

## A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida

Rafael Clua García

Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias del Centro Penitenciario Brians I

Recibido: 02/02/2011 · Aceptado: 11/07/2011

\* Estudio realizado en el Servei d'Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de la Creu Roja de Barcelona

### Resumen

**Objetivos:** Conocer los usos, motivaciones y cambios de los consumidores de drogas que acuden al Espacio de Venopunción Asistida (EVA) del Servei d'Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de Creu Roja de Barcelona y el rol de sus profesionales. **Materiales y métodos:** Se realizó observación participante, diario de campo, y entrevistas semiestructuradas a ocho usuarios del EVA y a tres profesionales del SAPS. Se realizó un análisis de contenido mediante el vaciado de los datos y su clasificación por temas. También, se realizó un análisis documental de registros, memorias y documentos del SAPS. **Resultados:** Se describe porqué los consumidores de drogas acuden a un EVA y el rol del profesional que interviene. Además, se describe el modo de vida de los usuarios y el debate para mejorar la intervención en drogodependencias desde el EVA. **Discusión:** Se expresa el poder de la etnografía para analizar el fenómeno de las salas de consumo y su aplicación para la intervención social en drogas. **Conclusiones:** Desde el EVA se reducen daños a nivel sanitario, social y jurídico, y se promueven intervenciones para mejorar la calidad de vida de los consumidores de drogas, pero requiere mejorar su estructura y funcionamiento, y la coordinación con la red asistencial social y sanitaria.

### Palabras Clave

Salas de consumo higiénico, usuarios de drogas, profesionales en drogodependencias, reducción de daños, exclusión social, etnografía.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Rafa Clua  
Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias  
Centro Penitenciario Brians I  
Ctra. de Martorell a Capellades, km. 23  
08635 Sant Esteve Sesrovires (Barcelona)  
cluag@msn.com



### **Abstract**

The aim of this paper is to find out the habits, motivations and changes taking place in drug users attending the “Espacio de Venopunción Asistida (EVA) del Servei d’Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de Creu Roja” of Barcelona, as well as the role of its professionals.

**Materials and methods:** The study relies on participant observation, the writing of a field diary, and semi-structured interviews with 8 users of the EVA and 3 professionals of the SAPS. A content analysis of the data produced has been made through a thematic classification, associated with a documental analysis of registers, memories and documents of the SAPS. **Results:** This research provides a description of why drug users go to an EVA and the role and function played by the professionals of the center. It furthermore provides a rich, full description of the user’s lifestyle and introduces the discussion about the improvement of intervention in the field of drug consumption. **Discussion:** This research claims the need for ethnographic studies in the analysis of the drug consumption rooms and its applications to social intervention in the field of drug studies. **Conclusions:** The EVA enabled a reduction in harm on the health, social and judicial levels and promotes intervention to improve the life quality of drug users. Its structure and functioning could nonetheless be improved, as well as its relationship with the social and sanitary network.

### **Key Words**

Safe injection site, drug users, drug dependence professionals, harm reduction, social exclusion, ethnography.

## **INTRODUCCIÓN**

Las salas de consumo higiénico (SCH) son espacios para consumir sustancias sometidas a fiscalización bajo supervisión de un profesional. Los objetivos son reducir los efectos negativos del consumo y adoptar pautas higiénicas, con la garantía de ser asistido en caso de sobredosis.

La primera SCH surgió en Berna (Suiza) en 1986, y a partir de 1994, se instalaron en países como Alemania y Holanda. En la actualidad, también existen en Canadá, Australia, Luxemburgo, Noruega y España (Hedrich,

2004), y están en proyección en otros países de la Comunidad Europea y Norteamérica.

En España se instaló la primera SCH en mayo de 2000 (Hedrich, 2004): el Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) del barrio madrileño de las Barranquillas. En Cataluña se pusieron en marcha en septiembre de 2001 con el EVA del Programa de reducción de daños de Can Tunis (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003), programa que finalizó a finales de 2004. Entre octubre y noviembre de 2003, se abrieron dos nuevas salas (Ilundain y Márquez, 2005): el EVA del SAPS en Barcelona



y el Centro de Consumo de Menor Riesgo de Bilbao. A partir de 2004, se expanden por Cataluña especialmente en la ciudad de Barcelona. Actualmente, según el "Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-12." (ASPB, 2009), se tiene proyectada la apertura de nuevas SCHs en esta ciudad.

Las SCHs se denominan de diferentes formas dependiendo de criterios como su ubicación, oficialidad, tipo de vía de consumo, población a la que va dirigida, etc. (Bertrand, 2005; Hedrich, 2004; Hunt, 2006; Ilundain y Márkez, 2005). Este artículo trata sobre el Espacio de Venopunción Asistida (EVA) del Servei d'Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de Creu Roja de Barcelona, servicio destinado a consumidores marginales de drogas y trabajadores/as del sexo. Éste se ubica en el primer piso de un complejo sanitario del barrio del Raval. Inició su andadura en abril de 1993, y desde entonces ha ido añadiendo diferentes programas de carácter sanitario, social y jurídico. Diez años después de su apertura, en 2003, el SAPS incorporó el EVA en un antiguo almacén del local. El equipo del SAPS se compone de un equipo multidisciplinar de profesionales -directora, enfermeros, educadores, trabajadora social, médico, abogada, administrativa, psicóloga y voluntariado- que interviene bajo el prisma de la reducción de daños.

En la actualidad, existen numerosos trabajos sobre las diferentes SCH de Europa, Canadá y Australia; que se centran en sus impactos a nivel social, sanitario y jurídico -cabe destacar los de Dagmar Hedrich (2004), Bernard Bertrand (2005) o el realizado por la Joseph Rowntree Foundation (2006). El presente

estudio, desde un enfoque antropológico, es el resultado de la investigación "A ritmo de bombeo: Usos, motivaciones y cambios de los usuarios del Espacio de Venopunción Asistida (EVA) del Servei d'Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de Creu Roja y el rol de sus profesionales" (Clua, 2010) dentro del marco del "Màster Oficial d'Investigació etnogràfica, teoria antropològica i relacions interculturals" de la Universidad Autónoma de Barcelona. Como objetivos, además de describir lo que se propone en su extenso título, se pretende conocer el grado de satisfacción de los usuarios y saber si es suficiente lo que se les ofrece para mejorar su calidad de vida.

El estudio, bajo la formulación de hipótesis y supuestos, se enfocó desde el interaccionismo simbólico de Erving Goffman, conociendo el intercambio de significaciones y representaciones ante el uso del espacio (Goffman, 1979, 1993) de los usuarios y profesionales del EVA del SAPS. En éste surge la interacción, construyéndose normas y pautas para posteriores encuentros. En el EVA es donde se produce un cambio de ritual: el consumidor pasa de consumir en espacios públicos y/o familiares a realizarlo en un servicio sociosanitario, produciéndose la institucionalización (Goffman, 1994). Supone una nueva trayectoria en la carrera moral (Goffman, 1994) del consumidor de drogas: se pasa de ser "yonqui" a ser "usuario" de un servicio sociosanitario. También, en la teorización se profundizó en el recorrido histórico de la intervención social y sanitaria en drogodependencias en España, véase Gamella (1997), Romaní (2004) y Usó (1995); en los diferentes estudios etnográficos sobre consumidores de drogas en el marco



Español, véase Díaz, Barruti y Doncel (1992), Funes y Romaní (1985) y Pallarés (1995); sobre el concepto "reducción de daños", véase Arana y Márquez (1997), Grup Igia (2000a, 2000b) y O'Hare et al. (1995); y finalmente, se relacionó los efectos de la exclusión social en los consumidores de drogas con las teorías de Bauman (1999, 2005), Goffman (2001), Tezanos (2001) y Wacquant (2001); entre otros.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó entre febrero y junio de 2010. Consiste en una investigación cualitativa de tipo descriptivo-interpretativo sobre el caso de los usuarios y profesionales del EVA del SAPS.

La muestra de usuarios la formaron ocho usuarios del EVA (ver tabla I), según criterios afines a los porcentajes de sexo, edad, procedencia y sustancia de consumo del Informe 2008 del SAPS (Díaz et al., 2009), y tres profesionales. En resumen, observamos que los usuarios no tenían domicilio fijo, viviendo muchos de ellos en la calle; todos tenían documentación (NIE/DNI), tarjeta sanitaria y estudios básicos (EGB), y ninguno de ellos trabajaba. Los ingresos que recibían, provenían de prestaciones sociales (PIRMI y PNC) y colaboraciones en el programa comunitario de recogida de jeringuillas (Reco.je) del SAPS, entre otros. Los ingresos no reglados provenían de pequeños trapicheos, venta de chatarra y hurtos. A nivel de salud, todos hacían referencia a las patologías infectocontagiosas. Todos llevaban una larga evolución de consumo, habiendo realizado diversos tratamientos para la drogodependencia.

En el caso de los profesionales, se entrevistó a una enfermera (véase como P1 en las transcripciones) y un educador (P2), veteranos en el SAPS y con larga trayectoria y formación en el campo de las drogodependencias, y a un enfermero novel (P3), con poca trayectoria y formación en el campo de las drogodependencias.

Para la recogida de información se realizó observación participante en el EVA y en los diferentes espacios del SAPS, se tomaron notas en un diario de campo, y se realizaron dos modelos de entrevistas semiestructuradas; uno para los usuarios y otro para los profesionales, siguiendo un guión de preguntas centradas en los objetivos de la investigación. Además, se recopilaron documentos, memorias y registros del SAPS, se tomaron fotografías y se realizó un mapa-callejero de los dispositivos asistenciales a los que acudían los entrevistados.

Se realizó un análisis documental de los datos del SAPS y un análisis de contenido del diario de campo y las entrevistas semiestructuradas, mediante un vaciado de la información por temas. Los datos extraídos de ambos análisis se cruzaron y se efectuaron los resultados según los objetivos de la investigación.

## RESULTADOS

### De la calle a la escalera

Al SAPS se accede por una escalera interior que da a un pasillo, hasta llegar al primer espacio del servicio, el programa de intercambio de jeringuillas (PIX). Por todo este recorrido encontramos mensajes dirigidos a los usuarios: "Si te metes no te mates", "No consumir en la


**Tabla 1.** Muestra de los usuarios entrevistados del EVA del SAPS (Clua, 2010: 70)

Usuario	Sexo	Edad	Procedencia	Tipo de vivienda	Tiempo en BCN	DNI / NIE Tarjeta sanitaria	Estudios	Trabajo	Ingresos Legales	Ingresos no reglados	Patologías	Años consu- miendo	Tratamientos en drogodependencia realizados
U1	H	25	España	Calle	NS/NC	Si	EGB	No	PNC Recoje	Trapicheos y robos	VIH	> 10	+ de 2
U2	H	46	BCN	Pensiones	Desde siempre	Si	EGB	No	PNC	Trapicheos	VHC	> 30	+ de 4
U3	H	43	Italia	Casa Okupa	Desde 2004	Si	Básicos	No	PIRMI	Chatarra y venta ambulante no reglada	VHC	> 20	+ de 3 Actualmente en programa con bupre- norfina + naloxona
U4	H	35	BCN	Calle	Desde siempre	Si	EGB	No	Sin prestaciones	Chatarra	VHC	> 20	+ de 2
U5	H	50	Italia	Calle	Desde 2005	Si	Básicos	No	PIRMI Recoje	Chatarra	VIH VHC	> 30	+ de 2
U6	H	32	España	Piso com- partido	Desde 2006	Si	EGB	No	PIRMI Recoje	Chatarra	VIH VHC	> 20	+ de 4 Actualmente en PMM
U7	M	34	BCN	Piso com- partido	Desde siempre	Si	EGB	No	PIRMI Recoje	Venta ambu- lante	VHC	> 5	+ de 2 Actualmente en PMM
U8	M	27	España	Calle Pensión	Desde 2003	Si	EGB	No	PNC, Recoje	Hurtos, robos	VHC	> 10	+ de 2

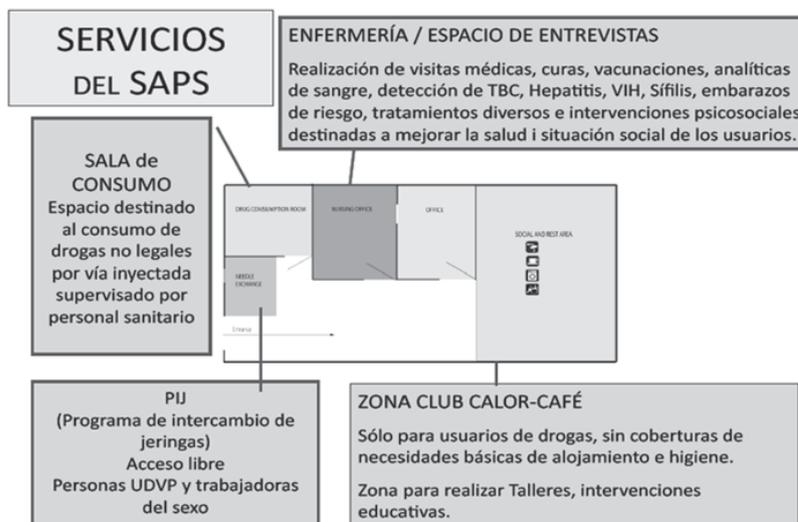
escalera'. En el primer piso (ver figura 1), un pasillo conduce al EVA, a la enfermería y a un despacho. Al fondo del servicio, se encuentra el Club, espacio de "café y calor", donde hay cuatro mesas para que los usuarios puedan alimentarse y realizar actividades sociosanitarias. En este mismo espacio se encuentra el lavabo, duchas y un ropero. El SAPS tiene capacidad para 13 personas en el Club y 2 en el EVA.

Existen tres normas básicas para los usuarios del SAPS: no traficar con drogas, no usar la violencia y no consumir, excepto en la sala de consumo. Está prohibido consumir tabaco en los diferentes espacios del servicio y no se permite preparar ni consumir drogas ilegales en las escaleras que dan acceso al servicio.

En la entrada, en el PIX, que es de acceso libre, el educador o profesional responsable



Figura 1. El SAPS se estructura en 4 zonas diferenciadas



se encargará de dispensar material para el consumo inyectado (cazuelas, agua destilada, filtros, etc.), material para el consumo fumado (papel de aluminio y bicarbonato) y material para practicar “sexo seguro” (preservativos y lubricantes) y de registrar a todo usuario que entra al servicio. También, se encargará de gestionar la entrada al EVA y al resto del servicio. Para ser usuario del SAPS (“socio”) y poder usar todas las instalaciones, requiere pasar una entrevista de acogida con 2 criterios básicos: no tener domicilio fijo y estar en consumo activo. No obstante, al EVA se puede acceder sin entrevista previa, firmando un consentimiento informado.

El tiempo establecido para utilizar el EVA es de unos 20 minutos aproximadamente. Si

quieren volver a consumir, deberán esperar 30 minutos. A menudo, la impaciencia en la espera provoca que algunos usuarios abandonen el centro. En el peor de los casos, consumen allí mismo, en la escalera. En estos casos, se les invita a utilizar el EVA, en caso de que esté libre, o a salir del centro.

La escalera tiene múltiples significados. Significa no estar controlado por la policía y consumir como si de la calle se tratase, sin esa especie de control que los usuarios encuentran en el EVA. Es una manera de “sentirse libres” y de dejar de ser un “criminal”, pero con la seguridad que ofrece tener cerca a un profesional en caso de sufrir una sobredosis. En la escalera no se es paciente, no se es delincuente. Es un lugar intermedio en la “carrera moral” de la



persona. Es un lugar para descansar, conversar, fumar e intervenir. Una vez se traspasa el PIX, se pasa a otro nivel: aquí el consumidor de drogas ya forma parte del establecimiento social y se transforma en usuario.

### De la escalera al EVA

El EVA es un espacio reducido pero bien aprovechado. Al entrar, a la derecha, hay una mesa de despacho donde se ubica el profesional y desde donde interactúa e interviene con los usuarios. Delante de la mesa de despacho, hay una pica con un grifo, jabón de manos y un dispensador de papel higiénico. A la izquierda, encontramos diferentes cestas y compartimentos con material para el consumo higiénico por vía parenteral. En los armarios adyacentes se guarda el material para la asistencia en sobredosis (ambú, mascarillas, etc.) y material para reponer (cajas de jeringuillas, agua destilada, etc.). A la izquierda del espacio encontramos dos plazas para consumir. Una de ellas, justo al lado de la puerta, y la otra, frente al escritorio del profesional. Delante, hay un espejo grande de metacrilato. En el ángulo opuesto a la pica, hay un contenedor negro para desechar todo tipo de material, excepto jeringuillas; y al lado de cada plaza de consumo, un contenedor amarillo para desechar jeringuillas.

Una vez entra el usuario en el EVA, la función de la enfermera es:

“Hacer que se laven las manos, registrar los datos, la hora de entrada y de salida, las jeringuillas que se dan, lo que han consumido antes y lo que van a consumir, ayudar a canalizar y encontrar venas que estén escondidas y asistir

en la sobredosis [...] sobre todo, para intentar que hagan un consumo lo más higiénico posible y no utilicen un material inadecuado” (P1).

Ante las dificultades de encontrarse la zona de punción, los enfermeros se encargan de dirigir la maniobra, de dar indicaciones y en caso que sea necesario, ayudan a inyectarse. De esta manera se evitan los abscesos por la extravasación de la sustancia por la zona subcutánea. La inoculación de la sustancia es responsabilidad del usuario. También se intenta que los usuarios no realicen el “bombeo” (inocularse sangre reiteradamente una vez introducida la sustancia), sobre todo entre los consumidores de cocaína, entre los que existe el mito de que si no te “bombeas” no te hace efecto. Según un educador, su función es:

“Que se pasen la toalla (por la zona de punción), que no se pasen las agujas por la boca. Los rituales que tienen, desmitificarlos y decirles la verdad de lo que hay. Si te “bombeas” no te sube más (no te hace más efecto)” (P2).

Tras el consumo, se permite al usuario permanecer un rato dentro del EVA hasta que está en condiciones de salir. Mientras, se controlan los efectos adversos del consumo de sustancias y en caso de sobredosis, los enfermeros actúan con ayuda de otro profesional. Antes de marcharse, los usuarios deben limpiar la mesa y los alrededores. Entonces pueden descansar en el Club o irse a otro lugar.

El EVA es un espacio normativo con unos objetivos prefijados y unas pautas protocolizadas, donde los códigos subculturales del “yonqui” cambian. Pero, ¿por qué acudir a un EVA? Según dos usuarios:

“En la calle siempre estás con la tensión. Si te pilla la policía es peor porque si está abierto (el



EVA), no tienes excusa. En la sala (EVA) nadie te viene a molestar.” (U5).

“Acudo al EVA para no pincharme (inyectarme) en la calle, para evitar multas, por higiene, por miedo a que te pase algo. He tenido 2 sobredosis. Sobre todo, por los niños (para no exponerse ante ellos).” (U7).

Aunque para otros les es indiferente. Según un usuario:

“A mí me da igual consumir en una sala que en la calle, es lo mismo” (U1).

Las principales motivaciones para acudir al EVA son: poder ser asistidos en caso de sobredosis y evitar exponerse al vecindario y la policía. Consumir en la vía pública y dejar material de consumo desechado supone una multa administrativa, que puede ascender a 500 euros.

El EVA es uno de los pocos lugares donde los usuarios están en contacto con el mundo sanitario, y puede suponer el trampolín a posibles tratamientos para las drogodependencias. Según un usuario:

“Aparte de consumir, tienes lugares paralelos para seguir la dirección a cambiar en tu vida. Hay quien no sabe que puede dejar de ser consumidor. Aquí hay un acercamiento [...] se invierte en la reinserción, prevención, y esto se capta desde el EVA.”- Este usuario estaba en vías de comenzar un tratamiento con metadona (U6).

Muchas de estas intervenciones se realizan desde el Club o la enfermería cuando los usuarios están más relajados. Desde la enfermería se continúa dando apoyo a los usuarios, aprovechando la visita al médico o a la enfermera (curas, analíticas, etc.). Desde

el Club, educadores, trabajadora social y psicóloga, ayudarán a buscar soluciones de cara a comenzar tratamientos o gestiones de carácter social.

El EVA es un espacio valorado positivamente, tanto por usuarios como por profesionales, aunque existen limitaciones: sólo pueden consumir 2 personas, por lo que se generan colas; espacio reducido, lo que comporta dificultades a la hora de intervenir; y horario reducido, de 19:30 a 12:30 y de lunes a viernes. Por otro lado, tampoco existe un espacio, al margen del EVA, para que los usuarios puedan repartir y preparar la dosis, por lo que en ocasiones, algunos usuarios lo realizan en la escalera y aprovechan para consumir allí mismo. Según un usuario:

“El horario debería ser 24 horas, pues la gente está en la calle. Que hagan más (SCHs) porque venden (drogas) en toda Barcelona. Una sala (SCH) en cada barrio, en cada esquina” (U3).

Quedan muchos distritos y horarios descubiertos, y en la ciudad de Barcelona, sólo existe una sala de consumo para la vía pulmonar con horario reducido. Los profesionales plantean que se deberían crear SCHs para consumir por diferentes vías simultáneamente. Según el médico del SAPS:

“Nunca han entrado a revisión (las SCH) y siempre se dan las mismas conclusiones para las que fueron creadas. Se inventaron para la heroína, luego para la coca (cocaína) y ahora el fumado (consumo por vía pulmonar). Deberíamos pensar para más adelante en un espacio multiposibilidades”.



## Vida dura en la calle

Tras la intervención sanitaria, comienza el trabajo social. La mayor parte de los usuarios del SAPS –un 85% de usuarios del total atendido en 2008 (n=1642) (Díaz et al, 2009: 7)- no tiene vivienda fija. Esto supone vivir en condiciones extremas sin las necesidades básicas cubiertas: sin trabajo, problemas de salud, con la justicia, etc.

Para estas problemáticas, la trabajadora social se encarga de gestionar programas y proyectos para aquellos usuarios más necesitados. Por ejemplo, desde el año 1996, existe el Programa LITS para el alojamiento de corta-media estancia en pensiones concertadas con el SAPS, para usuarios sin vivienda que cumplen criterios sanitarios y sociales para su derivación. También, desde el año 2004, en el SAPS se ha impulsado un proyecto para que los usuarios indocumentados obtengan la tarjeta sanitaria. Otras demandas habituales son la asistencia a comedores públicos, tramitación de prestaciones económicas, informes para derivación a recursos sociales y sanitarios, asesoramiento y acompañamientos para la tramitación de regularización a inmigrantes, entre otras.

En estas circunstancias, es muy difícil vincularse al mundo laboral o vivir en condiciones sociales y sanitarias estables. Los usuarios han de buscar vías alternativas para poder sobrevivir en la calle, en el argot de los consumidores de drogas “buscarse la vida”, es decir, venta menor de drogas, hurtos o robos y trabajos no reglados, como la venta de objetos encontrados y/o chatarra. Según dos usuarios:

“A mí no me mola pedir dinero arrodillado. Prefiero ganarme la vida con la chatarrilla. Hoy

me he tirado un buen rato y no encontraba nada, a última hora he encontrado un poco y he conseguido 15 euros, ya me sirve para consumir” (U4).

“Mira, yo suelo pillar (comprar) un gramo y luego hago 4 buenas bolas (dosis envueltas en bolsitas) para revenderlas a colegas, de esta manera me sale gratis mi consumo y no engaño a nadie” (U2).

Ante los problemas con la justicia, desde 2007, el SAPS ha impulsado el “Recoje causas”, un programa de ayuda para pagar multas penales de máximo 400 euros. La abogada del SAPS valora diferentes casos en coordinación de los juzgados, para una suspensión de condena, la sustitución de la pena por trabajos a la comunidad o un aplazamiento de la multa. En los casos de sustitución de la pena por trabajos a la comunidad, algunos usuarios la realizan en el SAPS, acudiendo 4 días por semana y colaborando en tareas de gestión del espacio de Club: reponer material, limpiar la escalera y organizar el almacén. Si el usuario responde y tiene un buen seguimiento, se le ingresa el pago de la multa semanalmente. Si ocurre algún incidente durante este periodo, se le da de baja y se les paga lo correspondiente a los días y servicios prestados en el SAPS.

Finalmente, ante tal situación de estigmatización y exclusión social, muchos de los usuarios que acuden a los centros de reducción de daños “encubren” y/o “enmascaran” (Goffman, 2001) su identidad haciendo uso de un alias. Esta estrategia es vital para reducir las tensiones en el contexto de la interacción.



## ¿Del SAPS a dónde?

En la ciudad de Barcelona, los centros de reducción de daños están gestionados por varias entidades, por lo que en el año 2005, se formó una red de coordinación llamada REDAN. Sin embargo, la coordinación entre centros no es de todo favorable. Según un profesional:

“Se necesita algo más integrado y más comunicación entre los centros, porque los usuarios hacen uso de un montón de estos recursos y se produce un mayor gasto.” (P3).

Los profesionales del SAPS opinan que la red ofrece un amplio abanico asistencial pero de poca calidad, con grandes aglomeraciones, por lo que la atención es muy poco personalizada y los usuarios siguen teniendo descubiertas sus necesidades básicas.

Para mejorar algunos de estos déficits, desde el SAPS se creó el horario de “reconducción”, fuera del horario habitual, para los usuarios que han dejado de consumir, o consumen ocasionalmente. En este espacio, se realizan actividades para fijar objetivos y que no estén relacionadas con las drogas (salidas culturales o actividades recreativas). Mientras se intenta buscar soluciones, se plantea que en un futuro los centros deberían abarcar más campos de los que se ofrecen en la actualidad. Según una profesional y una usuaria:

“Debería haber un servicio que abarcara todos los puntos: los tratamientos, las necesidades básicas, etc. Es superdifícil coordinarnos con el resto de centros” (P1).

“Formación profesional, más reinserción para llenar el vacío. Hay que llenar las horas muertas, que motiven para desengancharse. No de cara a la sociedad sino para ti misma” (U8).

Se evitaría el déficit de coordinación entre centros, ofreciendo una intervención más holista, por lo que también sería necesario aumentar el número de profesionales.

## DISCUSIÓN

La etnografía es un método de investigación que trabaja a nivel microsocioal, permitiéndonos recoger datos *in situ*, donde el etnógrafo se sitúa como traductor sociocultural. La etnografía permite el análisis de los datos aportando resultados de tipo cualitativo, resolviendo de manera holística la comprensión de este fenómeno social. Cabe decir que, en el análisis, la dimensión social y sanitaria del consumo de drogas institucionalizado ha tomado centralidad, procurándose un análisis implícito de la dimensión jurídica y política. De esta manera, hemos respondido a los objetivos, aunque ha habido limitaciones teórico-metodológicas, por lo que la descripción del fenómeno responde a una realidad parcial. Una forma de solucionar estas limitaciones sería prolongar el trabajo de campo. Este trabajo supone una fase inicial para posteriores investigaciones.

Desde las primeras SCHs, existen numerosas publicaciones que demuestran el impacto positivo de estos espacios para reducir daños sanitarios, sociales y mejorar el orden público. En nuestro caso, y llegando a conclusiones similares, podemos afirmar que este trabajo supone un nuevo enfoque en el estudio de las SCHs, donde se describe la cotidianidad y vivencia de los usuarios y profesionales del EVA. Esto no sería posible con otros métodos, por lo que este tipo de estudio complementa a los resultados de investigaciones de tipo cuantitativo y/o de otras perspectivas, facilitando la comprensión del fenómeno de las SCHs para la intervención social.



## CONCLUSIONES

El EVA reduce daños sanitarios, sociales y jurídicos y mejora la calidad de vida de los usuarios. El consumidor de drogas al dejar de consumir en la calle, experimenta el paso de un "ritual yonqui" a un "ritual médico" (Szasz, 1990), pasando a ser un usuario de un servicio sociosanitario. Utilizar el EVA produce la "desritualización" de consumo de drogas por vía parenteral replanteando en el usuario cambios en su modo de vida. No obstante, cubiertas las necesidades sanitarias básicas, aparece un vacío asistencial en los usuarios. El EVA reduce daños pero los usuarios continúan dentro de los procesos de exclusión social y estigmatización. Muchos siguen consumiendo en la calle y no quieren ser "asistibles" (Pallarés, 1995).

El EVA del SAPS es un espacio bien aprovechado pero no proporciona un lugar para el consumo por vía pulmonar; no proporciona lugares paralelos para la partición de dosis y preparación, y para muchos es un lugar pequeño, con pocas plazas, con limitación de tiempo y que no abre todos los días y a todas horas.

En general, los centros de drogodependencias que atienden bajo el prisma de reducción de daños de Barcelona están masificados. Además, la coordinación entre estos centros de drogodependencias no es del todo favorable y mucho menos con el resto de servicios y centros de la red normalizada: áreas básicas, hospitales, etc.

Propongo una mejora de la coordinación entre centros de drogodependencias y con la red normalizada. Las SCHs deberían proporcionar mejores espacios, más profesionales, más horas y más días. Las SCHs de consumo

deberían permitir el consumo por vía pulmonar y espacios para la partición y preparación de las dosis. En general, deben ampliarse y diversificarse en los diferentes lugares de la ciudad por donde merodean los consumidores de drogas, ajustándose a las necesidades de los profesionales y usuarios, y por qué no, de vecinos y policía. Desde los centros con SCHs, se deberían ofertar más tratamientos y soluciones alternativas para las drogodependencias. Asimismo, es necesario dar voz a los consumidores de drogas y profesionales para mejorar los espacios de consumo y el resto de áreas de los centros. Sobre todo, se debe continuar potenciando el modelo de reducción de daños.

En futuras investigaciones, se proyecta realizar una epidemiología sociocultural de los usuarios de drogas que acuden a las SCHs de Barcelona para detectar necesidades, mejorar estos espacios y promover nuevos desafíos en la intervención en drogodependencias desde un prisma de la reducción de daños.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los usuarios y profesionales del SAPS, especialmente, a Olga Díaz por darme la oportunidad de investigar en el centro. Agradezco a todos los docentes y responsables del "Màster Oficial d'Investigació etnogràfica, teoria antropològica i relacions interculturals" del Departamento de Antropología social y cultural de la UAB, sobre todo a Aurelio Díaz, director de mi tesina, por sus consejos y orientaciones durante el proceso de esta investigación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agència de Salut Pública de Barcelona, ASPB eds. (2009). *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-12*. Barcelona.
- Anoro, M., Ilundain, E. y Santisteban, O. (2003). Barcelona's safer injection facility – EVA: A harm reduction program lacking official support. Florida, *The Journal of Drug Issues*. 689-712.
- Arana, X. y Márkez, I. (coord.) (1997). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid, Dykinson.
- Bauman, Z. (1999 [1998]). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona, Gedisa.
- Bauman, Z. (2005 [2004]). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Barcelona, Paidós.
- Bertrand, B. (2005). «...on peut franchir le pas, faire un essai.» *Structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*. Paris, LUDIC.
- Clua, R. (2010). *A ritmo de bombeo. Usos, motivaciones y cambios de los usuarios del espacio de venopunción asistida (EVA) del Servei d'Atenció i Prevenció Socio Sanitària (SAPS) de Creu Roja de Barcelona y el rol de sus profesionales*. No publicado.
- Díaz, A., Barruti, M. y Doncel, C. (1992). *Les línies de l'èxit? Estudi sobre la naturalesa i l'extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Díaz, O. et al. (2009). *Informe SAPS: 2008 Servei d'Atenció i Prevenció Sòcio Sanitària*. Barcelona, Creu Roja de Barcelona.
- Funes, J. y Romaní, O. (1985). *Dejar la heroína: vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española, Dirección General de Acción Social.
- Gamella, J.F. (1997). *Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas*. Madrid, *Claves de razón práctica*, N° 72, 20-30.
- Goffman, E. (1979 [1971]). *Relaciones en público: microestudios del orden público*. Madrid, Alianza.
- Goffman, E. (1993 [1959]). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Goffman, E. (1994 [1961]). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Goffman, E. (2001 [1963]). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Grup Igja (eds.) (2000a). *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona, Grup Igja.
- Grup Igja, (eds.) (2000b). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona, Grup Igja.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hunt, N. (2006). *The evaluation literature on drug consumption rooms. Independent Working Group on Drug Consumption Rooms Paper B*. York, Joseph Rowntree Foundation.
- Ilundain, E. y Márkez, I. (2005). Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas. *Adicciones*, Vol. 17, Supl. 2 287-297.



Joseph Rowntree Foundation (eds.) (2006). *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*. York, Joseph Rowntree Foundation.

O'Hare, P.A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E.C. y Drucker, E. (1995 [1992]). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, Grup Igja.

Pallarés, J. (1995). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína y los yonquis*. Lleida, Milenio.

Romaní, O. (2004 [1999]). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona, Ariel.

Szasz, T. (1990 [1985]). *Drogas y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. México-Madrid, F.C.E.

Tezanos, J.F. (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid, Biblioteca Nueva.

Usó, J.C. (1995). *Drogas y cultura de masas (España 1855–1995)*. Madrid, Taurus.

Wacquant, L. (2001 [2001]). *Parias urbanos*. Buenos Aires, Manantial.