

Las salas de consumo supervisado: Realidades y situación actual

Asier Corrales – MIR UDM Salud Mental Navarra

Clàudia Aymerich – MIR Hospital Universitario Basurto

XXII Congreso Virtual Interpsiquis - 4 de Junio 2021



CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

CONTENIDO

- ➔ INTRODUCCIÓN: EL MARCO DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS
- ➔ LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS
- ➔ EVOLUCIÓN EN ESPAÑA
- ➔ EVIDENCIA Y CONTROVERSIAS
- ➔ ESTADO ACTUAL
- ➔ LAS SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO DURANTE LA PANDEMIA
- ➔ ÁREAS DE MEJORA

INTRODUCCIÓN

1980: EPIDEMIA DE LA HEROÍNA

ALARMA SOCIAL

“MOVIMIENTO SOCIAL
CONTRA LAS DROGAS”

APARICIÓN Y
EXPANSIÓN DEL VIH



PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS

BERNA, 1986

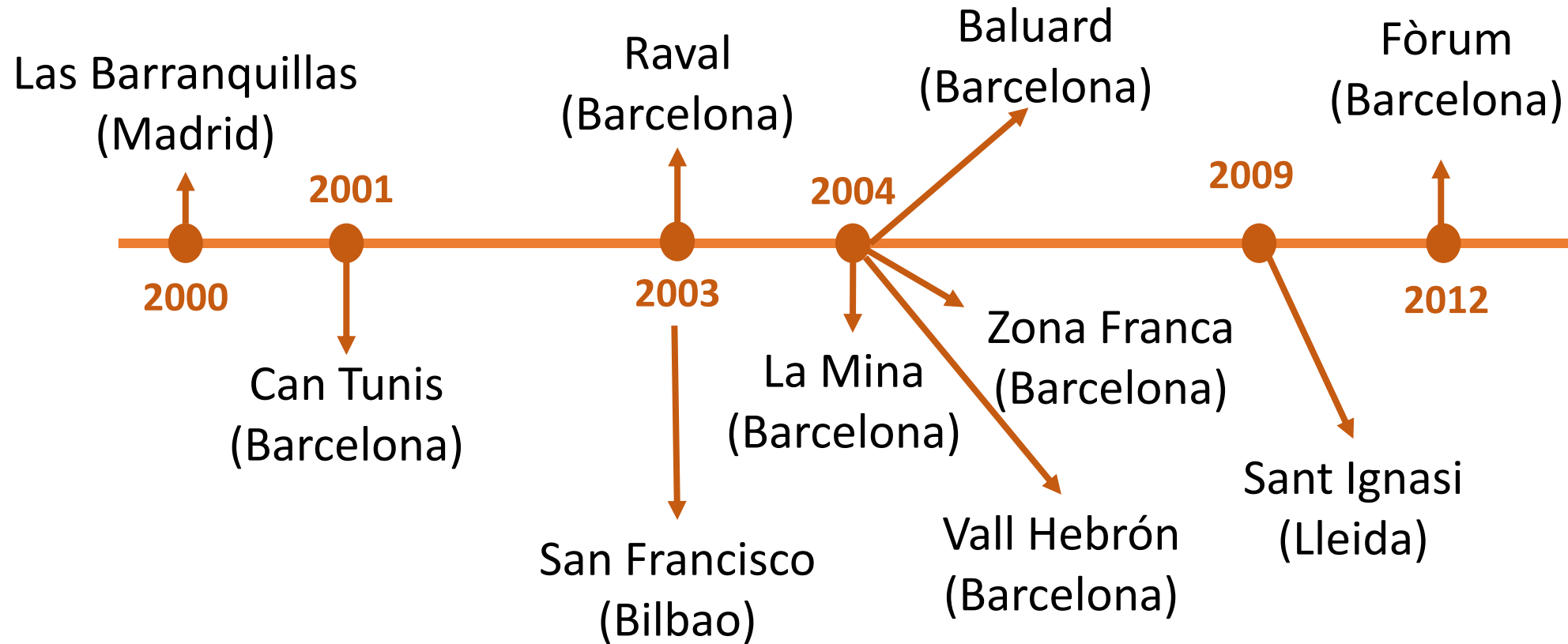


DIFICULTADES
LEGALES

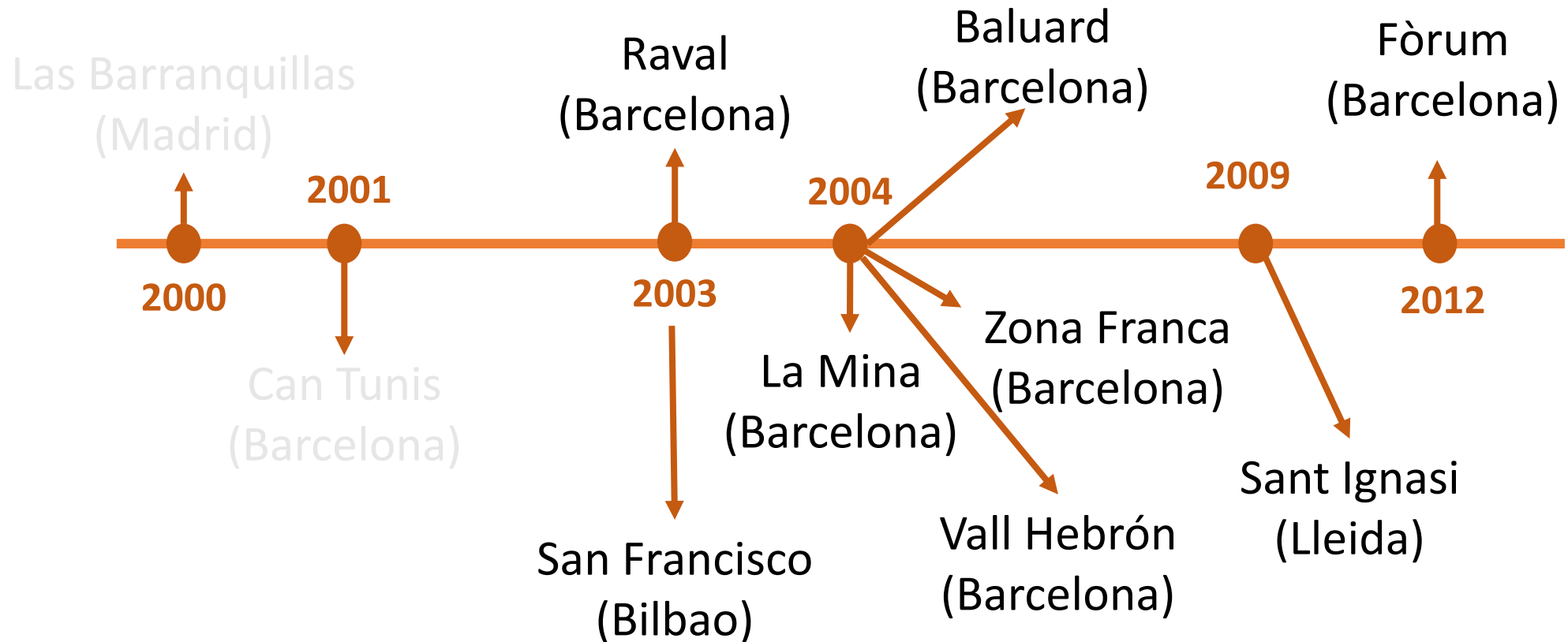
ACEPTACIÓN
SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN
CLÍNICA

¿Y EN NUESTRO PAÍS?



¿Y EN NUESTRO PAÍS?



ACEPTACIÓN SOCIAL

Research Paper

Arguments supporting and opposing legalization of safe consumption sites in the U.S.



Colleen L. Barry^{a,*}, Susan G. Sherman^a, Elizabeth Stone^a, Alene Kennedy-Hendricks^a, Jeff Niederdeppe^b, Sarah Linden^a, Emma E. McGinty^a

^a Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Hampton H
^b Cornell University, 476 Mann Library Building, Ithaca, NY 148

Table 1
 Agreement among U.S. Adults with Arguments Opposing and Supporting Safe Consumption Sites, 2017 (N = 1004).

Anti-Safe Consumption Site Arguments	% Agree (95% CI)	Pro-Safe Consumption Site Arguments	% Agree (95% CI)
Fund Treatment: Safe consumption sites should be illegal because funding should be spent instead on opioid use treatment and recovery.	57.6 (54.3, 60.8)	Better Alternative: Safe consumption sites should be legal because they are a better alternative to dealing with opioid use than arresting people, which does not address their substance use.	42.7 (39.5, 46.0)
Opioids are Illegal: Safe consumption sites should be illegal because use of heroin and other opioids is illegal.	56.3 (53.1, 59.5)	Reduce Infectious Diseases: Safe consumption sites should be legal because they would reduce HIV and hepatitis C by encouraging safer injection practices, such as using sterile syringes for each injection, among people who use opioids.	41.8 (38.7, 45.0)
Allow Continued Use: Safe consumption sites should be illegal because they allow people to continue using opioids.	53.7 (50.4, 57.0)	Decrease Costs: Safe consumption sites should be legal because they would reduce opioid-related emergency room visits and hospital admissions, which would decrease healthcare costs.	41.6 (38.5, 44.8)
Increase Drug Use: Safe consumption sites should be illegal because they would increase illegal drug use by making it easier for people to use opioids.	51.9 (48.6, 55.1)	Connect to Treatment: Safe consumption sites should be legal because they would reduce opioid use by connecting people who use opioids to drug treatment.	41.5 (38.3, 44.7)
Increase Illegal Activity: Safe consumption sites should be illegal because they would lead to more illegal activities in the neighborhoods where they are located.	51.0 (47.8, 54.2)	Law Enforcement Focus: Safe consumption sites should be legal because they allow law enforcement to focus more on violent crime instead of low-level drug offenses.	40.2 (37.0, 43.4)
Encourage Harmful Behavior: Safe consumption sites should be illegal because medical professionals would be encouraging harmful health behaviors like opioid use.	50.1 (46.8, 53.3)	Reduce Fatal Overdoses: Safe consumption sites should be legal because they would reduce fatal opioid overdoses by providing a place for people to have medical supervision while they use opioids.	39.4 (36.3, 42.6)
Government Tolerance: Safe consumption sites should be illegal because the government should not tolerate illegal activities such as opioid use.	49.0 (45.7, 52.2)	Reduce Public Use: Safe consumption sites should be legal because they would reduce the use of opioids in public places.	36.1 (33.1, 39.3)
		Helped in Other Countries: Safe consumption sites should be legal because they have helped to reduce fatal opioid overdoses in other countries.	34.0 (31.0, 37.1)
		Safe Site: Safe consumption sites should be legal because they would provide a place for people who use opioids to stay safe while they are using drugs.	33.2 (30.2, 36.3)
		Dignity and Respect: Safe consumption sites should be legal because they would create a space where people who use opioids are treated with dignity and respect.	27.3 (24.5, 30.3)

ACEPTACIÓN SOCIAL

AÑO 2004: EUROPEAN
REPORT ON DRUG
CONSUMPTION ROOMS



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

**European report on drug
consumption rooms**



Date • February 2004

Author • Dagmar Hedrich

OBJETIVOS DE LAS SCS

OBJETIVO 1
ALCANZAR LA
POBLACIÓN DIANA
A LA QUE VA
DIRIGIDA LA
MEDIDA

OBJETIVO 2
CONECTAR A LOS
USUARIOS CON
TTOS DE
DESINTOXICACIÓN
Y SERVICIOS
SOCIOSANITARIOS

OBJETIVO 3
DISMINUIR LA
MORBIMORTALIDAD

OBJETIVO 4
REDUCIR LOS
PROBLEMAS PÚBLICOS
ASOCIADOS AL
CONSUMO DE DROGAS

Reducción del nº
de sobredosis y
otras
complicaciones
agudas

Reducción de la
transmisión de
enfermedades
relacionadas
con el UDVP
(VIH, VHC)

Reducir los
consumos
públicos y
sus peligros
asociados
(jeringuillas
, etc)

Reducción de la
transmisión de
enfermedades
relacionadas con
el UDVP (VIH,
VHC)

EVIDENCIA

Working Paper

Assessing the Evidence on Supervised Drug Consumption Sites

Bryce Pardo, Jonathan P. Caulkins, and Beau Kilmer

RAND Health Care and RAND Social and Economic Well-Being

WR-1261-RC
December 2018
Prepared for RAND Sponsored Research

Curr HIV/AIDS Rep
DOI 10.1007/s11904-017-0363-y



THE SCIENCE OF PREVENTION (JD STEKLER AND J BAETEN, SECTION EDITORS)

Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review

Mary Clare Kennedy^{1,2} · Mohammad Karamouzian^{1,3} · Thomas Kerr^{1,4}

Review

Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review[☆]

Chloé Potier^{a,b,*}, Vincent Laprêvôte^{c,d}, Françoise Dubois-Arber^e, Olivier Cottencin^{a,b}, Benjamin Rolland^{a,b}

^a Department of Addiction Medicine, CHRU de Lille, Univ Lille Nord de France, F-59037 Lille, France

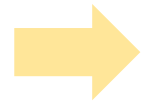
^b University of Lille 2, Faculty of Medicine, F-59045 Lille, France

^c CHU Nancy, Maison des Addictions, Nancy F-54000, France

^d CHU Nancy, Centre d'Investigation Clinique CIC-INSERM 9501, Nancy F-54000, France

^e Institute of Social and Preventive Medicine, University Hospital Center and University of Lausanne, Chemin de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Switzerland

EVIDENCIA



DIFICULTADES PARA LA EXTRACCIÓN DE CONCLUSIONES

Mayoría de los estudios están realizados en Australia (sobre todo Sídney), Nueva Zelanda y Canadá (sobre todo Vancouver) a pesar de la mayor presencia proporcional de narcosalas en la Europa continental.

Table A.2. Breakdown of articles included in four systematic reviews

	Drug user profile	Morbidity & mortality	Crime, violence and public disorder	Risky drug use	Access or referral to treatment	Social outreach & health	Changes in drug use
	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)	McNeill and Small (2014) Kennedy, Karamouzian, and Kerr (2017) Potier et al., (2014) Garcia (2015)
Color Key	Vancouver (39)	Sydney (14)	Spain (12)	Germany (3)	Denmark (2)	Netherlands (1)	Switzerland (1)
Descriptive cross-sectional studies							

OBJETIVO 1

ALCANZAR LA POBLACIÓN DIANA A LA QUE VA DIRIGIDA LA MEDIDA

BENEFICIO ESPERADO

→ Atraer a una población diana que se pueda beneficiar de un uso regular de las SCS.

RIESGOS POTENCIALES

→ Personas sin antecedentes de uso pueden animarse a probar ante la “facilidad” de uso
→ Políticas de acceso muy restrictivas pueden alejar a usuarios marginalizados

POBLACIÓN DIANA

- Usuarios en exclusión social → Individuos que viven en la marginalidad (sin hogar, sin apoyos familiares...) sin acceso a recursos sociosanitarios.

USUARIOS REALES

- 70-90% son hombres. 30 años de edad.
- Pocos o ningún ingreso.
- Penas de cárcel previa (50-75 % Suiza y 38 % en Madrid).
- Múltiples y variados antecedentes de intentos de deshabitación.
- La mayoría de los usuarios son UDVP habituales (varias veces a la semana o una vez al mes).
- Tipo de drogas empleadas: Consumo de cocaína y heroína (juntas y separadas) y vía IV

Vancouver: 30% no tenían hogar.

Sídney: 11% alojamientos inestables

¿POR QUÉ ELIGEN?

- Entorno tranquilo alejado de las amenazas de la policía/camellos (ppal s/Vancouver)
- Medidas higiénicas de consumo
- Supervisión médica
- Disponibilidad de atención médica de emergencia

¿CÓMO EVITAR EL RIESGO DE QUE INDIVIDUOS SIN ANTECEDENTES DE CONSUMO DE CONSUMAN POR PRIMERA VEZ EN LAS INSTALACIONES?

Las narcosalas suelen tener como criterio de exclusión el uso experimental o intermitente de drogas

Artículo Ginebra 2008: 4/736 indicaron que habían tenido el primer consumo en las instalaciones

OBJETIVO 2

CONECTAR A LOS USUARIOS CON TRATAMIENTOS DE DESINTOXICACIÓN /
DESHABITUACIÓN Y SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

BENEFICIO ESPERADO

- Facilitar el acceso a la población diana a cuidados médicos básicos y recursos sociales
- Promover el paso a terapias de desintoxicación/deshabituación

RIESGOS POTENCIALES

- Pueden dificultar la motivación para el cese del consumo al hacer el consumo más "cómodo"

Cohorte prospectivo Vancouver (n: 1031)

- ESTUDIO 1: (-/+ 1 año)
 - Aumento significativo de la captación a servicios de desintoxicación OR = 1.32, 95%CI = [1.11–1.58]; p = 0.002
 - Asociación positiva entre el uso del servicio con una entrada más rápida a el programa de deshabitación con metadona (AHR: 1,56; 95% CI: 1.04-2.34) y otras formas de deshabitación (AHR: 3,73; 95% CI: 2.57-5.39)
- ESTUDIO 2: (Frecuencia uso/semanal)
 - Asociación positiva con el uso semanal (AHR: 1,72; 95% CI: 1.25-2,38-5.39) y tener contacto con el personal (AHR: 1,98; 95% CI: 1,26-3,10) con una mayor rapidez de entrada a programas de desintoxicación

Cohorte prospectiva Sídney (n: 3715)

- ESTUDIO 3: Asociación entre uso frecuente (Percentil 75 de uso) de salas y derivación a programas de desintoxicación (AHR: 1,6; 95% CI 1,2-2,2) aunque **no encontraron asociación con la captación** a los programas (AOR: 0,8; 95%: 0,4-2,2)

Cohorte prospectiva Vancouver (n: 1090)

- ESTUDIO 4: Uso regular de salas (semanal) y tener contacto con el personal asociados de manera **positiva e independiente** con la captación a programas de metadona y otros programas de deshabitación. Así mismo, este estudio también encontró que la captación a programas de deshabitación estaba asociado positivamente **con el cese del consumo de drogas** (AHR: 1,85; 95% CI: 1.06-3,24)

Cataluña: Entrevista a 730 usuarios

- Entrevistas cara a cara de 35 minutos con 730 usuarios de diferentes salas de la red de salas de consumo supervisado de Cataluña. Separación de usuarios según frecuencia de uso.
- Hiperfrecuentadores presentaban mayor probabilidad de acceso servicios de dependencia de drogas (81.5% versus 66.1% and 55.4%, respectively, $p < 0.001$).
- Hiperfrecuentadores presentaban mayor probabilidad de acceso a centros de medicina primarias (53.7% vs 45.9% and 34.9%, respectively, $p = 0.006$)

Table 2

Drug use patterns, access to services, overdose history and HIV/HCV prevalence by DCR attendance.

	Frequent (n = 108) %	Medium (n = 233) %	Low (n = 169) %	Total (n = 510) %	p
Years of injection					
Mean (SD)	18.8 (10.2)	15.0 (9.5)	14.9 (9.5)	15.8 (9.8)	0.002
Injection frequency^a					0.063
Daily (n = 275)	44.4	55.2	58.6	54.0	
Weekly (n = 170)	34.3	32.8	33.7	33.4	
Monthly or less (n = 64)	21.3	12.1	7.7	12.6	
Place of injection (more frequent)					< 0.0001
Houses (n = 128)	0.9	11.4	61.6	25.5	
Street, cars, parks, ... (n = 86)	8.3	10.9	31.7	17.2	
Drug Consumption Rooms (n = 287)	90.7	77.7	6.7	57.3	
Disposal of used syringes in safe places					< 0.0001
Not always (n = 294)	25.0	63.9	69.8	57.6	
Yes, always ^{**} (n = 216)	75.0	36.1	30.2	42.4	
Access to Primary Health Centre					0.006
No (n = 286)	46.3	54.1	65.1	56.1	
Yes (n = 224)	53.7	45.9	34.9	43.9	
Access to Drug Dependence Services					< 0.0001
No (n = 174)	18.5	33.9	44.6	34.2	
Yes (n = 235)	81.5	66.1	55.4	65.8	
Self-reported non-fatal overdose (last 12 months)					0.660
No (n = 409)	82.4	80.7	78.1	80.2	
Yes (n = 101)	17.6	19.3	21.9	19.8	
HIV infection (biological sample)					0.062
No (n = 361)	63.5	75.0	75.2	72.6	
Yes (n = 136)	36.5	25.0	24.8	27.4	
HCV infection (biological sample)					0.128
No (n = 161)	31.7	28.5	38.2	32.4	
Yes (n = 336)	68.3	71.5	61.8	67.5	

DINAMARCA

- El consejo por parte del personal de las salas de búsqueda de ayuda sociosanitaria estaba asociado a una mayor probabilidad de recibir la ayuda.

ALEMANIA

- Asociación entre uso más frecuente de salas y acceso a servicios de cambio de jeringuillas, servicios médicos y consejo sociosanitario.

2 ESTUDIOS VANCOUVER

- Aquellos usuarios derivados al hospital por parte de enfermería tenían más probabilidades de acceder a Urgencias y recibir asistencia médica para infecciones de la piel relacionadas con el uso inyectable de la droga.

RIESGOS POTENCIALES

→ Pueden dificultar la motivación para el cese del consumo al hacer el consumo más “cómodo”

No hay ningún artículo en la literatura revisada (Portier y Kennedy: Revisión de 122 artículos en total) que secunde esta afirmación

OBJETIVO 3

DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD

BENEFICIO ESPERADO

- Reducción del número de sobredosis y otras complicaciones agudas
- Reducción de la transmisión de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas por VP(st VIH/VHC)
- Disminuir las conductas de riesgo tanto dentro como fuera de la SCS
- Concienciación sobre prácticas de riesgo y buenas prácticas

RIESGOS POTENCIALES

- Pueden aumentar la morbimortalidad al “tolerar” el consumo.

OBJETIVO 3

DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD

INCIDENCIA DE EMERGENCIAS EN NARCOSALAS (European report (2004): 3/1000 usuarios

1. Sobredosis por heroína la más frecuente (75%)
2. Ataques epilépticos
3. Episodios asociados al consumo de cocaína (hiperventilación, inquietud...).

OBJETIVO 3

DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD

VANCOUVER

- 35% reducción de sobredosis alrededor de la narcosala (entre 2-12 muertes por sobredosis evitadas)

SIDNEY

- 68% reducción de la atención por sobredosis por parte de las ambulancias y servicios de emergencia. No se pudo demostrar una disminución en las muertes por sobredosis en la zona en la que se situaba la sala con respecto al resto de la ciudad .

No se ha registrado ningún caso de muerte por sobredosis o cualquier otro tipo de muerte en ningún registro/artículo relacionado con las SCS

➔ ARTÍCULO CON MAYOR GRADO DE EVIDENCIA

Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study

Brandon D L Marshall, M-J Milloy, Evan Wood, Julio S G Montaner, Thomas Kerr

- Vancouver (2011): 35% reducción de sobredosis alrededor de 500 metros de la narcosala. De 253.8 a 165.1 muertes por cada 100.000 habitantes/año (p: 0,048) (entre 2-12 muertes por sobredosis evitadas. Comparación hecha entre los dos años previos a la apertura y 2 años posteriores.

	ODs occurring in blocks within 500 m of the SIF*		ODs occurring in blocks farther than 500 m of the SIF*	
	Pre-SIF	Post-SIF	Pre-SIF	Post-SIF
Number of overdoses	56	33	113	88
Person-years at risk	22 066	19 991	1 479 792	1 271 246
Overdose rate (95% CI)*	253.8 (187.3-320.3)	165.1 (108.8-221.4)	7.6 (6.2-9.0)	6.9 (5.5-8.4)
Rate difference (95% CI)*	88.7 (1.6-175.8); p=0.048		0.7 (-1.3-2.7); p=0.490	
Percentage reduction (95% CI)	35.0% (0.0%-57.7%)		9.3% (-19.8% to 31.4%)	

SIF=supervised injection facility. Pre-SIF period=Jan 1, 2001, to Sept 20, 2003. Post-SIF period=Sept 21, 2003, to Dec 31, 2005. *Expressed in units of per 100 000 person-years.

Table 2: Overdose mortality rate in Vancouver between Jan 1, 2001, and Dec 31, 2005 (n=290), stratified by proximity to the SIF

ARTÍCULOS QUE CUESTIONAN LA ASOCIACIÓN

4 artículos Revisión sistemática Kennedy et al.:

No han podido demostrar ni una reducción ni un aumento de las sobredosis tras la implantación

Artículo Cataluña: Los hiperfrecuentadores no presentaban menos sobredosis no-fatales que los poco frecuentadores o medio frecuentadores

Artículo Sidney: Asociación positiva entre el uso habitual de las salas y la posibilidad de padecer una sobredosis no-fatal en la sala

FACTORES A TENER EN CUENTA

Disponibilidad de drogas (st. heroína) en las calles en el momento del estudio.

Localización de la sala: Si SCS se sitúa en zona en el que hay un mercado de drogas, las urgencias aumentan (Madrid X4 fuera de la sala)

¿ Hiperfrecuentadores más riesgo porque más consumo?

OBJETIVO 3

DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD

Reducción de la transmisión de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas por VP (st VIH/VHC)

McArthur et al.:

- Eficacia de diferentes intervenciones para “reducción de daño” en relación a transmisión de VIH, VHC y conductas de riesgo (reutilización de jeringas)
- Evidencia provisional para apoyar la efectividad en la evitación de las conductas de inyección de riesgo (4 encontraron asociación y 3 no)
- Evidencia insuficiente para la evitación transmisión de VIH y VHC

Caulkins et al.:

- 2 artículos concluyen que las narcosalas pasan el test de coste-beneficio dada la capacidad para evitar infecciones por VIH o sobredosis a pesar de actuar sobre una muestra pequeña de todos los UDVP.
- No obstante, este artículo reconoce que otras intervenciones también pasan este test (cambio de jeringuillas, entrega de naloxona, tratamiento médico)

Folch et al. (estudio Cataluña):

Hiperfrecuentadores presentaban una menor probabilidad de compartir jeringuillas y otro tipo de equipamiento para inyectarse (OR: 0.39 [0.18-0.85] que los frecuentadores medios o los poco frecuentadores

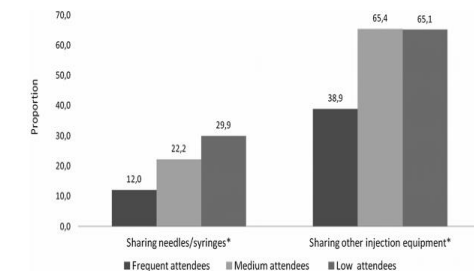


Fig. 1. Prevalence of injecting risk behaviours by DCR attendance.
*p < 0.01

FACTORES A TENER EN CUENTA

Dificultades para medir transmisión VIH/VHC debido a baja prevalencia.

Problemas metodológicos al no poder aislar una medida contra la transmisión del resto de medidas concomitantes

La muestra de la mayoría de los estudios esta limitada a los usuarios de las salas dificultando la comparación con controles.

Caulkins et al: “En consecuencia, no es posible saber si se podría obtener más beneficio invirtiendo la misma cantidad de recursos a otras intervenciones”

OBJETIVO 4

REDUCIR LOS PROBLEMAS PÚBLICOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

BENEFICIO ESPERADO

- Reducir el consumo de drogas en público así como los peligros asociados (jeringuillas desechadas...)
- Reducción de la transmisión de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas por VP(st VIH/VHC)
- Disminuir las conductas de riesgo tanto dentro como fuera de la SCS
- Concienciación sobre prácticas de riesgo y buenas prácticas

RIESGOS POTENCIALES

- Pueden aumentar la morbimortalidad al “tolerar” el consumo.

OBJETIVO 4

REDUCIR LOS PROBLEMAS PÚBLICOS

Reducir el consumo de drogas en público así como los peligros asociados (jeringuillas desechadas...)

Potier et al.:

HALLAZGOS OBJETIVOS: Reducción en el número de UDVP con consumo en zonas públicas (4.3, IQR = [4.0–4.3] vs. 2.4 IQR = [1.5–3.0]; $p = 0.022$), jeringuillas tiradas (11.5, IQR = [7.3–14.3] vs. 5.3, IQR = [3.0–8.0]; $p = 0.010$) y basura asociada al consumo (601.7, IQR = [490.0–830.3] vs. 305.3, IQR = [246.3–387.0]; $p = 0.014$).

ENCUESTAS A USUARIOS: La utilización de las SCS se asoció con una reducción en las inyecciones en vías públicas (aOR = 2.79, 95%CI = [1.93–3.87]) así como en las jeringuillas desechadas (aOR = 2.13, 95%CI = [1.47–3.09]) referidas por los usuarios

Kennedy et al.:

Después de la apertura de las dos primeras salas, hubo una reducción significativa en el número de jeringuillas encontradas en la calle mensualmente (de 13,13 en 2004 a 3,19 en 2012)

Folch et al. (estudio Cataluña):

Hiperfrecuentadores presentaban una probabilidad 6 veces mayor de depositar las jeringuillas en lugares seguros (OR: 6.08[3.62–10.23])

OBJETIVO 4

REDUCIR LOS PROBLEMAS PÚBLICOS

Reducir el consumo de drogas en público así como los peligros asociados (jeringuillas desechadas...)

Potier et al.:

HALLAZGOS OBJETIVOS: Reducción en el número de UDVP con consumo en zonas públicas (4.3, IQR = [4.0–4.3] vs. 2.4 IQR = [1.5–3.0]; $p = 0.022$), jeringuillas tiradas (11.5, IQR = [7.3–

Place of injection (more frequent)

Houses (n = 128)

0.9

11.4

61.6

25.5

< 0.0001

Street, cars, parks, ... (n = 86)

8.3

10.9

31.7

17.2

Drug Consumption Rooms (n = 287)

90.7

77.7

6.7

57.3

Disposal of used syringes in safe places

Not always (n = 294)

25.0

63.9

69.8

57.6

< 0.0001

Yes, always ** (n = 216)

75.0

36.1

30.2

42.4

95%CI = [1.93–3.87]) así como en las jeringuillas desechadas (aOR = 2.13, 95%CI = [1.47–3.09]) referidas por los usuarios

Kennedy et al.:

Después de la apertura de las dos

Folch et al. (estudio Cataluña):

Hiperfrecuentadores presentaban una probabilidad 6 veces mayor de depositar las jeringuillas en lugares seguros (OR: 6.08[3.62–10.23])

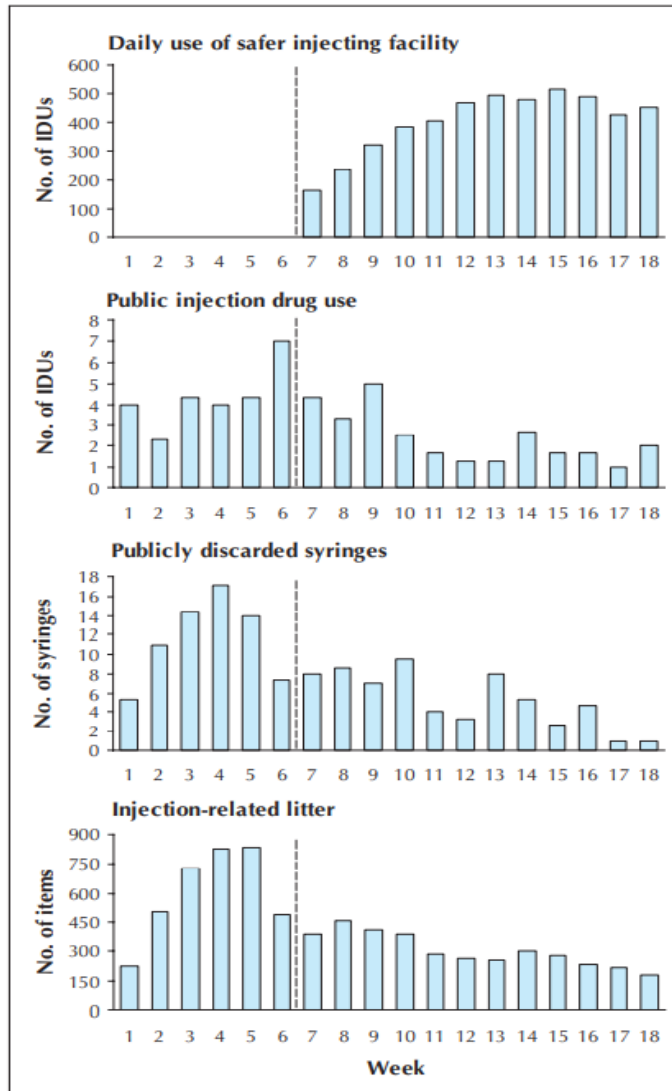


Fig. 1: Mean daily numbers of injection drug users (IDUs) who visited Vancouver's safer injecting facility, IDUs who injected in public, publicly discarded syringes and injection-related litter counted during the 6 weeks before and the 12 weeks after the facility opened. Dotted line represents opening of facility.

Wood et al.:

Utilizando colección de datos de protocolo estándar prospectivo, se midieron “problemas de orden público relacionados con la inyección de drogas (-6 +12 semanas SCS. Medición de resultados desde 6 semanas antes hasta 12 semanas después de la apertura de SCS en Vancouver

- Asociación independiente entre número de uso de drogas por VP en vía pública ($p < 0.001$), jeringuillas desechadas en vía pública ($p < 0.001$) y otros productos relacionados ($p < 0.001$).
- Predicción de la media de uso de drogas VP en vía pública previa apertura 4.3 (95% intervalo confianza [CI] 3.5–5.4) y después de la apertura 2.4 (95% CI 1.9–3.0)
- Número de jeringuillas desechadas en las vía pública: Antes SCS 11.5 (95% CI 10.0–13.2) y después SCS 5.4 (95% CI 4.7–6.2). Hallazgos consistentes con los datos proporcionados por el ayuntamiento de Vancouver.

Table 1: Predicted daily mean measures of public order problems during the 6 weeks before and the 12 weeks after the opening of Vancouver's safer injecting facility*

Measure	Predicted daily mean no. (and 95% CI)	
	Before the facility opened	After the facility opened
IDUs injecting in public	4.3 (3.5–5.4)	2.4 (1.9–3.0)
Publicly discarded syringes	11.5 (10.0–13.2)	5.4 (4.7–6.3)
Injection-related litter	601 (590–613)	310 (305–317)

Note: CI = confidence interval.

*Parameter estimates from the unadjusted Poisson log-linear regression models were used to calculate the predicted means (see Methods for details).

FACTORES A TENER EN CUENTA

No se tuvo en cuenta el posible papel activo de los trabajadores y usuarios en la recogida activa del material.

Presencia de variables confusoras difícilmente medibles (presencia policial, tiempo meteorológico...)

Localización de las SCS y concienciación de los usuarios

OBJETIVO 4

REDUCIR LOS PROBLEMAS PÚBLICOS

Evitar el aumento de crímenes en las zonas de consumo

Kennedy et al.:

- 4 artículos en Sídney
- Datos suministrados por la policía
- No se evidenciaron más robos, posesión de drogas o venta de drogas en los barrios en los que se implantaron las salas. Tampoco se evidencio un descenso de delitos → ¿Medición de los delitos limitada a los vecindarios en los que se situaban las narcosalas?

Mcwood et al.:

Encuesta a los usuarios de la sala más frecuentadores (>75% de las inyecciones en SCS) si habían sido detenidos los 6 meses previos.
El uso frecuente no se asoció de manera positiva con los ingresos en prisión

Myer et al:

Comparación entre distritos en Vancouver según datos de la policía
Disminución significativa de crímenes contra la propiedad, violentos y totales en el distrito en el que estaba situado la SCS tras implantación

¿CAUSAS?

- Menor violencia depredadora a personas vulnerables usuarias
- Mediación de personal de las SCS

FACTORES A TENER EN CUENTA

Una gran parte de las SCS SE encuentran deliberadamente colocadas en zonas cerca de los mercados de la droga dificultando el estudio.

Dificultades de acceso a datos de criminalidad

Colaboración de las fuerzas de seguridad y del vecindario

Existen varios estudios que confirman la mala acogida de las SCS en sus inicios y la buena aceptación por parte de vecinos/trabajadores tras el inicio de funcionamiento →

Kennedy et al.: Nivel de apoyo por parte de los vecinos aumento de un 68 a un 78% tras el inicio del servicio con un aumento en la percepción de los pros de las salas

PROBLEMAS QUE DIFICULTAN LA OBTENCION DE CONCLUSIONES

Solapamiento con otras medidas

Disminución en el consumo de droga inyectada en Europa /Aumento en EEUU (no salas)

Diferencias culturales y en la forma de consumir la droga entre diferentes países.

Diferentes concepciones de las salas de consumo supervisado por parte de los diferentes países implicados

Muchos artículos de Sídney y Vancouver y pocos datos de Europa, donde se sitúan la mayoría de las salas de consumo supervisado

Sesgo de “respuesta socialmente aceptada” al ser un tema que genera tanta controversia

Cambios en el consumo de drogas por factores confusores difícilmente valorables

Pocos estudios caso-control

CUESTIONES POR RESOLVER

Todavía no se ha demostrado de manera satisfactoria que ayude al cese de consumo a largo plazo

¿SCS en hospitales? Para facilitar el acceso y mantenimiento de UDVP en los hospitales

Acceso a las salas de mujeres y personas con discapacidades motoras que no pueden inyectarse a si mismos

Centrados en la heroína (reducción en Europa): ¿Resultados en el consumo de otro tipo de drogas (p. ej inhaladas) y adaptaciones necesarias?

ESTADO ACTUAL



ESTADO ACTUAL

REDUCCIÓN DE DAÑOS

CONSUMO HIGIÉNICO

MATERIALES MENOS TÓXICOS

ANÁLISIS DE SUSTANCIAS

PROGRAMAS EN LA
COMUNIDAD

ANTECIÓN A OTROS NIVELES
(JURÍDICO, PSICOLÓGICO,
SANITARIO)

VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

ESTADO ACTUAL

REDUCCIÓN DE DAÑOS

CONSUMO HIGIÉNICO

MATERIALES MENOS TÓXICOS

ANÁLISIS DE SUSTANCIAS

PROGRAMAS EN LA
COMUNIDAD

ANTECIÓN A OTROS NIVELES
(JURÍDICO, PSICOLÓGICO,
SANITARIO)

VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

**EQUIPO
MULTIDISCIPLINAR**

LAS SCS Y LA PANDEMIA POR COVID19

MEDIDAS DE SEGURIDAD

AFOROS

CAMPANAS
EXTRACTORAS

MEDIDAS
HIGIÉNICAS

PUNTO DE ATENCIÓN **CONSTANTE**

ÁREAS DE MEJORA

- ➔ MEDIOS DE COMUNICACIÓN
- ➔ PSICOEDUCACIÓN A NIVEL POBLACIONAL, DESESTIGMATIZACIÓN
- ➔ ASEGURAR MARCOS LEGALES
- ➔ AUMENTAR DISPONIBILIDAD DE PLAZAS
- ➔ ADAPTACIÓN A NUEVAS FORMAS DE CONSUMO
- ➔ INTEGRACIÓN A CENTROS DE SALUD MÁS GRANDES

MUCHAS GRACIAS!



asier.corrales.rodriguez@navarra.es
claudia.aymerichnicolas@osakidetza.eus

Las salas de consumo supervisado: Realidades y situación actual

Asier Corrales – MIR UDM Salud Mental Navarra

Clàudia Aymerich – MIR Hospital Universitario Basurto

XXII Congreso Virtual Interpsiquis - 4 de Junio 2021

