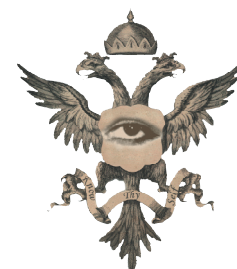


FUNDACIÓN BECKLEY
PROGRAMA SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS



Las salas de consumo higiénico

Autores: Axel Klein, Marcus Roberts y Mike Trace

Traducción: Helena Brull - Sección de Normalización Lingüística del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

RESUMEN

Las salas de consumo higiénico (SCH) — en inglés, *drug consumption rooms* — son, por definición, dependencias legales donde los toxicómanos pueden consumir drogas ilegales con el fin de reducir los daños de dicho consumo. La hipótesis subyacente es que si los toxicómanos problemáticos poseen espacios para su uso exclusivo donde pueden consumir drogas en condiciones higiénicas habrá una reducción del consumo público de riesgo. Las salas de consumo higiénico se consideran dependencias modernas desde mediados de los ochenta. Durante la mayor parte de este periodo, las salas de consumo higiénico funcionaron en algunos países de Europa occidental, pero recientemente en Australia y Canadá se han abierto nuevas dependencias, lo que ha permitido analizar su impacto de un modo más riguroso. Si bien los beneficios de las SCH no deben exagerarse — y éstas plantean cuestiones que atañen principios éticos y jurídicos de difícil solución — hay indicios de que estas instalaciones pueden contribuir positivamente a reducir los daños relacionados con las drogas allí donde tienen el apoyo de los servicios y la sociedad civil.

INFORMACIÓN GENERAL

Las salas de consumo higiénico han sido definidas recientemente como ‘dependencias legales de bajo umbral de exigencia donde los toxicómanos pueden consumir droga adquirida previamente en condiciones higiénicas bajo supervisión profesional en un ambiente libre de juicios de valor’ (Kimber J et al, 2003). Se conocen por los distintos nombres de salas de venopunción, centros de venopunción supervisados y centros de venopunción supervisada por personal médico. Si bien estos términos describen adecuadamente algunas salas de consumo, no las describen a todas, y pueden dar lugar a confusiones si se aplican de modo genérico, puesto que en algunas de estas instalaciones la droga puede fumarse e inyectarse. Es importante diferenciar las salas de consumo higiénico de las *shooting galleries*, salas de consumo de droga establecidas en beneficio de los traficantes, como es el caso de las conocidas *crack houses* (apartamentos en que se vende, consume o produce crack). Asimismo, no deberían confundirse las SCH con los centros sanitarios para la administración sin riesgo de drogas recetadas (por ejemplo, las clínicas de mantenimiento con heroína). Por el contrario, las salas de consumo higiénico se caracterizan por

- i ser instalaciones *legales* que facilitan el consumo de drogas *ilegales*;
- ii tener como *objetivo* la reducción de los *daños* relacionados con las drogas.

En resumen, el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) explica: “La finalidad de las salas de consumo higiénico es analizar y tratar los problemas de grupos específicos de drogodependientes de alto riesgo, especialmente aquellos que se inyectan y los que consumen en la vía pública. Estos grupos tienen importantes necesidades de asistencia sanitaria que a menudo no están cubiertas por otros servicios y plantean problemas para las comunidades locales que los servicios sociales, los servicios de drogodependencias o las leyes no han sabido resolver mediante otras alternativas” (OEDT, 2004). Los defensores de las salas de consumo higiénico ponen especial énfasis en su capacidad para tratar algunos de los toxicómanos más conflictivos y problemáticos y actuar como puerta de entrada a los servicios asistenciales y de tratamiento de drogodependencias.

ANTECEDENTES

Hasta hace relativamente poco las SCH eran un fenómeno exclusivamente de Europa occidental. La primera SCH —en el sentido moderno del término— fue establecida en Berna, Suiza, en 1986. Aquella fue una época de preocupación creciente por el aumento de casos de VIH/sida, que se plantea a raíz de las muertes relacionadas con drogas y el incremento de su consumo en la vía pública en varias ciudades de Europa. Es durante este periodo cuando empiezan a surgir los enfoques de la “reducción de daños” —incluidos el suministro de jeringuillas y agujas— en un escenario político dominado por la desintoxicación y los programas de rehabilitación residencial en régimen de abstinencia.

RECUADRO 1

Opiniones recientes acerca de las SCH

Actualmente, un crítico ha resumido acertadamente el mensaje que se desprende de los datos disponibles del siguiente modo: “Hay indicios que demuestran que, si las SCH se crean en consulta con amplios sectores de la sociedad, es posible establecer diferentes modelos operativos, que pueden beneficiar a diferentes grupos de población y satisfacer las necesidades de la zona. Los datos relativos al número de visitas que reciben demuestran la cantidad de droga que se inyectan que se transfiere a un espacio seguro, probablemente con una disminución de las molestias ocasionadas y en el que están atendidos por parte de personal cualificado con acceso a equipos de urgencia. También se ha observado que las salas de consumo higiénico tienen la capacidad de atraer a los toxicómanos más vulnerables y marginales. Hay indicios de que posiblemente tendrán un impacto sobre las muertes por sobredosis y podrían reducir las conductas de riesgo por virus de transmisión sanguínea. Sin embargo, este dato aún no puede cuantificarse. Además, pueden facilitar el acceso a una serie de tratamientos de rehabilitación, y servicios sanitarios y sociales. Hasta la fecha no ha podido determinarse con claridad la relación coste/eficacia de las salas de consumo higiénico. Si bien tienen un futuro prometedor, se precisa más investigación para aclarar su impacto global y coste económico.” (Hunt N, 2003)

Otro análisis concluye: “Los datos disponibles, si bien actualmente son limitados por lo que se refiere a su impacto o estudios económicos, son más amplios y rigurosos. Los indicios demuestran que las SCH logran implicar a los grupos destinatarios, reducen las molestias relacionadas con el consumo de drogas en la vía pública, y suelen ser bien acogidas en sus localidades donde se establecen; controlan con éxito las sobredosis; contribuyen a la estabilización o mejoras en la higiene y conductas de riesgo e interactúan con los servicios sanitarios y asistenciales correspondientes. Más aún, datos recientes han demostrado una reducción en el ámbito de la comunidad de muertes por sobredosis en varias ciudades alemanas.” (Kimber J, Dolan K, Van Beek I, Hedrich D y Zurhold H, 2003).

En la década de los ochenta y los noventa, las SCH se instalaron en Alemania, España, Suiza y los Países Bajos, y a principios de 2000, en Australia y Canadá. Antes de 2003, había aproximadamente 60 instalaciones que funcionaban en todo el mundo. Mientras se redactaba este informe, había la intención de establecer instalaciones en Luxemburgo y Noruega. La implantación de las SCH se planteaba muy seriamente en Austria, Dinamarca, Francia, Italia e Irlanda (Kimber et al 2003). Incluso en los países más reacios de Europa occidental, como el Reino Unido, están considerando las SCH como una opción a tener en cuenta y son parte fundamental del gran debate sobre política de droga. En el Parlamento británico, el informe del influyente Home Affairs Select Committee (HASC), cuyos miembros proceden de los principales partidos políticos, concluyó que “hay una razón fundamental para erradicar el consumo de heroína, de modo que quienes deseen ayuda puedan seguir con su hábito con un riesgo mínimo para su propia salud y la del público. El primer paso evidente es el establecimiento de salas de consumo higiénico.” (HASC, 2001, párr. 184).

Desde un punto de vista internacional, la mejora más interesante desde 2002 ha sido el establecimiento de SCH fuera de Europa occidental; especialmente en la zona de Kings Cross de Sydney, Australia, en 2001, y en el East Side de Vancouver, Canadá, en 2003. La instalación australiana ha sido objeto de una evaluación durante 18 meses, que se fundamenta en los datos existentes procedentes de Europa (analizados detalladamente por el OEDT en un reciente informe). El trasfondo político para el establecimiento de la sala de consumo higiénico en Vancouver, Canadá, es testigo tanto de un creciente reconocimiento del potencial de las SCH en las diferentes partes del mundo como de la sensibilidad política y la cautela que envuelve el establecimiento de estas instalaciones. Resulta significativo que en Canadá se describan la SCH de Vancouver como un “proyecto piloto de investigación científica para una venopunción bajo supervisión”. Evidentemente, eso está por ver.

Finalmente, la naturaleza y los objetivos que legitiman las SCH han variado según las épocas y lugares. El término sala de consumo higiénico cubre una multitud de conceptos, desde instalaciones relacionadas con la práctica clínica a espacios de ambiente más relajado. Estas dependencias pueden estar integradas en las instalaciones de servicios sociales existentes (por ejemplo, para los sin techo) o como servicios independientes para uso exclusivo de toxicómanos. La mayoría de SCH ofrece otros servicios, como el suministro de jeringuillas y agujas, acceso a la asistencia médica básica, instalaciones de lavandería y ducha, cafetería y —en algunos casos— acceso a alojamiento para emergencias. Algunas ofrecen exclusivamente la posibilidad de inyectarse en condiciones higiénicas, otras también proporcionan la inhalación de drogas (en los Países Bajos, el grupo objetivo son los fumadores de droga). En algunos países el motivo fundamental del establecimiento de SCH es la salud de los drogodependientes; en otros, el orden público o las molestias. Algunas SCH tienen como objetivo determinados grupos (por ejemplo, las trabajadoras del sexo), y otras no. En resumen, la idea es que, aunque todas las SCH proporcionan espacios para consumir drogas ilegales bajo control y tienen como objetivo la reducción de daños,

funcionan de diversas maneras y se han desarrollado por diferentes motivos y bajo distintas formas en varios países.

RECUADRO 2

Informe europeo del OEDT sobre salas de consumo higiénico

Algunas estadísticas clave basadas en los datos de 15 estudios significativos sobre SCH

- En una serie de encuestas, los clientes han señalado como principales motivos para acudir a las SCH las condiciones higiénicas de consumo, bajo supervisión médica y la disponibilidad de acceder a un servicio de urgencias.
- El usuario típico de SCH supera los 30 años y tiene 10 años o más de antecedentes de consumo de drogas —principalmente, heroína y/o cocaína. Entre el 70 y el 90% son hombres, excepto en las instalaciones que se dirigen a trabajadores del sexo.
- Hay una elevada proporción de usuarios sin hogar o en vivienda inestable. Un estudio reciente acerca de las SCH de Alemania puso de manifiesto que un 5% de clientes vivía en la calle. En las SCH cerca de Madrid el índice de sin techo es del 42%, mientras que en el barrio de Can Tunis de Barcelona es del 60%.
- La cifra de personas que han estado en prisión en algún momento de su vida es elevada entre los clientes de las SCH. Estudios suizos estiman que entre el 50 y el 75% de los usuarios de estas instalaciones han estado en prisión, cifra que en España es del 38%.
- Un estudio llevado a cabo en Alemania en 2002 señalaba que el 50% de los clientes de SCH habían seguido un tratamiento de abstinencia, y el 43% tratamientos de sustitución. Para un tercio de los encuestados las salas de consumo higiénico representaban “la entrada” a un sistema de ayuda a la drogodependencia.
- El personal de las SCH declara que la mayoría de clientes adoptan prácticas higiénicas después de informarse regularmente sobre las normas de higiene durante varios meses.
- Una serie de análisis periódicos llevados a cabo por el Ministerio Federal de Salud de Alemania llegó a la conclusión de que en cuatro ciudades alemanas estadísticamente hubo una estrecha relación entre el establecimiento de SCH y la reducción de muertes relacionadas con drogas.

CUESTIONES

Existen tres grandes temas controvertidos sobre las SCH.

- 1 Existe una cuestión de *principio*. ¿Cómo justifican los legisladores el hecho de proporcionar un servicio que permite a las personas participar legítimamente en actividades que son a su vez perjudiciales e ilegales?
- 2 Existe una cuestión de *mensaje*. ¿Legitiman las SCH el consumo de drogas, fomentan el consumo de drogas duras o —en el ámbito local— incrementan los problemas relacionados con drogas en la zona donde están ubicadas?
- 3 Existe una cuestión de *eficacia*. ¿Reducen las SCH los daños relacionados con las drogas y, si es así, son el modo más eficaz y rentable de reducir estos daños?

CUESTIONES DE PRINCIPIO

El informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de 2003 declara que “en numerosas ocasiones, la Junta ha expresado su preocupación por lo que se refiere al funcionamiento de las salas de venopunción, en donde las personas pueden inyectarse drogas adquiridas ilegalmente en el mercado negro. La Junta reitera que dichos locales contravienen las disposiciones fundamentales de los tratados internacionales de fiscalización de drogas que obligan a los Estados partes a asegurarse de que el consumo de drogas se limita exclusivamente a fines médicos o científicos.” (JIFE, 2004)

Es conveniente considerar dos cuestiones generales acerca de esta postura. En primer lugar, si la JIFE argumenta que permitir que los toxicómanos consuman drogas ilegales con menor riesgo inherentemente “contraviene las disposiciones fundamentales de los tratados internacionales de fiscalización de drogas”, este argumento se aplica tanto al suministro de jeringuillas y agujas como a las SCH. Las consecuencias de aplicar de forma general un principio que excluyese cualquier tipo de prácticas de reducción de los daños sería revolucionario, particularmente por lo que se refiere a la propagación del VIH/sida y otros virus de transmisión sanguínea. En segundo lugar, la Oficina de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas y Control del Delito (ONUFDCCD) no apoya la opinión de la JIFE de que las SCH contravienen “las disposiciones fundamentales” de los tratados de control en materia de drogas. Quizá pueda parecer sorprendente que la ONUFDCCD no haya tomado aún una postura oficial acerca de las SCH, sino que ha tendido más bien a inclinarse por un enfoque caso por caso de las iniciativas de reducción de los daños. Sin embargo, en un dictamen

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2004), *European report on drug consumption rooms*, OEDT, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

jurídico elaborado para la JIFE ha declarado que es partidaria de “un enfoque equilibrado que pudiese combinar medidas de prevención y reducción de la demanda, iniciativas de tratamiento y rehabilitación, con programas de reducción de las consecuencias y costes sanitarios y sociales totales del consumo de drogas tanto para los sujetos como para la sociedad.” (ONUFD, 2002).

Aquellas jurisdicciones que prevén las SCH han argumentado que no contravienen las disposiciones de los convenios de las Naciones Unidas de 1961, 1971 y 1988. Previamente al establecimiento de SCH en Alemania el procurador general del Tribunal Regional de Frankfurt am Main llevó a cabo un estudio, en el que declaraba que las SCH eran compatibles con los convenios siempre y cuando dichos locales no permitiesen la venta, adquisición o distribución de drogas y que se garantizasen las condiciones higiénicas y la reducción del riesgo a través de un control y supervisión adecuados (debatido en el OEDT, 2004). Más recientemente, un estudio de la situación jurídica llevado a cabo por el Instituto Suizo de Derecho Comparado declaraba: “Los textos de convenios internacionales relevantes no proporcionan orientación alguna sobre la cuestión de si las salas de venopunción públicas incentivan la rehabilitación e integración social de los drogadictos a corto plazo, reducen el sufrimiento humano y eliminan incentivos fiscales para el tráfico ilegal a corto plazo. La práctica actual en los Estados partes al respecto podría proporcionar alguna orientación, si es ampliamente homogénea. De no ser así, debe llegarse a la conclusión de que los Estados partes tienen la libertad de definir sus propias opciones políticas sobre la tolerancia de Fixer-Stubli (SCH)” (Instituto Suizo de Derecho Comparado, 2000). No existe consenso acerca del estatus legal de las SCH, pero —a pesar de ello— es legítimo afirmar que el argumento de la JIFE de que estos locales “contravienen el derecho internacional” es muy controvertido.

En cuanto a dicha cuestión de principio, Justine Wood, en una investigación sobre la corrupción de la policía en Australia en 2002, afirmaba que: “Actualmente, los programas de financiación pública operan para suministrar jeringuillas y agujas a los toxicómanos con el pleno conocimiento de que serán utilizadas para administrarse drogas ilegales. En estas circunstancias, dar marcha atrás a la disponibilidad de locales sanitarios sin riesgo, en los cuales los toxicómanos pueden inyectarse en condiciones higiénicas no tiene demasiado futuro. Los beneficios para la salud y la seguridad públicas pesan más que las consideraciones de la policía en contra de tolerar lo que en otras circunstancias resultaría una conducta ilegal” (citado en el OEDT, 2004). Este es un argumento consistente, pero no puede eludirse el hecho de que las SCH plantean algunas cuestiones éticas fundamentales que es probable que sean resueltas por diferentes jurisdicciones de distintos modos.

CUESTIONES DE MENSAJE Y ORDEN PÚBLICO

Es inverosímil concebir que el establecimiento de SCH fomentará la iniciación al consumo de drogas duras o intensificará el consumo en drogodependientes. Los factores pronósticos demuestran que el consumo de drogas apunta inequívocamente a factores sociales y psicológicos como principales razones. El análisis del OEDT llegó a la conclusión de que “no existen pruebas suficientes de que, mediante el ofrecimiento de mejores condiciones para consumir drogas, [las SCH] perpetúen el consumo de drogas en clientes que, de no existir, dejarían de consumir heroína o cocaína, ni de que destruyen los objetivos del tratamiento” (OEDT, 2004). La mayoría de SCH sólo ofrece servicio a personas con problemas de drogodependencia. Generalmente, la entrada está restringida a consumidores regulares de heroína o cocaína, o a aquellos con claros antecedentes de dicha conducta; algunos servicios no permiten la entrada a personas que reciben tratamientos sustitutos, por ejemplo, con metadona. Los menores de 18 años no pueden acceder a la mayoría de SCH —aunque algunas admitirán a adolescentes de 16 y 17 años que deban someterse a un tratamiento cuidadoso— y a los toxicómanos generalmente no se les permitirá entrar en una SCH donde haya un menor. Asimismo, algunos servicios excluyen la entrada a las embarazadas.

Otro de los motivos de preocupación que generan las SCH es que podrían atraer a más traficantes y toxicómanos problemáticos a las zonas concretas de los pueblos y ciudades donde se ubican, causando por lo general un impacto negativo en los residentes y comercios de la zona. Esto plantea serios temas para la gestión de las SCH, y la necesidad de una estrecha colaboración entre la comunidad local y otros proveedores de servicios. Los datos disponibles apuntan al hecho de que, cuando las SCH son gestionadas adecuadamente, y se establece una colaboración con la policía, no se las relaciona con un incremento en los problemas de orden público —por el contrario, tienen un papel clave en reducirlos. Algunos servicios sólo admiten a residentes de la zona. Algunas facilitan tarjetas o códigos de usuario, que restringen el acceso y pueden quedar sin efecto si sus usuarios se comportan de un modo inaceptable (las condiciones abarcan desde prohibiciones de holgazanear hasta requerimientos de realizarse revisiones médicas periódicas o formación para un consumo sin riesgos). Por lo general, las SCH no se dan publicidad y hay estrictas prohibiciones acerca del tráfico y el consumo compartido de drogas, el consumo de alcohol y otras sustancias y el comportamiento violento. Otras normativas incluyen la prohibición de venopunción asistida y una serie de requerimientos de seguridad (como, por ejemplo, no pasearse por las SCH con jeringuillas).

El desarrollo de SCH en algunos países ha incrementado las preocupaciones de los vecinos sobre las molestias asociadas al consumo inyectado de drogas en lugares públicos y el deseo de erradicar el consumo de drogas en las calles (sobre todo en los Países Bajos). La evaluación reciente de las SCH en Sydney, Australia, demostró que el

apoyo del público era inicialmente elevado e incrementó incluso más después de la apertura de la SCH. Después de 18 meses, más del 78% de los residentes de la zona apoyaba la SCH, junto al 63% de los comercios, en comparación con el 68% y el 58%, respectivamente, que la respaldaban antes de su puesta en marcha. Los encuestados también afirmaron que observaban menos incidentes de consumo inyectado de drogas en lugares públicos y que sentían que el problema de las jeringuillas y agujas usadas abandonadas había disminuido.

Las pruebas acerca del impacto de las SCH en las comunidades locales son muy positivas y tranquilizadoras. Sin embargo, probablemente las SCH se convierten en fuente de tensiones y preocupaciones para los vecinos de la zona si se establecen sin una consulta pública adecuada, falta de normativas aplicables y claras y/o con una gestión deficiente. Las SCH pueden aportar beneficios a las comunidades locales, particularmente a través de la reducción del consumo de drogas en público y la eliminación de agujas y otros instrumentos usados de las comunidades locales. Sin embargo, es fundamental que haya una consulta con las partes interesadas del ámbito local; de lo contrario, las SCH podrían ser señaladas más tarde como las culpables de la desestabilización del orden público.

CUESTIONES DE EFICACIA, SALUD Y BIENESTAR

Las SCH tienen como objetivos prioritarios la salud, la seguridad, y el orden público. Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, las SCH pueden beneficiar a la comunidad reduciendo los problemas asociados con el consumo de drogas y, a largo plazo, ayudar a los toxicómanos problemáticos a participar en programas de tratamiento, que han demostrado ser efectivos en la reducción de los delitos relacionados con drogas y otros problemas sociales.

Otros beneficios potenciales de las SCH son los siguientes:

- reducir las muertes por sobredosis;
- prevenir las infecciones sanguíneas (VIH, hepatitis B y hepatitis C);
- prevenir el daño en las venas y otros problemas de salud frecuentes en consumidores de drogas por vía intravenosa;
- conseguir que algunos de los toxicómanos más conflictivos y marginales entren en contacto con el tratamiento de drogas y otros servicios;
- ofrecer contacto social y apoyo a las personas altamente vulnerables, a menudo aquellas sin hogar, marginadas y que no pueden acceder a los servicios sociales y sanitarios básicos.

Así pues, ¿hay pruebas de que las SCH existentes son eficaces en la consecución de estos beneficios?

Se ofrece una evaluación detallada de la investigación acerca de las SCH en el análisis del OEDT a partir de los datos disponibles (OEDT, 2004). El análisis pone de manifiesto que hay pruebas de que las SCH

están llegando a los grupos objetivo y que tienen un impacto positivo en la salud, el orden público y la delincuencia (véase recuadro 2). La evolución de la SCH de Sydney, Australia, llegaba a conclusiones muy similares (Comité de Evaluación del MSIC, 2003 – véase recuadro 3).

1. **Llegar a los grupos objetivo.** Los datos europeos disponibles muestran que la mayoría de usuarios de SCH son consumidores mayores, de larga duración, que provienen en gran medida de los sectores más problemáticos y marginales de la población (por ejemplo, drogodependientes de larga duración, toxicómanos que se inyectan en la calle, sin techo, y trabajadores del sexo que consumen drogas). Una proporción significativa de usuarios de SCH no se había puesto previamente en contacto con servicios de tratamiento; sin embargo, durante su tratamiento en las SCH o una vez finalizado, muchos entraron en contacto con otros servicios sociales y de drogodependencias, como el suministro de agujas y alojamiento para los sin techo. La evaluación del Centro de venopunción supervisada por personal médico (MSIC) en Sydney, Australia, llegó a la conclusión de que la instalación había puesto en contacto el servicio con la población objetivo, incluidos a muchos que no habían sido previamente tratados por drogodependencia.
2. **Salud.** Las SCH pueden ser efectivas en fomentar que algunas de las personas más marginales entren en contacto con servicios. Del mismo modo que se benefician del consumo supervisado de drogas y de condiciones higiénicas, los toxicómanos pueden acceder a otros servicios a través de las SCH, como son el suministro de agujas, la asistencia médica de bajo umbral de exigencia y el asesoramiento psicosocial. También se generaron derivaciones al tratamiento de drogodependencias y a los proveedores de servicios sanitarios.
3. **Orden público y delincuencia.** El estudio del OEDT concluye que las SCH pueden mejorar el ámbito local reduciendo las molestias y el consumo de droga en la vía pública; sin embargo, es probable que haya un mayor impacto en los problemas de orden público allí donde hay apoyo local y consenso político. No hay datos suficientes de que las SCH sean las causantes de un aumento (o reducción) en las cifras de jeringuillas o agujas usadas abandonadas. No obstante, la evaluación del MSIC de Sydney puso de manifiesto que el número de jeringuillas era generalmente inferior después de su apertura, y los vecinos y comerciantes afirmaron ver menos consumo inyectado de droga y jeringas en lugares públicos en 2002 en comparación con el año 2000. No hay pruebas que demuestren una relación entre las SCH y aumentos de la delincuencia común. Los datos acerca de su impacto en el tráfico de drogas son escasos. En general, la normativa de las SCH se aplica adecuadamente y los usuarios la respetan. Se constata tráfico de droga a pequeña escala en los alrededores de las SCH, lo cual no es sorprendente dado que la mayoría de SCH suelen estar ubicadas muy cerca de los puntos de venta de droga existentes.

RECUADRO 3

Informe final de la evaluación del Centro de Venopunción Supervisada por Personal Médico (MSIC) de Sydney

Algunas estadísticas clave

- Durante los 18 meses de prueba 3.810 sujetos se registraron para hacer uso del MSIC.
- El 73% eran hombres, con una edad media de 31 años y con una media de años de consumo por vía intravenosa de 12 años.
- La heroína representaba el 61% de las visitas, y la cocaína, un 30%.
- Los clientes precisaban servicios sanitarios adicionales aproximadamente en una de cada cuatro visitas.
- Un total de 577 pacientes generaron 1.385 derivaciones para recibir atención adicional, un 43% para tratamiento de droga, un 32% para asistencia primaria y un 25% para servicios sociales.
- Se confirmó que el 20% propició el contacto del cliente con el organismo.
- 409 incidentes relacionados con sobredosis que requirieron tratamiento clínico tuvieron lugar en la MSIC, una ratio de 7,2 sobredosis por 1000 visitas.
- Tras la apertura del MSIC, hubo una reducción en la asistencia de ambulancias por sobredosis de opioides en la zona de Kings Cross, pero ya había empezado a reducirse, de modo que no fue posible distinguir el papel del MSIC del efecto de la reducción continua de la disponibilidad de heroína
- No hubo pruebas de que el funcionamiento del MSIC afectara al número de muertes por sobredosis de heroína en la zona de Kings Cross. Sin embargo, partiendo de los datos clínicos y epidemiológicos de los resultados de las sobredosis de heroína, se estimó que al menos se evitaban cuatro muertes por año gracias a la intervención clínica del personal del MSIC.
- Tuvo lugar una ligera disminución en la frecuencia de los problemas relacionados con el consumo inyectado de drogas entre los clientes del MSIC.
- Casi la mitad de clientes del MSIC afirmaron que sus prácticas de inyección habían pasado a ser de menos riesgo.
- Disminuyó la frecuencia de inyecciones en la vía pública entre los clientes del MSIC disminuyó.
- En 2002, el 9% afirmó que, desde que usaba la instalación, se inyectaba con mayor frecuencia, y el 22% con menor frecuencia.
- Los habitantes de Kings Cross y los comerciantes afirmaron ver menos sucesos de consumo inyectado de droga en público y menos jeringuillas usadas en lugares públicos.
- El número total de jeringuillas en Kings Cross era generalmente inferior después de la apertura del MSIC.

Comité de Evaluación del MSIC (2003). Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, Sydney.

Los datos sobre la eficacia de las SCH como medio para reducir los daños relacionados con las drogas son prometedores, pero son menos concluyentes de lo que los defensores de las SCH hubiesen deseado. La evaluación que se llevó a cabo durante 18 meses en la SCH de Sydney, Australia, podría demostrar sólo comparativamente modestos beneficios (véase recuadro 3). En particular, no hubo un cambio mensurable en las cifras de sobredosis de heroína en la comunidad, y sólo hubo una ligera disminución en la frecuencia de los problemas de salud y otros relacionados con la inyección de drogas entre la población mayoritaria. Desde entonces se observó que “el número de sobredosis en la zona de Kings Cross empezó a disminuir antes del establecimiento del MSIC debido a la reducción de la oferta de heroína en Australia en aquel momento. Si bien hubo una mayor reducción de los servicios de asistencia de ambulancias por sobredosis de opioides en la zona después de la apertura del centro, los analistas afirman que “no es posible distinguir el papel del MSIC en la disminución de la demanda de los servicios de asistencia de ambulancias del efecto de la continua disminución

en la disponibilidad de heroína” (Consejo sobre Alcohol y Drogas de Australia, 2003). Generalmente, la evaluación de la SCH de Sydney se vio dificultada por los problemas a la hora de distinguir su impacto independientemente de la “escasez” de heroína en Australia.

CONCLUSIÓN: CAUTELA Y DIVERGENCIA DE OPINIONES

Teniendo en cuenta los datos disponibles, no deberían exagerarse las quejas que pueden formularse contra las SCH. Si se aíslan de otras iniciativas políticas y servicios, pueden tener, a lo sumo, un impacto limitado. Sin embargo, las pruebas procedentes tanto de Europa como de Australia demuestran que las SCH pueden tener un importante papel a la hora de hacer frente a toda una serie de daños detallados en el primer informe de Beckley, incluidos la delincuencia y el impacto en la vía pública, las muertes relacionadas con las drogas, problemas sanitarios y sociales y el daño infligido

a los núcleos urbanos de la zona a causa del consumo de drogas en público. Los legisladores deben tener en cuenta una serie de aspectos concernientes al establecimiento de SCH.

1. **Principio.** No puede negarse que las SCH facilitan un comportamiento que a su vez resulta ilegal y perjudicial. Ello plantea algunos dilemas éticos ineludibles que no pueden ser resueltos con un simple análisis coste/beneficio. Incluso las jurisdicciones en las que se contemplan SCH suelen prohibir su uso a algunos toxicómanos problemáticos. Por ejemplo, los menores de 18 años tienen prohibida la entrada, aunque es probable que esta medida no impida que estos jóvenes consuman drogas, y ello significa que consumirán en entornos menos higiénicos y con mayor riesgo. En resumen, se establece un difícil equilibrio ético entre facilitar patrones de consumo de drogas perjudiciales entre las personas más vulnerables y conflictivas, y trabajar para reducir los daños asociados al consumo de drogas. Distintas comunidades tratarán este equilibrio de modo distinto.
2. **Legislación de ámbito local.** El carácter paradójico de las SCH —es decir, dependencias legales que tienen por objeto ofrecer actividades ilegales— podría acarrear un conflicto directo con las leyes de determinadas jurisdicciones. En el Reino Unido, por ejemplo, sería posible entender que la sección 8ª de la Ley de consumo de drogas de 1971, modificada por la Ley de jurisdicción penal y policía de 2001, convierte en un delito penal el que cualquier persona responsable de la gestión de una SCH “bajo su conocimiento permitiese o fuese objeto de” una “administración o consumo de droga controlado, la cual ninguna persona puede poseer previamente o en el instante de ser administrada o consumida”. El Gobierno del Reino Unido ha declarado recientemente que atrasará la implantación de una versión modificada de este requerimiento legal al menos dos años. Podría decirse que ello elimina el impedimento legal en el Reino Unido — por lo menos, por ahora — pero es probable que se planteen cuestiones análogas en otras jurisdicciones.
3. **Aceptación pública.** A menos que haya apoyo público —especialmente en el ámbito local— es improbable que las SCH funcionen con éxito. Allí donde la reducción de los daños no se haya implantado adecuadamente como respuesta al consumo de drogas, el establecimiento de las SCH podría resultar poco factible como primera medida. Actualmente, en muchos países es probable que las SCH no logren conseguir lo que MacCoun y Reuter han llamado “estándares políticos” de la política de drogas. Para que sean políticamente viables, los cambios planeados no deberían “transgredir valores fundamentales” y, allí donde de algún modo entren en conflicto con las prácticas y creencias comunes, es importante que los beneficios netos alcancen un grado elevado de certeza (MacCoun R J y Reuter P, 2001). Esto aún no es cierto en el caso de las SCH. El argumento a favor de las SCH es más consistente

en aquellos países donde ya se ha logrado de forma efectiva una reducción de los daños.

4. **Diferencia en los problemas de drogas.** La conveniencia del establecimiento de las SCH dependerá obviamente de la naturaleza de los problemas en determinadas jurisdicciones y zonas. Allí donde el consumo de drogas está principalmente asociado al consumo de drogas por vía oral como la metanfetamina y éxtasis, por ejemplo, no habrá ningún argumento evidente para el establecimiento de las SCH.
5. **Costes de oportunidad.** Aunque las pruebas indican que las SCH aportan beneficios demostrables, también es importante tener en cuenta los costes de oportunidad. Allí donde los recursos son escasos (políticos así como económicos), las mejoras alternativas podrían tener un mayor impacto en la salud, la seguridad, la delincuencia y las molestias públicas. Por ejemplo, en países que carecen de programas de tratamiento con sustitutivos o de suministro de jeringuillas y agujas, la introducción de dichas iniciativas tendría más que ver con una inversión de coste/eficiencia de escasa reducción de daños que con el establecimiento de una SCH. En algunos países en los que no se han desarrollado adecuadamente programas de reducción de los daños hay un debate permanente sobre si la inversión en SCH es una forma tan efectiva de conseguir que los drogodependientes más conflictivos y vulnerables participen en un tratamiento y en otros servicios como inversión en los servicios de drogas dentro del sistema de jurisdicción penal. No basta con probar que las SCH pueden reducir los daños relacionados con las drogas, sino que también es necesario demostrar que son el mejor modo de emplear los recursos disponibles.

En muchas partes del mundo, las SCH no serán una opción viable en la actualidad —desde un punto de vista económico, jurídico, político o cultural. Todos los críticos están de acuerdo en que la viabilidad y la eficacia de las SCH dependerán de las circunstancias y zonas concretas. Éstas incluyen la cooperación entre los servicios afectados (policía, vivienda, servicios sanitarios, proveedores de tratamiento, etc.), un apoyo significativo por parte de la comunidad y la naturaleza específica de los problemas relacionados con las drogas de una determinada zona. Incluso en contextos donde se ha juzgado su conveniencia, es importante que no se exageren las quejas contra las SCH. Éstas no pueden impedir el consumo de droga en la vía pública; es decir, podrán tan sólo tener un impacto limitado para afrontar los problemas sanitarios y asistenciales relacionados con las drogas, y no resuelven algunos de los problemas de más calado causados por los mercados y el tráfico de drogas.

Un análisis de las pruebas ha llegado a la conclusión de que las SCH “son un organismo prometedor y requieren una expansión prudente con evaluaciones que estén adaptadas a los contextos locales” (Hunt N, 2003). En conclusión, están surgiendo pruebas de que las SCH pueden ser una forma efectiva de reducir los daños relacionados

con las drogas como parte de un enfoque holístico de la política de drogas si tienen el apoyo de organismos relevantes y de los habitantes de la zona. Si se ofrece a los toxicómanos conflictivos de la zona dependencias para su uso exclusivo donde puedan inyectarse sin riesgo, es razonable suponer que habrá una reducción en el consumo de drogas de riesgo. Y al parecer los datos disponibles lo confirman.

REFERENCIAS

Alcohol and Other Drugs Council of Australia (2003), Supervised Injecting Centres – Summary, www.adca.org.au

Dolan K, Kimber J, Fry C, Fitzgerald J, MacDonald D and Trautmann F (2000), ‘Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia’, *Drug and Alcohol Review* 2000, 19, 337-346.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004), *European report on drug consumption rooms*, EMCDDA, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Home Affairs Select Committee (2001), *The Government’s drug policy – Is it working?*, HASC, London.

Hunt N (2003), *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use* (and Summary), Forward Thinking on Drugs, Release, London.

Institut Suisse de Droit Comparee (2000), *Use of narcotic drugs in public injecting rooms under public international law*, Institut Suisse de Droit Comparee, Lausanne.

International Narcotics Control Board (2004), Report of the INCB for 2003, INCB, Vienna.

Kimber J, Dolan K, Van Beek I, Hedrich D and Zurhold H (2003), ‘Drug consumption facilities: an update since 2000’, *Drug and Alcohol Review*, June 2003, 22, 227-233.

MacCoun R J and Reuter P (2001), *Drug War Heresies*, Cambridge University Press, Cambridge.

MSIC Evaluation Committee (2003), *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*, Sydney.

UNODC (2002), ‘Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches’, E/INCB/2002/w.13/55.5, 30 September 2002.

SITIOS WEB DE UTILIDAD

www.internationaldrugpolicy.org

www.beckleyfoundation.org

www.drugscope.org.uk