumption phases, attendance at maintenance centers and consumption centers.



Syringes delivered 1993 2020

The graph (figure 1) also shows an approximation of the syringes that should be delivered and the ones actually delivered. We must continue to insist that these are calculations, not actual consumer assessments.

The data is approaching 2010, according to the authors, more due to a decrease in the number of consumers than due to the supply of syringes.

The reasons could be twofold. An insufficient number of syringes to deliver, or that there are a large number of consumers who are not contacted. It is not easy, at least for a long time, to miss syringes. It is more plausible that they do not always contact the syringe distribution centers.

Partially. During certain hours, on certain days there are no services, consumption rooms or syringes. So users learn to prick themselves without rooms or without having syringes at their fingertips. Once again, it is a call to extend the hours of service to active consumers in hours and days.

Another possibility is that they are not fully contacted. They would be the people who do not usually contact the health system. I refer to the red box in Figure 1, a large part of the people who did not get the syringes.

What is a reality is that it is the distributors who they contact, the end sellers, the small traders who are already in contact with the consumer. Ideally these should provide the syringes and clean, new material.

The WHO recommended that by the year 2020 the delivery of 200 syringes per consumer should be achieved and of 300 syringes by 2030. In Spain, these 200 syringes are not accessible.

Deaths related to consumption

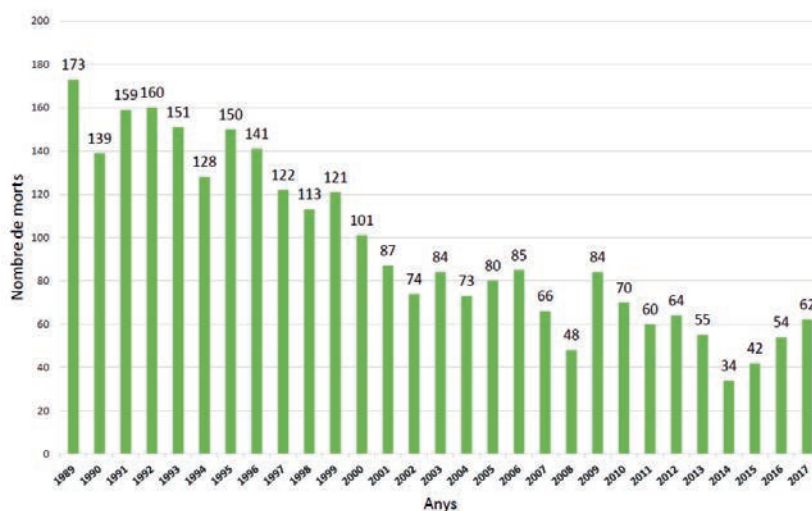
A European study shows crude mortality (quotient between the number of deaths that occurred during a given period and the average population of that period, multiplied by 1000) in 8 different cities. It links deaths and total population. Just over 1 per 100 people-years in Dublin and London to 2 per 100 people-years in Rome and 3.8 per 100 people-years in the Barcelona sample.

Specifically in Barcelona, death was caused in 34.5% by acute reactions to consumption, 37.0% by human immunodeficiency virus (HIV), 24.6% by other causes, and 3.9% by unknown causes. The study is from 1992-2001. In other words, in the years prior to the highly effective drug therapy started in 1997. Deaths from HIV have decreased, being one of the arguments for the current greater longevity of the population of active consumers. They have taken precautions [6].

In Barcelona, the heroin overdose death epidemic began in 1983 with 19 deaths, reaching 173 deaths in 1989, one every three days [4], until overdose deaths stabilized at 60-70 (Figure 3)

Figure 3. Evolution of overdose mortality in Barcelona [7]

Evolució de la mortalitat per sobredosi, 1989-2017

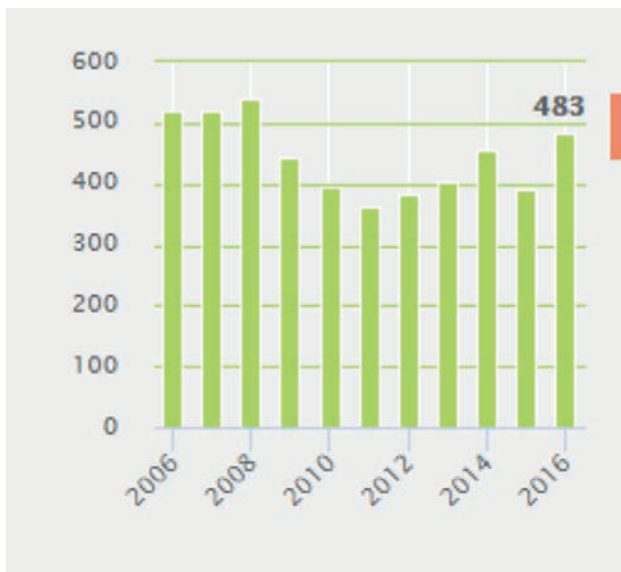


The effective strategies, according to the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, to combat overdose deaths are methadone maintenance programs, consumption rooms, and overdose prevention and action programs [8].

According to the same source, deaths from acute reactions to consumption remain around 500 a year in 2006 and 2016, with a recent rebound (Figure 4).

Once again the figures may vary by city or community.

Figure 4. Deaths from overdose in Spain [9]

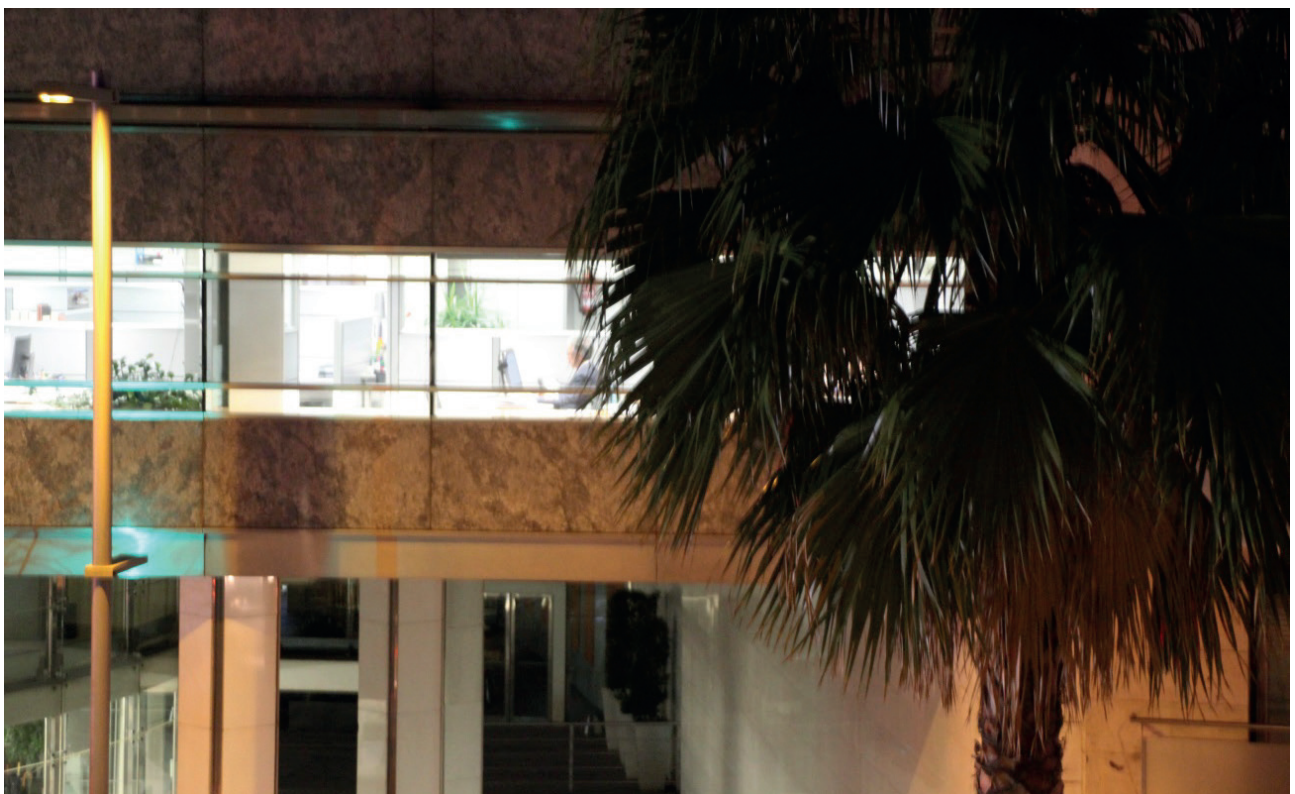


From supervised consumption rooms to consumption in illegal sale oors or on the street. 2003 - 2020

Supervised injection facilities (SIFs) [10] or sale floors [11] in the English-language literature - emerged as another device in the care of active drug users with the idea of preventing overdose, parenteral transmission diseases and the possibility of creating links and reporting on less risky consumption. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, has distinguished them as an element that decreases deaths in drug users.

A study carried out in Catalonia, the area with the largest number of rooms in Spain, in the years 2014-15 [11] showed (Table 2) that 21.1% always consume in the rooms. If we consider that from 10 p.m. to 8 a.m. there are no open rooms, it means that in a week the rooms are closed for 43.7% of the time. No doubt by chance, but it is very close to the percentage of people who could argue to use the rooms occasionally, when they are open. Other explanations would have to be sought for those who rarely use the rooms.

How do we assess that 21.2% always use the rooms? Probably the sanitary desideratum would be that the



consumer always used the rooms in pursuit of “zero” deaths due to an acute reaction to consumption and “zero” parenteral infections.

In addition to the hours in which it is impossible to use the rooms because they are closed, users should be asked why the rooms that appeared with such enthusiasm have not managed to get consumers to use them on all occasions in a safe way.

Table 2. Consumption in and out of the room

Consume in the room	
Less than half of the time	33.1%
Half the time	45.7%
Always consume in the room	21.2%

In all the known rooms in the world, no death has been recorded as an acute reaction to consumption, in contrast to all the deaths caused by this reason on the street.

In Spain, rooms were created in Madrid, Catalonia, the Basque Country, although they disappeared, without clear explanations, over time, from the Community of Madrid.

In Barcelona, the first supervised consumption room arose in 2003 [12], in the Can Tunis sales area, out of the need and observation of the team that delivered hygienic puncture material and recovered used material with a van. With the closure of the Can Tunis point of sale, consumers moved largely to the Ciutat Vella district of Barcelona and SAPS, Creu Roja (2004) and later Baluard, La Mina, Valle Hebrón rooms were created. Later, the Catalan Public Health Agency promoted that in all consumer care centers (CAS) there could also be a consumer room.

Consumers have widely used these resources and the hygiene of the environment, safety and a pleasant climate generated are positively appreciated.

From 2003 to 2019 there were changes in the location and times of consumer rooms, which currently do not cover all hours of the day per week.

Large Exchangers

A common goal of drug user care is to reach out to consumers who do not consult with health and social services. They all buy the substances. In other words, if you can reach distributors, the trade union, the distributors’ employer, you could reach

many consumers, regardless of whether they go to health and social services.

Various publications have appealed to relationships with trusted distributors, with varying degrees of anonymity [13]. For healthcare providers and distributors, the goal -through different arguments - is for consumers to be in good health. This is an obvious goal for the healthcare system as it is for the illegal drug market, because if the consumers are not alive they cannot buy the drugs.

In October 2019, a high number of syringes and a demand for naloxone were detected in Barcelona.

The monthly figure ended up being about 35,000 syringes a month, although demand was higher. They would have taken away more

The material consists of syringes called Spanish, American, casseroles, water, rubber, yellow containers for recovery of used material, and 10 bottles of naloxone for each exchange. If the distributors could, they would bring more than 10 naloxone bottles. Training is also offered on the use of naloxone in the case of an acute opioid reaction and the safest way to puncture or prepare the injection site.

There is no recovery of the containers. It has been reported that they are being deposited in certain places, properly closed. They are not returned. This is probably because it is difficult to get around a city with yellow, bulky containers containing some of the 350,000 syringes and other delivered material.

At present there is no more information on the amount of naloxone used, how and by whom.

The maintenance of this relationship is based on the voluntary ignorance of the point where this sale and / or consumption is made.

Consumption in drug sales floors

In some non-illegal drug sales flats, consumption takes place, following the model of these rooms, even with employees.

There may be distribution of new syringes, collection of used material in sanitary containers, naloxone for the resuscitation of respiratory depression, and even personnel who assist consumers who have attended training courses in centers for active consumers.

These could be considered a positive thing from a practical point of view, as an alternative to consuming on the street and as a line of work with drug distribu-

tors focused on the shared objective of preserving the health of consumers.

However, the current reality is that in most cases, consumption in the sales floors is carried out in deplorable hygienic conditions, with frequent situations of violence, harassment and even rape.

They become sources of infection. Data from the surroundings of the La Mina neighborhood (Sant Adrià, Barcelona) report reinfections of the order of 16% of the injectors. The situations of violence, altercations, disorders in the neighboring streets, cause confrontation with the neighborhood.

Consumers' need to get their regular doses of illegal substances requires persistence of points. From a pragmatic point of view, an intervention in the illegal market would be to avoid places where distribution is

particularly dangerous for users and conflictive for the neighborhood, compared to hypothetical places of sale and consumption of less risk.

However, the current patterns of action by distributors make relations with the healthcare system very scarce.

In the summer of 2019, the closure of various flats of drug sales and consumption took place in Ciutat Vella (Barcelona), with the movement of consumers to other areas, without completely reversing consumption in rooms that are supervised by health personnel.

The professionals, the care teams in this area who experienced this process have experiences to share.

It is reported from the Baluard center (Ciutat Vella Barcelona) that after the closing of sale flats many users moved to other areas but that the center tripled



the activity as from the next day, at the same time consumption on the street skyrocketed. And this has been maintained until today.

In other words, the closure of sales and consumption flats caused part of the users to increase their partial or complete frequentation with the legal consumption rooms and part of the users also occasionally or completely increased consumption on the street.

From which it follows that it is necessary to plan and be prepared for the closing of consumer flats and that the strategy of attracting users of the illegal sale flats is necessary, because after the closure the reception of new users increased.

Security reasons prevent the coordination of police actions such as closing consumer flats or raids in specific areas. But somehow it has to be considered that the closure of points of sale is going to transfer consumption to other areas or new demands are going to

appear against which the system of attention to active consumers should prepare.

Legal system against the illicit drug market

It is appropriate to consider the needs of consumers as a constant for which the legal and illegal system competes.

$$\text{Consumer needs} = \text{illegal system offer} + \text{legal system offer}$$

Any improvement in one of the two systems may be detrimental to the other. Improving the offer of the legal system should reduce access to the illegal system.

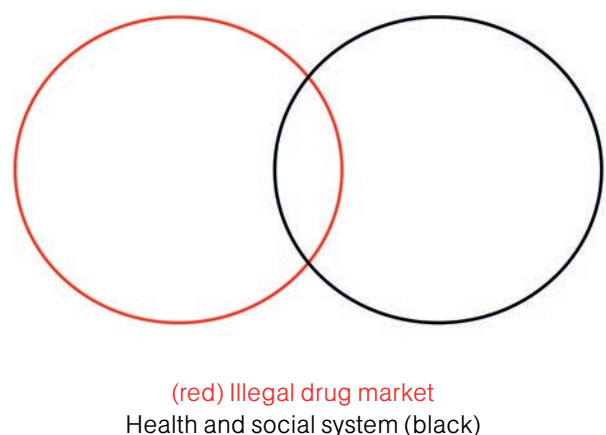
Table 3. Legal and illegal system against the needs of consumers.

Illegal system	Health and social system
Offer of the illegal system: consumption on the street or in sales flats	Offer of the legal system: legal consumption rooms and alternatives to consumption
"Black market"	Methadone substitution programs, buprenorphine
"Black market"	Treatment with psychotropic drugs
Unlimited possibilities (consumption on the street at any time of the day, week), without waiting	Limited hours of rooms, queues for access to consumption
Fewer limitations and standards. Open spaces (on the street)	Safety in acute reactions, hygiene, education, help to find a vein
No expulsions (expulsion from centers leads to the street)	Expulsions

Currently, the percentage of people who consume drugs outside the health rooms is excessive. With important repercussions on community health: insecurity, discomfort, bad image, bad example, risks of accidental puncture with the material used. Probably people who are punctured in the street have a worse state of health and also contact less with the health and social system?

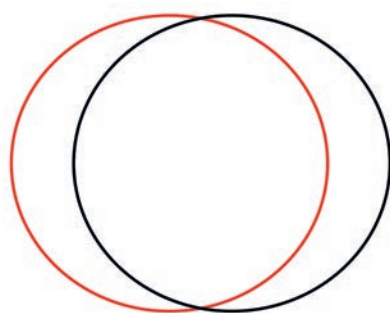
There is a decades-long balance between the illegal drug market and the health and social system (Fig 4). Distributors, small sellers may be the link but it is a weak link, subject to many oscillations. Changes of people, of place.

Figure 4. Illegal drug market and the health and social system. Status quo



The health and social system can gain ground in the illegal market by supplying the substances. Accepting that a type of consumer prefer the context of illegal purchase. But you have to try to reduce it with attempts. Methadone, buprenorphine have been. In this fight for the consumer, the health and social system itself should not place excessive obstacles on the legal supply of substitutes and psychotropic drugs and consider the role of injected opiates and benzodiazepines.

Figure 5. Gain ground to the illegal market from the health and social system



(red) Illegal drug market
Health and social system (black)

The legal system has as its strong point the free offer of legal substances, a true counterpart to illegal consumption for payment.

A deep debate is required within the health system in which current practices are questioned, without previously established judgments. With measures that favor the use of supervised rooms, preferably over sales floors or public roads (Table 4).

Table 4. Measures that favor the use of supervised consumption rooms

- 1) long room hours in front of the cuts that have been taking place gradually.
- 2) proximity of the rooms to the consumption areas
- 3) comfortable consumption rooms
- 4) number of consumption places in the room suitable to avoid waiting
- 5) adapt the design of the rooms (post 2003) to current circumstances
- 6) ask consumers about their preferences for a supervised room

There have been several alternatives for the treatment of opiate users who do not stop using it despite

the existence of a substitute such as methadone or buprenorphine. With adherence to the needle, vein and intravenous heroin.

After historical alternatives such as the PIENSA program in Andalusia, there have been no significant proposals in Spain, unlike Belgium, Germany, Luxembourg, the Netherlands and the United Kingdom (Table 1)

Some consumers have opted for intravenous use of methadone prepared for oral consumption. It is still an ingenious and cheap proposal that seems to produce a more satisfactory effect than orally.

This subgroup of users must be retained in the system, facilitating consumption in supervised rooms, trained and equipped with adequate material.

And one possibility for those who don't give up on the needle is compassionate heroin treatment. Prescription outside a clinical trial, with a request to the Spanish Agency for Medicines by the doctor, consumer acceptance [14] and a great deal within the healthcare system



Methadone injected

Injected methadone costs more to inject because there is more fluid. Consumers use Spanish syringes, with small needles and a 10 or 20ml syringe. Needles and syringes are separated. Typical consumers of injected methadone use the short, large-size 21G intramuscular green syringes and the 5, 10, 20ml syringes.

Some people are taking methadone for 30-40 minutes. Whoever comes with 120mgs is advised to split or drink a portion. They are taught to use a "popcorn" catheter that they would like to take home for a puncture. No one uses the subcutaneous route. There is research help in the vein. It contributes to their autonomy.



Spaces for women

There are many more men in our environment than women who are on the street. Many arguments have been raised, among which is that having a home is a bigger priority for women than for men.

It is often cited that the ratio is 8 men for each woman, which determines that devices for people on the street are more often directed at male characteristics.

That is why it is interesting for there to be women-only spaces in the same front-line resources, in location and time. This does not mean that men do not have access to these services during the women-only spaces.

Peace and quiet, relaxation, and support can be added to the contributions of opinions, issues and demands that in general attention may not appear [15,16].



<https://metzineres.net/index.html>

Punishment and drug users. What, how, when, where and for what?

The question of where is a good starting point. Classical causes of punishment are consumption outside the permitted areas, destruction of service material and aggression. But it is different if the action occurs in stable premises, where the three arguments make sense or if it occurs on the street. Street consumption is not the responsibility of healthcare services, although it can be from other instances. This involves material other than the team and aggression to other people.

The punishment -what- in most cases involves a suspension of benefits, which implies lack of contact. The ideal punishment should involve maintaining other forms of follow-up.

Most of the transgressions take place in common staying areas, of relaxation. Zones that are more complex to manage. In the areas of consumption and professional offices there are also transgressions, but less.

It would be desirable for educational and therapeutic punishment to imply continuing to maintain contact even if it were by other professionals and in other settings.

The punishment that involves a break of a day or less in care, what some teams call express punishment makes sense being implemented immediately. Today we stop the assistance, trusting that tomorrow it will be more bearable.

For the strictest punishment, it is recommended the decision be made with reflection in art team meeting, and not on the spur of the moment.

The formulation of punishment - how - should be formulated with the desired professionalism. Free of passion, confrontation or exalted tone.

And it has already been anticipated that punishment must be fundamentally therapeutic, that contributes something to the treatment of the consumer or to their educational process. And on some occasions it means not giving the service to preserve the integrity of the center and professionals.

The attention to active consumers, immersed in an environment of frequent violence, individualism and physical and mental illness is not easy. Punishment is one more tool, to be used with extreme caution and objectively, but the best tool is professionalism.





Future Challenges for Drug Care

Training in patient relationships, from professionals who are often mouth-to-ear from veterans to juniors with random rigor.

Need for new skills in communication, pedagogy, empathy.

Eradicate drug abuse, which can have an impact, even in healthcare settings.

Consumer rights, often not preserved.

The obligation to consume methadone in front of healthcare staff from Monday to Friday, with a possible distrust component, while on the weekend or without attention, there is no control.

The attendance hours. More to the convenience of healthcare teams than to the needs of users. We have gone from 21 to 6 care, to have no center open beyond 21.30 and often closed at weekends.

Drug abuse floors are an alternative of varying health effects, with large exchangers finding the syringes where they can.

The exchange programs - you give me I give you - are still in force against delivery programs of non-contaminated injection material, different from the collection.

Professionals and centers still believe that many more syringes cannot be given than they are recovering.

The startling illegal drug market is increasingly similar to conventional markets. With holidays, employees, dependents who may have, even customized training in the consumption rooms of the healthcare system. Can they be an aid in places where public attention does not reach?

Poverty, people on the street. Poly-consumers. Uncontrolled minors. Adults who were minors under guardianship, with no current source of income.

And the Socratic culture of asking us questions. How to influence the illegal drug market? How can people who buy in the black market be recovered by the healthcare system?

Should we systematically trust the user?

What if someone doesn't take methadone orally and injects it? Should methadone-injected consumption be prohibited in rooms?

If anyone sells methadone, where is it going to go?

Is methadone on the black market an alternative to buying heroin on consumer floors?

Are benzodiazepines on the black market a qualitative or quantitative alternative to illegal drug use?

What does it mean for someone to systematically run out of medication, methadone or benzodiazepines before the next prescription?

Do we have underdiagnosed, malnourished people?

How do we approach gender violence in the context of addiction?

Do we have the best schedules?

Is the plethora of consumer rooms an invitation to be consumed on the street?

The debate is open, people. How do we approach gender-based violence in the context of leadership? Do we have the best times? Is agglomeration in consumer rooms an invitation to street food?

The debate is open. ✱

REFLECTIONS 2020 ON ILLICIT SUBSTANCE USE

Daide Iannello. *Sociologist*



Defining old drug programs to better address and understand new demands is not an easy task.

At first, it becomes necessary to move between the various norms of social behavior in a multidisciplinary and empathetic way, in order to know the underworld and act in the interest of public health and specifically of consumers. It is necessary to ensure the safety of a substance frequently abused in an environment of unhygienic consumption, with prejudice and with scarcely gratified professionals working in a street environment.

Throughout the years, the centers for reducing social and health damage have adapted to the unexpected needs that have been presented at every moment, creating opportunities for the people who have been attended to.

But the budget cuts of the last decade have affected the entire damage reduction system, weakening the strength of the “Barcelona damage reduction model”. The effects have been experienced by both users and professionals of this system. The decrease in the use of assisted venous puncture rooms and their displacement to the peripheries are obvious effects of this phenomenon.

The profile of the consumers and the projects have also changed in a certain way and the projects have not had the same capacity to adapt to the change. Changes that if you have been able to recognize the market for illegal substances that, as a black market, is able to adapt to better serve its users. People do not consciously think about whether the substance is adulterated or not, they know this, but because they can do nothing about it, they rely on personal experiences and / or references (friends / colleagues / etc) to determine where it is best to buy and by consequence, where to make the first consumption after the purchase.

The system has not been able to adapt to the mobility of the consumer phenomenon.

I do not have the formula of how to act, but I would venture to define some varia-

bles that are important in the development of new programs:

- Prioritize human relationships, active user participation.
- Interdisciplinary detection of needs.
- Awareness of the risks and means available to reduce them.
- Promote social and health resources.
- Inform about the programs they can access.
- Improve access to difficult-to-reach populations.
- Training and training / strengthening of social skills and dynamics, behaviors and
- Use of free time.
- Gather information.
- Similar education (knowledge exchange).
- Accompany in a process of self-esteem and quality of life.
- Observe how the cuts in social and healthcare resources affect them.
- It is good practice for consumers to reach and consume dosages to determine if this deficiency is likely to influence behavior resulting in higher risk practices.

a) Reuse of syringes and injection material among other circumstances.

b) Change of the route of consumption (move to intravenous route).

c) Deterioration of living conditions: food, housing, health care by obtaining less money and maintaining the same consumption needs.

For all this, we could use social learning theories to develop a meaning-making strategy for human activities, to be able to develop substance-use prevention work. We also need the tools of the ethno-methodological perspective to investigate the processes through which human beings interact, that is, the modalities of knowledge exchange so that they can detect problems or needs and adapt interventions. ✱

SCABIES ON THE TIP OF THE ICEBERG

Few diseases have as many pejorative connotations as scabies. It provokes reactions of alarm, fear and estrangement, surely inherited from past times, which evoke intense itching, important discomfort, prolonged if not stopped and transmitted through intense contact.

Scabies is caused by an insect, a mite, *Sarcoptes scabiei*. The itching is severe and usually predominantly nocturnal. It results from a hypersensitive reaction to the mite, faeces and eggs (16) and manifests itself as an intensely itchy rash on the fingers, interdigital areas, wrists, armpits, mammary areolas and genitals. The back of the body is relatively free of complications and the head is free, except in very young children.

Scabies, a less common form related to reduced immunity, is associated with increased numbers of mites, with thick scales, scabs and fissures

Although it can affect people of any age and socioeconomic status (20), it is more common in crowded situations, along with difficulties in changing personal and bedding clothes and accessing showers. Mites can survive on a host for 24 to 36 hours.

The healthcare approach is simple and well known, so some people affected by scabies with longevity may not have contacted the healthcare system, due to lack of knowledge, lack of healthcare coverage, or difficulty in communicating. In addition to the above-mentioned hygiene rules, local treatment is proposed.

For this reason, the demand for scabies care may facilitate contact with people who have not previously used the health system.

The usual treatment is a 5% permethrin cream that must be carefully applied from the neck to the feet, leaving it for 8 to 14 hours and then showering. Although its need has not been proven, it may be advisable to repeat the treatment after one week. Permethrin is usually the preferred treatment for pregnant and lactating women.

In some cases where it is considered that the treatment is not going to be possible, oral treatment with ivermectin can usually be used, usually 1 tablet, which will be repeated after 1 week (17).

It may be considered to treat household members and close contacts even if there are no symptoms, to avoid a repetitive cycle of infection.

Although scabies spread less frequently from the clothes or sheets of an infected person, it is prudent to wash or insulate any personal or bedding that the person has touched within the previous three days of treatment. It is usually not necessary to wash other items. You can choose to place them in plastic bags for at least three days or machine wash. ✱



BIBLIOGRAFÍA/ BIBLIOGRAFIA/ REFERENCES

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2019 [cited 2020 May 15]; Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf
2. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit* 2016; 30:99–105.
3. Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, Díez M, Regidor E, Belza MJ, et al. Harm reduction interventions for drug injectors or heroin users in Spain: expanding coverage as the storm abates. *Addiction* 2012; 107:1111–22.
4. Brugal MT, Rodríguez Martos A. Morbimortalidad asociada al consumo de drogas *Adicciones* 2006; 18 (Supl 1):9-20.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. España. Informe sobre drogas 2018. Página 1 de 27. 2018.
6. Bargagli AM, Hickman M, Davoli M, Perucci CA, Schifano P, Buster M, et al. Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2006;16:198-202.
7. Agencia de Salut Pública. [Internet]. Mortalitat per reacció aguda adversa a drogues. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, 2019. Disponible a: <https://www.aspb.cat/documents/mortalitat-reaccio-aguda-adversa-drogues/>
8. Neale J, Brown C, Campbell ANC, Jones JD, Metz VE, Strang J, et al. How competent are people who use opioids at responding to overdoses? Qualitative analyses of actions and decisions taken during overdose emergencies. *Addiction*. 2019;114:708–18.
9. EMCDDA. Countries [Internet]. Lisboa: EMCDDA, 2019 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/countries>
10. Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction* 2009;104:614–9.
11. Folch C, Lorente N, Majó X, Parés-Badell O, Roca X, Brugal T, et al. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J Drug Policy*. 2018;62:24–9.
12. Anoro A, Ilundain E, Rodríguez R, Lali Rosell L, Iglesias B, Guinovart C, et al. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de drogas en Barcelona. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;21:601–8.
13. Carroll JJ, Rich JD, Green TC. The protective effect of trusted dealers against opioid overdose in the U.S. *Int J Drug Policy*. 2020;78:102695.
14. Olalla R, Tercero J. De Medicamentos. *Offarm*. 2007;26:94–7.
15. Marín M. “Metzineres”, hechiceras para el alma de mujeres vulnerables [Internet]. Barcelona: La Vanguardia, 04/05/2019. [cited 2020 May 17]. Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190504/462018051955/metzineres-hechiceras-para-el-alma-de-mujeres-vulnerables.html>
16. Metzineres [Internet]. <https://metzineres.net/index-ca.html>
17. Goldstein BG, Goldstein, AO. Scabies. Epidemiology, clinical features, and diagnosis. En: Della Valle RP, Levy ML, Rosen T, ed. *UpToDate* [Internet] Waltham (MA): UpToDate; 2019 [cited 17 May 2020]. Available from: <http://www.uptodate.com>

Call for papers

Low Threshold Journal is an online publication addressed to the international scientific community and focused on presenting experiences of teams who work on promoting education, health and social care in socially deprived urban areas. There are interesting unknown interventions that could be useful for other groups under similar conditions.

From the original texts, sent to lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, the editors made an English or Spanish translation. The final texts are published as a magazine and are freely available in PDF format. They are online permanently at www.lowthresholdjournal.org, so they can be consulted at any time.

The platform is financed by authors' contributions with open access for readers. It is a low cost fee (€ 0.074 per word).

Lowthresholdjournal is promoted by Ex Aequo, a non-profit association, founded in 1996 in Barcelona and is dedicated to promoting education, communication and social and health care in socially deprived urban areas.

Low Threshold Journal; 2013. Vol 1, n° 1

- Editorial. ¿Qué haces cuando no estás conmigo? *Lorena Andreo, Jessica Camí, Patricia Díaz, Carla Nasarre, Igor Bacovich, Rosa Kistmacher, Montse Grifols, Jordi Delás, Margarita Águas, Olga Díaz, Dito Eningo.*
- Consumidores de largo recorrido. *Queralt Caballero, Ruth Martín Pujol, Núria Pijuan i Panadés, Margarita Águas*
- Síndrome post consumo agudo de cocaína. *Lorena Andreo*
- Uso y abuso de benzodiazepinas. *Igor Bacovich, Verónica González Hernández*
- Transexuales. *Jessica Camí*
- Consumidores de drogas italianos en Barcelona. *Tania Farci, Rosa Kistmacher*

Low Threshold Journal 2014; vol 2, n° 1

- Editorial.
- Consensus document Recomendaciones dirigidas a la prevención y abordaje del VIH y del sida en personas usuarias de drogas en situación de exclusión social. Documento de consenso Valencia.
- Experience Aula de formación. Proyecto pedagógico para usuarios de drogas
- Experience Educación compartida en un servicio de atención a usuarios de drogas en activo. Experiencias de un equipo multidisciplinar
- Meeting Euro Harm Reduction Meeting. Amsterdam 2 and 3, October 2014

Low Threshold Journal 2014; vol 2, n° 2

- Editorial
- IV Jornada de reducció de danys a Catalunya
- Comunicacions.
- Glossario / Glossari / Glossary

Low Threshold Journal 2015; Vol 3, n° 1

- Editorial
- Bancos y personas sin hogar. *Patricia Pujante*
- Slapen op een bankje / Sleeping on a bench. *Joshwa Smeets*
- Albergues y cajeros / Shelters and ATMs. *David Calzadilla*
- Que algún profesional se pase por los cajeros / Social care in ATMs. *Giorgio Zitani*
- *El mal camello / The bad dealer / El mal camell*
- 15 años atendiendo a consumidores de drogas no legales en la ciudad de Barcelona. De la reducción de daños a la

excelencia. *Jordi Delás, Olga Díaz*

- Presencia de adulterantes en el análisis de muestras de cocaína y heroína preparadas para ser consumidas. Revisión de la bibliografía. *Sara Serra, Noelia Furquet, María José Sánchez, Davide Iannello*

Low Threshold Journal 2015; vol 3, n° 2

- Batudes: Intervencions policials al món de la droga. *Patricia Pujante*
- Comentarios Rosa Kistmacher
- Experiències. *Jordi Haro*
- Reinserción o negocio? *Herman Saraiva Marcelino*
- Cómo dejé la droga o, mejor dicho, de cómo empecé a dejarla. *Valentina Mortari*
- La realidad invisible que duerme en nuestros portales. *Jorge Valero y David Viñas*
- Deporte /Sport: Hockey +, Projecte ciutat, A different day

Low Threshold Journal 2016; vol 4, n° 1

- SAPS
- Centro de emergencia social
- Consolidación, apertura de la sala y establecimiento de las bases de un centro integral
- Observatorio, función de observación. Investigación. Medicamentos sintéticos
- Los orígenes del concepto de centro integral

Low Threshold Journal 2016; vol 4, n° 2

- SAPS&FRIENDS II. *Pere Antoni Soler Insa*
- Raval, SAPS y etnografía. *Rafael Clua García*
- El efecto SAPS. *Alba Mestres*
- 13 años contigo... *Olga Díaz Grau*

Low Threshold Journal 2017; vol 5, n° 1

- Soñadores. Segundas oportunidades tras un largo proceso migratorio. *Patricia Pujante*
- Origen y protocolo de protección de los menores no acompañados / Importancia de la reinserción social de los menores / ¿Por qué iniciar un proceso migratorio? / Consumo de inhalantes, una problemática invisible / Adicción a inhalantes
- Estima lliure / Love freely / Ama libre. *Verónica Gallardo*

Low Threshold Journal 2017; vol 5, n° 2

- Sensellarisme a Barcelona: una problemàtica amb moltes arrels. *Patricia Pujante*
- Antonio / Antonio / Antonio
- Habitatge, treball, turisme i pobresa
- Operación frío / Operació fred / Cold operation.
- CPA (Centros de primera acogida). Los explicamos con detalle

Low Threshold Journal 2018; vol 6, n° 1

- Les noves addiccions
- La psicología y las adicciones. *Wilma Penzo*
- Conductas adictivas. *Neus Aymamí i Sanromà*
- Juego patológico. *M. Neus Aymamí i Sanromà*
- Adicción a los videojuegos. *Susana Jiménez Murcia*
- Las adicciones comportamentales: Adicciones tecnológicas paralelismo con las adicciones a sustancias. *Mª José Vilches Jiménez, Maite Román Casenave.*
- Els nous estimulants en la societat de la cultura de l'èxit. *M. Antonia Obrador Mas, Mercedes Sanx Laburda, Aida de Arriba Arnau.*
- Reflexions al voltant de l'addicció. *Juan Manuel Blanqué López*

Low Threshold Journal 2018; vol 6, n° 1

- Les noves addiccions Barcelona: ciutat refugi que reclama més polítiques socials d'atenció a la immigració. *Patricia Pujante*
- A propósito de la regulación del cannabis en Uruguay, algunas miradas a un proceso muy reciente aún. *Ana María Echeberria*
- Maria libre
- Atenció d'infermeria de la síndrome postconsum de cocaína. *Rafael Clúa*
- Real institución benéfico social Padre Rubinos. El largo camino desde la caridad hacia la integración social. *María Carrera*



LowThreshold *Journal*

2019, Vol. 7, Num. 1-2