

LowThreshold

Journal

2020, Vol. 8, Num. 1-2

SOBREDOSI:
10 preguntes
i 10 respostes

Dones al carrer

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

Sumari / Sumario / Contents

SOBREDOSI: 10 PREGUNTES I 10 INTENTS DE RESPOSTA

SOBREDOSIS: 10 PREGUNTAS Y 10 INTENTOS DE RESPUESTA

OVERDOSE: 10 QUESTIONS AND 10 ATTEMPTS TO ANSWER

*Joan Colom Farran, Rafael Clúa-García, Jordi Delás, Sara Riba,
Himalaya Vallejo, Davide Gaetano Iannello, Ana Altabás*

4-20

LA SOLIDARITAT POST COVID-19, INDISPENSABLE

LA SOLIDARIDAD POST COVID-19, INDISPENSABLE

POST-COVID-19 SOLIDARITY, ESSENTIAL

Patricia Pujante

21-26

DONES AL CARRER

MUJERES EN LA CALLE

WOMEN ON THE STREET

*Montse Pérez, Irene Conto Álvarez, Laura Simon Ruiz,
Sergio Sanz Arxer, Esther López, Eva Lerma, Carme Roca,
Rafael Clúa-García*

27-54

EL CONSELL DE REDACCIÓ VOL AGRAIR LA COL·LABORACIÓ
DE MONICA DAS NEVES QUE HA CEDIT QUASI TOTES LES FOTOGRAFIES
QUE IL·LUSTREN AQUEST NÚMERO DE LOW THRESHOLD JOURNAL

*L*ow Threshold Journal (<https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>) és una publicació *online*, impulsada per l'associació Ex Aequo, que té per finalitat difondre iniciatives en el camp de l'atenció a persones en situació socialment deprimides

En col·laboració amb la fotògrafa i psicòloga Monica Das Neves (<https://mdnshots.com/>) i coincidint amb el dia Internacional de la sensibilització sobre la sobredosis -30 d'agost- es presenta *Sobredosi: 10 preguntes i 10 intents de resposta*.

Gran satisfacció i agraïment per a poder publicar les reflexions de totes aquestes persones gran coneixedores del consum de drogues no legals, amb idea d'aportar elements de debat.

Les sales de consum són una bona alternativa a les morts per reaccions agudes al consum. No s'entén perquè no tenen un horari complet, sent un lloc segur de consum, punt de trobada i on contribuir a fabricar relacions de confiança, nous plans de futur, potenciar l'auto-estima i la realització personal.

Sens dubte, sales de consum, arreu, tots els dies i hores de l'any. Però no en hi ha prou.

Amb aquestes imatges, el compromís professional de defugir de judicis previs, propiciar serveis dissenyats per les necessitats de les persones i no per la comoditat o excedents de les institucions, tot i sabent que res és fàcil, que hi ha dies i moments molt complexos i que el consum de drogues i el seu entorn no és ni molt menys un camí de roses. Però res és inamovible i tot ha de ser qüestionable. ✱

Sobredosi: 10 preguntes i 10 intents de resposta

1. Per què només hi ha sales de consum a Catalunya i Euskadi?



Joan Colom Farran

Director del programa PCAVIHV (Prevenió, Control i Atenció al VIH, les ITS i les Hepatitis Viriques). Sub-director general de Drogodependències. Salut/ Agència de Salut Pública de Catalunya

L'aposta creixent i continua de Catalunya per les polítiques de reducció de danys s'inicia ja a mitjans dels anys 90 provocada per les necessitats que anàvem detectant i en part fruit de la nostra convicció tècnico-estratègica, en què conflueix, entre altres, tres elements clau:

- En primer lloc, la determinació del llavors anomenat Òrgan tècnic de Drogodependències, responsable de la direcció del Pla de Drogues i dels professionals de la xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), de posar a les persones usuàries i els seus drets en el centre de les polítiques i evitar que tornés a passar una situa-

ció tan dramàtica com la viscuda amb l'epidèmia de l'heroïna.

- En segon lloc, la creixent constatació, des de la perspectiva de salut pública, de la importància d'aquestes polítiques per a prevenir el contagi entre les persones usuàries de malalties infeccioses tan greus, com ho va ser en el seu dia, la SIDA i ho és també l'Hepatitis.
- En tercer lloc, l'evidència, incipient en aquells moments però tan robusta ara, sobre els seus bons resultats en la millora de la qualitat i les condicions de vida de les persones usuàries i també en la facilitació del seu seguiment i el seu contacte amb els serveis.

Totes aquestes polítiques van tenir tot el suport del màxim nivell del Departament de Salut i del Govern de Catalunya.

Catalunya, es va sumar així als esforços que estaven fent altres països com Regne Unit, Holanda i Suïssa.

Els principals programes d'inici va ser la metadona, els programes d'intercanvi de xeringues, els equips de carrer, i els llavors anomenats centres d'emergència social, ara coneguts com centres de reducció de danys. A principis dels 2000, a Can Tunis, es va instal·lar el que podríem dir que va ser la primera "sala de consum". Era una simple tenda de campanya que van aixecar els mateixos professionals de la unitat mòbil que atenia a les persones usuàries. Es van adonar que després de donar-los el material de consum, havien d'estar pendants d'atendre les sobredosis que es produïen quan la consumien a pocs metres de la unitat i aleshores es va creure que era millor opció acompanyar els consums *in situ*.

Posteriorment, l'any 2003, Creu Roja amb tot el nostre suport, va obrir el primer espai de consum segur integrat en un centre, el SAPS ubicat al barri del Raval.

Darrere d'aquestes polítiques hi ha compromís continuat, lideratge tècnic i polític, evidència contrastada, lluita pels drets (humans) de les persones usuàries i contra la seva estigmatització i un gran esforç a nivell comunitari per part de molts agents. No ha estat un camí fàcil però ha estat ple de grans avenços i aprenentatges. Per exemple, quan es va voler obrir la sala de consum de la Vall d'Hebron, es van organitzar protestes veïnals que tallaven la Ronda de Dalt un dia a la setmana durant tot un any. La determinació tècnica i política, així com dels professionals i de totes les administracions, a més de les contínues converses amb les associacions veïnals van contribuir a canviar la visió i a desmuntar les resistències, i el temps ha demostrat que no només era un recurs necessari sinó també segur (no hi hagut cap incident d'importància) i ara està completament integrat i consolidat.

Un altre exemple és el del barri de La Mina, la sala allà ubicada, una de les que té més activitat de tota Europa, és fruit del consens de la taula comunitària on estan representats tot els agents (administracions, veïns, cossos policials, CAP i altres professionals, etc.) com a resposta al gran problema de drogues que s'havia detectat al barri.

Aquests primers dispositius, van ser en resposta a una realitat que no podíem obviar i que requeria d'una actuació ràpida, eficaç i acceptada per a les persones consumidores. Progressivament hem anat desplegant les sales de consum supervisat fins a les 14 que tenim actualment a tot el territori de Catalunya on anualment es produeixen gairebé 184.000 consums i s'atenen a més de 3.500 persones diferents. Les sales, conjuntament amb centres i altres mesures de reducció de danys (PIX, etc) i la col·laboració de tots els agents comunitaris (XAD, ONGs, farmàcies, administracions, ..) ens han permès frenar l'epidèmia de sobre-dosi i VIH/SIDA.

No tenim cap dubte de l'eficàcia i importància d'aquestes mesures. Les sales de consum són espais segurs i efectius i des de la seva creació no s'hi ha produït, a dins dels recursos, cap mort per sobredosi.

Des d'aquells primers dispositius fins ara, podem dir que a Catalunya les polítiques de reducció de danys estan plenament consolidades i integrades en la planificació en salut i en salut pública en particular. Som conscients també que hi ha força reptes encara per abordar i que la feina no s'ha acabat. Seguirem treballant basant-nos en l'evidència científica, mirant d'aprop a la realitat del nostre territori i de la mà de les entitats que hi treballen i de les persones que usen drogues. ✱

2. Pot haver-hi sales de consum en presons?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa-García

Doctor en Antropologia social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Les sales de consum higiènic (SCH) difícilment tindrien èxit a la presó. Personal de seguretat, equips de tractaments, fins i tot els serveis mèdics han donat l'esquena als programes de reducció de danys sota el pretext de la rehabilitació de les persones preses i la seguretat en aquest mitjà. Però davant l'assot de la sida i les morts per sobredosi va ser necessari donar solucions, encara que de forma tardana i irregular.

Actualment, els programes de substitució d'opioïdes existeixen pràcticament en totes les presons de l'Estat espanyol. Els programes d'intercanvi de xeringues (PIX) no han tingut amb la mateixa sort. Diversos estudis demostren que redueixen la incidència de malalties infecto-contagioses i les morts per sobredosi. No obstant això, la vigilància i l'abstinència com a model de rehabilitació dificulten l'accés als PIX. Aquest fet ens fa pensar la poca probabilitat que les SCH funcionin de forma reeixida en presons.

Una alternativa són els programes de prescripció d'heroïna (PPH), que consisteixen en la distribució controlada i la supervisió de l'ús d'aquest fàrmac per personal sanitari especialitzat. Els PPH es duen a terme a Suïssa i Països Baixos en l'entorn comunitari, i de forma experimental en altres països d'Europa i Canadà, reportant beneficis a la salut, socials i legals als seus beneficiaris. De moment, només es disposa d'un PPH intrapenitenciari a Suïssa, sent necessària una major extensió d'aquests programes per reduir les sobredosis i donar una atenció d'excel·lència a les persones que fan servir opioïdes dins de la presó. ✱

3. Han de tancar les sales a les 21 hores?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Jordi Delàs
Doctor en medicina

Les sales de consum són una bona alternativa a les morts per reaccions agudes al consum. No s'entén perquè no tenen un horari complet, sent un lloc segur de consum, punt de trobada i on contribuir a fabricar la relació de confiança, nous plans de futur, auto-estima i realització personal.

Sens dubte, sales de consum, arreu, tots els dies i hores de l'any. ✱

4. Pot haver-hi distribució d'heroïna a les sales



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa-García
Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Metadona, buprenorfina, morfina d'alliberament lent... són fàrmacs per al tractament de substitució de l'ús d'opioides. Tots s'administren per via oral. Tots han demostrat ser efectius per disminuir el consum injectat i d'heroïna. Però què fer amb els usuaris

que no han desritualitzat el consum per via parenteral? S'han promocionat els programes d'intercanvi de xeringues, s'han posat en marxa sales de consum, tallers de prevenció de sobredosi i distribució de naloxona ... Però, per què no distribuïm heroïna per al seu ús per via parenteral i / o pulmonar? Suïssa i els Països Baixos van donar el salt fa més de vint anys integrant els programes de prescripció d'heroïna (PPH) en la seva cartera sanitària, i diversos països europeus i el Canadà també s'han sumat a la proposta amb assaigs clínics i programes experimentals. Amb això, els usuaris han trencat llaços amb les xarxes criminals, han millorat en salut, han recuperat vincles familiars i d'amistat i han ocupat el temps lliure amb activitats recreatives. No obstant, les agències del medicament i els responsables de salut pública continuen fent oïdes sordes a les necessitats dels usuaris d'opioides. No per això deixem de reivindicar que cal apostar pels programes de prescripció d'heroïna. Els centres sociosanitaris amb sala de consum poden ser llocs idonis per al seu desenvolupament. Disposen de professionals per a la supervisió de l'ús d'opioides, atenció social i altres serveis per a la promoció de la salut. ✱

5. Els pisos de consum? Rivals de les sales o dispositius complementaris



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Sara Riba
Infermera

Educació, supervisió i guia són tasques habituals dels equips que atenen persones usuàries de drogues en actiu en els centres d'atenció i, molt especialment, a les sales de consum supervisat. Però hi ha zones on no arriben els equips sanitaris, zones restringides on hi ha venda, distribució i consum de substàncies il·legals. Col·laborar amb persones distribuïdores, que treballen en pisos de venda i consum, pot atenuar els riscos

del consum i el contagi de malalties infeccioses (VIH, VHC, entre d'altres). D'acord en la metodologia de la reducció de danys, es facilita a demanda material estèril i kits de naloxona que es lliuren prèvia formació en identificació de reaccions negatives en el consum de substàncies i utilització correcta de la naloxona. Però perquè prefereixen consumir a pisos de venda que a les sales? Potser per la rapidesa en la compra i el consum? L'espai és més agradable per al consum?

Les futures col·laboracions amb el personal dels pisos tant en el lliurament i recollida de material estèril passen per formar persones per atendre sobredosi per opiacis, amb l'objectiu de reduir les reaccions agudes desfavorables derivades del consum. *

6. Es pot acceptar el consum de metadona injectada en una sala supervisada?

Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>



Himalaya Vallejo

Infermera i màster en drogodependències

Es pot i s'ha d'acceptar l'ús, perquè, com ja sabem, són espais per al consum de substàncies de manera higiènica i segura sota supervisió sanitària. Una de les particularitats específiques d'aquesta substància és que implica l'ús de xeringues de major calibre (10ml-20ml) i en conseqüència hi ha més dificultat en la tècnica d'injecció. Facilitant un espai per al consum supervisat es poden evitar problemàtiques com abscessos o recórrer a grans accessos venosos (vena jugular o femoral).

S'ha de tenir en compte el treball coordinat amb els serveis de dispensació de metadona per poder mantenir la dissolució original de farmàcia sense afegir aigua o suc. Així podrem evitar la injecció d'additius i un major volum.

Altres aspectes importants són incloure la metadona en els tallers de formació de prevenció i atenció a so-

bredosi, fer educació sanitària i informar que la metadona és una substància elaborada en laboratoris preparada per a l'ús per via oral, sense contaminants i amb efectes potencialment més perillosos perquè l'usuari està acostumat a substàncies d'escassa puresa.

Per aquestes diferents raons és important que la persona consumidora de metadona per via injectada faci ús de les sales de consum supervisat, oferint-li informació i educació sanitària que d'altra manera no rebria, ja que des dels programes de dispensació de metadona l'objectiu és l'administració per via oral. *

7. En la reacció aguda al consum, hi ha arguments vinculats a les pròpies substàncies?



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

Davide Gaetano Iannello

Sociòleg

Estem segurs que l'heroïna que circula té un potencial de puresa més alt que en la dècada 2000-2010 i 2010-2020. *

8. Com influeixen els aspectes socioeconòmics?

Davide Gaetano Iannello

Sociòleg

El que fa a la política de salut nacional i / o comunitària sobre reaccions agudes al consum hi ha factors soci-econòmics i històrics que fan possible les diferències entre comunitats. És com comparar el boom post crisi dels anys 30 a Amèrica del Nord. A la Costa Est on havien negocis, economia i desenvolupament

havia heroïna, a canvi a la Costa Oest i Sud era difícil de trobar. Allí havia pobresa i la gent vivia del camp que de les indústries

Aquí crec que passar el mateix, pugen les dependències en societats desenvolupades més que en altres part. És com si es necessités omplir buits personals en una societat individualitzada i consumista. ✱

9. Per què es punxen al carrer?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa- García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

El carrer, els habitatges privats i els pisos de venda de drogues són els espais naturals del consum d'opioides. Generalment, se situen en barris empobrits on els usuaris pateixen diferents tipus de violència i danys socials i a la salut. No obstant això, els usuaris porten a terme diferents estratègies d'autoatenció per reduir danys i obtenir plaers com alleujament a el sofriment diari. Adquireixen drogues i consumeixen sols o en companyia en llocs ocults on no ser recriminats i estigmatitzats. Encara que en algunes ciutats disposen de sales de consum higiènic (SCH) per consumir de forma segura, l'accés a elles no succeeix de forma immediata. A les sales van persones amb greus problemes socials i de salut, sent difícil el seu ús per persones que no han problematitzat el consum de drogues. A més, els usuaris habituals troben barreres d'accés a les SCH, com la intervenció policial a les proximitats d'aquests dispositius, la baixa cobertura horària, els torns d'espera per no disposar de places de consum suficients, la poca disponibilitat d'espais per al consum per via pulmonar, la rigidesa en les normes d'ús i les interaccions negatives

amb els professionals i altres usuaris. En conseqüència, cal una major cobertura i diversificació de programes de prevenció de sobredosi, millorar l'accés a les SCH, sent necessari flexibilitzar les normes d'ús, donar una cobertura de 24 hores, disposar d'espais atractius i adaptats a les necessitats dels usuaris i un treball policial no criminalitzador. ✱

10. Pot haver-hi 0 morts per reaccions agudes al consum?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Ana Altabás

Àmbit Prevenció, psicòloga

SOBREDOSIS 0

Quan parlem de desitjar un món sense morts per sobredosi al igual que un món sense accidents, hem d'excloure totes aquelles que tenen una intencionalitat i un caràcter voluntari.

Llavors s'ha de parlar de les sobredosis accidentals, les d'efectes no desitjats. Aquí ens centrem en la paraula accident, "Succés imprevist que altera la marxa normal o prevista de les coses, especialment el que causa danys a una persona o cosa". Per evitar aquests successos imprevistos, analitzem les causes, els processos, per poder preveure tots els riscos i eliminar-los, -conèix el que consumeixes, consumeix acompanyat.. i per últim tingues sempre a mà una dosi de naloxona-.

Amb tot i això, reduïrem els accidents, però sempre apareixerà l'imprevist.

I mai controlarem els imprevistos mentre no controlem el mercat de la droga, és a dir mentre aquesta sigui il·legal (i amb tot i amb això tampoc, però seria una mica més fàcil). ✱

*L*ow Threshold Journal <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> es una publicación on line, impulsada por la asociación Ex AEquo, que tiene por finalidad difundir iniciativas en el campo de la atención a personas en situación socialmente deprimidas

En colaboración con la fotógrafa y psicóloga Monica Das Neves <https://mdnshots.com/> y coincidiendo con el día Internacional de la sensibilización sobre la sobredosis -30 de agosto- se presenta Sobredosis: 10 preguntas y 10 intentos de respuesta.

Las salas de consumo son una buena alternativa a las muertes por reacciones agudas al consumo. No se entiende porque no tienen un horario completo, siendo un lugar seguro de consumo, punto de encuentro y donde contribuir a fabricar relaciones de confianza, nuevos planes de futuro, potenciar la auto-estima y la realización personal.

Sin duda, salas de consumo, en todas partes, todos los días y horas del año.

Pero no es suficiente.

Con estas imágenes, el compromiso profesional de rehuir juicios previos, propiciar servicios diseñados para las necesidades de las personas y no por la comodidad o excedentes de las instituciones, aún sabiendo que nada es fácil, que hay días y momentos muy complejas y que el consumo de drogas y su entorno no es ni mucho menos un camino de rosas. Pero nada es inamovible y todo debe ser cuestionable. *

Sobredosis: 10 preguntas y 10 intentos de respuesta

1. ¿Por qué sólo hay salas de consumo en Cataluña y Euskadi?

Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>



Joan Colom Farran

Director del programa PCAVIHV. Subdirector General de Drogodependències. Salut/Agència de Salut Pública de Catalunya

La apuesta creciente y continúa de Cataluña por las políticas de reducción de daños se inicia ya a mediados de los años 90 provocada por las necesidades que íbamos detectando y en parte fruto de nuestra convicción técnico-estratégica, en el que confluía, entre otros, tres elementos clave:

- En primer lugar, la determinación del entonces llamado Órgano técnico de Drogodependencias, responsable de la dirección del Plan de Drogas y de los profesionales de la RAD, de poner a las personas usuarias y sus derechos en el centro de las políticas y evitar que volviera a pasar una situación tan dramática como la vivida con la epidemia de la heroína.
- En segundo lugar, la creciente constatación, desde la perspectiva de salud pública, de la

importancia de estas políticas para prevenir el contagio entre las personas usuarias de enfermedades infecciosas tan graves, como lo fue en su día, el SIDA y lo es también la Hepatitis.

- En tercer lugar, la evidencia, incipiente en aquellos momentos pero tan robusta ahora, sobre sus buenos resultados en la mejora de la calidad y las condiciones de vida de las personas usuarias y también en la facilitación de su seguimiento y su contacto con los servicios.

Todas estas políticas tuvieron todo el apoyo del máximo nivel del Departamento de Salud y del Gobierno de Cataluña.

Cataluña, se sumó así a los esfuerzos que estaban haciendo otros países como Reino Unido, Holanda y Suiza.

Los principales programas de inicio fueron la metadona, los programas de intercambio de jeringas, los equipos de calle y los entonces llamados centros de emergencia social, ahora conocidos como centros de reducción de daños. A principios de los 2000, en Can Tunis, se instaló lo que podríamos decir primera “sala de consumo”. Era una simple tienda de campaña que levantaron los mismos profesionales de la unidad móvil que atendía a las personas usuarias. Se dieron cuenta que después de darles el material de consumo, tenían que estar pendientes de atender las sobredosis que se producían cuando la consumían a pocos metros de la unidad y entonces se creyó que era mejor opción acompañar los consumos *in situ*

Posteriormente, en 2003, Cruz Roja con todo nuestro apoyo, abrió el primer espacio de consumo seguro integrado en un centro, el SAPS ubicado en el barrio del Raval.

Detrás de estas políticas hay compromiso continuado, liderazgo técnico y político, evidencia contrastada, lucha por los derechos (humanos) de las personas usuarias y contra su estigmatización y un

gran esfuerzo a nivel comunitario por parte de muchos agentes. No ha sido un camino fácil pero ha estado lleno de grandes avances y aprendizajes. Por ejemplo, cuando se quiso abrir la sala de consumo de la Vall d'Hebron, se organizaron protestas vecinales que cortaban la ronda de arriba un día a la semana durante todo un año. La determinación técnica y política, así como de los profesionales y de todas las administraciones, además de las continuas conversaciones con las asociaciones vecinales contribuyeron a cambiar la visión y desmontar las resistencias, y el tiempo ha demostrado que no sólo era un recurso necesario sino también seguro (no ha habido ningún incidente de importancia) y ahora está completamente integrado y consolidado.

Otro ejemplo es el del barrio de La Mina, la sala allí ubicada, una de las que tiene más actividad de toda Europa, es fruto del consenso de la mesa comunitaria donde están representados todos los agentes (administraciones, vecinos, cuerpos policiales, CAP y otros profesionales, etc.) como respuesta al gran problema de drogas que se había detectado en el barrio.

Estos primeros dispositivos, fueron en respuesta a una realidad que no podíamos obviar y que requería de una actuación rápida, eficaz y aceptada para las personas consumidoras. Progresivamente hemos ido desarrollando las salas de consumo supervisado hasta las 14 que tenemos actualmente en todo el territorio de Cataluña donde anualmente se producen casi 184.000 consumos y se atienden a más de 3.500 personas diferentes. Las salas, conjuntamente con centros y otras medidas de reducción de daños (PIX, etc) y la colaboración de todos los agentes comunitarios (red de atención a drogodependencia, ONGs, farmacias, administraciones, ..) nos han permitido frenar la epidemia de sobredosis y VIH/SIDA.

No tenemos ninguna duda de la eficacia e importancia de estas medidas. Las salas de consumo son espacios seguros y efectivos y desde su creación no se ha producido, dentro de los recursos, ninguna muerte por sobredosis.

Desde aquellos primeros dispositivos hasta ahora, podemos decir que en Cataluña las políticas de reducción de daños están plenamente consolidadas e integradas en la planificación en salud y en salud pública en particular. Somos conscientes también de que hay bastantes retos aún por abordar y que el trabajo no ha terminado. Seguiremos trabajando basándonos en la evidencia científica, mirando de cerca a la realidad de nuestro territorio y de la mano de las entidades que trabajan y de las personas que usan drogas. ✨

2. ¿Sería posible una sala de consumo en una prisión?



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa-García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Las salas de consumo higiénico (SCH) difícilmente tendrían éxito en prisión. Personal de seguridad, equipos de tratamientos, incluso los servicios médicos han dado la espalda a los programas de reducción de daños bajo el pretexto de la rehabilitación de las personas presas y la seguridad en este medio. Pero ante el azote del sida y las muertes por sobredosis fue necesario dar soluciones, aunque de forma tardía e irregular.

Actualmente, los programas de sustitución de opioides existen prácticamente en todas las prisiones del Estado español. Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) no han corrido con la misma suerte. Diversos estudios demuestran que reducen la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y las muertes por sobredosis. Sin embargo, la vigilancia y la abstinencia como modelo de rehabilitación dificultan el acceso a los PIJ. Este hecho nos hace pensar la poca probabilidad que las SCH funcionen de forma exitosa en prisiones.

Una alternativa son los programas de prescripción de heroína (PPH), que consisten en la distribución controlada y la supervisión del uso de este fármaco por personal sanitario especializado. Los PPH se llevan a cabo en Suiza y Países Bajos en medio comunitario y de forma experimental en otros países de Europa y Canadá, reportando beneficios a la salud, sociales y legales a sus beneficiarios. Por el momento, sólo se dispone de un PPH intrapenitenciario en Suiza, siendo necesaria una mayor extensión de estos programas para reducir las sobredosis y dar una atención de excelencia a las personas que usan opioides dentro de la prisión. ✨

3. ¿Han de cerrar las salas de consumo a las 21 horas?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Jordi Delás
Doctor en Medicina

Las salas de consumo son una buena alternativa a las muertes por reacciones agudas al consumo. No se entiende porque no tienen un horario completo, siendo un lugar seguro de consumo, punto de encuentro y donde contribuir a fabricar la relación de confianza, nuevos planes de futuro, autoestima y realización personal.

Sin duda, salas de consumo, partes, todos los días y horas del año. ✨

4. ¿Puede haber dispensación de heroína en las salas de consumo?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa-García
Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Metadona, buprenorfina, morfina de liberación lenta... todos ellos son fármacos para el tratamiento de sustitución del uso de opioides. Todos se admi-

nistran por vía oral. Todos han demostrado ser efectivos para disminuir el consumo inyectado y de heroína. Pero ¿Qué hacemos con los usuarios que no han desritualizado el consumo por vía parenteral? Se han promocionado los programas de intercambio de jeringuillas, se han puesto en marcha las salas de consumo, se han realizado talleres de prevención de sobredosis y distribución de naloxona... Pero ¿por qué no distribuimos heroína para su uso por vía parenteral y/o pulmonar? Países como Suiza y Países Bajos dieron el salto hace más de veinte años integrando los programas de prescripción de heroína (PPH) en su cartera sanitaria, y diversos países europeos y Canadá también se han sumado a la propuesta con ensayos clínicos y programas experimentales. Con ello, los usuarios han roto lazos con las redes criminales, han mejorado en salud, han recuperado vínculos familiares y de amistad y han ocupado el tiempo libre con actividades recreativas. Sin embargo, las agencias del medicamento y responsables de salud pública continúan haciendo oídos sordos a las necesidades de los usuarios de opioides. No por ello dejamos de reivindicar que es necesario apostar por los PPH. Los centros socio-sanitarios con sala de consumo pueden ser lugares idóneos para su desarrollo. Estos disponen de profesionales para la supervisión del uso de opioides, atención social y otros servicios para la promoción de la salud. ✨

5. Los pisos de consumo, ¿rivaless de las salas de consumo o dispositivos complementarios?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Sara Riba
Enfermera

Educación, supervisión y guía son tareas habituales de los equipos que atienden a personas usuarias de drogas en activo, muy especialmente, en las salas de consumo supervisado. Pero los equipos sanitarios

no llegan a zonas restringidas donde hay venta, distribución y consumo de sustancias ilegales. Colaborar con personas distribuidoras, que trabajan en pisos de venta y consumo, puede atenuar los riesgos del consumo y el contagio de enfermedades infecciosas (VIH, VHC, entre otros).

De acuerdo con la metodología de la reducción de daños, se facilita a demanda material estéril y kits de naloxona que se entregan previa formación en identificación de reacciones negativas en el consumo de sustancias y utilización correcta de la naloxona.

Pero por qué prefieren consumir en pisos de venta que en las salas de consumo? Por la rapidez en la compra y el consumo? El espacio es más agradable para el consumo?

Las futuras colaboraciones con el personal de los pisos tanto en la entrega y recogida de material estéril pasan por formar personas para atender sobredosis por opiáceos, con el objetivo de reducir las reacciones agudas desfavorables derivadas del consumo. ✱

6. ¿Se puede aceptar la metadona inyectada en las salas de consumo supervisadas?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Himalaya Vallejo
Enfermera y Máster en Drogodependencias

Se puede y se debe aceptar el uso, porque, como ya sabemos, son espacios para el consumo de sustancias de manera higiénica y segura bajo supervisión sanitaria.

Una de las particularidades específicas de la metadona que será inyectada es que implica el uso de jeringas de mayor calibre (10ml-20ml) y en consecuencia hay más dificultad en la técnica de inyección.

Facilitando un espacio para el consumo supervisado se pueden evitar problemáticas como abscesos o recurrir a grandes accesos venosos (vena yugular o femoral).

Hay que tener en cuenta el trabajo coordinado con los servicios de dispensación de metadona para poder mantener la disolución original de farmacia sin añadir agua o zumo. Así podremos evitar la inyección de aditivos y un mayor volumen.

Otros aspectos importantes son incluir la metadona en los talleres de formación de prevención y atención a sobredosis, hacer educación sanitaria e informar que la metadona es una sustancia elaborada en laboratorios preparada para el uso por vía oral, sin contaminantes y con efectos potencialmente más peligrosos para que el usuario está acostumbrado a sustancias de escasa pureza.

Por estas diferentes razones es importante que la persona consumidora de metadona por vía inyectada haga uso de las salas de consumo supervisado, ofreciéndole información y educación sanitaria que de otra manera no recibiría, ya que desde los programas de dispensación de metadona del objetivo es la administración por vía oral. ✱

7. En la reacción aguda al consumo, ¿hay argumentos vinculados a las propias sustancias?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Davide Gaetano Iannello
Doctor en Sociología

Estamos seguros de que la heroína que circula tiene un potencial de pureza más alto que en la década 2000-2010 y 2010-2020. ✱

8. ¿Cómo inuyen los aspectos socioeconómicos?

Davide Gaetano Iannello
Doctor en Sociología

En cuanto a la política de salud nacional y / o comunitaria sobre reacciones agudas al consumo hay factores socio-económicos e históricos que hacen posible las diferencias entre comunidades. Es como comparar el boom post crisis de los años 30 en América del Norte. En la Costa Este, un lugar de negocios, economía y desarrollo, había heroína, en cambio en la Costa Oeste y Sur era difícil encontrar. Había pobreza y la gente vivía del campo más que de las industrias

En nuestro entorno pasa lo mismo, suben las dependencias en las sociedades desarrolladas más que en otras parte. Es como si se necesitara llenar vacíos personales en una sociedad individualizada y consumista. ✱

9. ¿Por qué se pinchan en la calle?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa- García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

La calle, las viviendas privadas y los pisos de venta de drogas son los espacios naturales del consumo de opioides. Generalmente, se sitúan en barrios empobrecidos donde los usuarios sufren diferentes tipos de violencia y daños sociales y a la salud. Sin embargo, los usuarios llevan a cabo diferentes estrategias de autoatención para reducir daños y obtener placeres como alivio al sufrimiento diario. Adquieren drogas y consumen solos o en compañía en lugares ocultos donde no ser recriminados y estigmatizados. Aunque en algunas ciudades disponen de salas de consumo higiénico (SCH) para consumir de forma segura, el acceso a ellas no sucede de forma inmediata. A éstas acuden personas con graves problemas sociales y a la salud, siendo difícil su uso por personas que no han problematizado el consumo de drogas. Además, los usuarios habituales encuentran barreras de acceso a las SCH, tales como la intervención policial en las proximidades de

estos dispositivos, la baja cobertura horaria, los turnos de espera al no disponer de plazas de consumo suficientes, la baja disponibilidad de espacios para el consumo por vía pulmonar, la rigidez en las normas de uso y las interacciones negativas con los profesionales y otros usuarios. En consecuencia, se precisa una mayor cobertura y diversificación de programas de prevención de sobredosis y mejorar el acceso a las SCH, siendo necesario flexibilizar las normas de uso, dar una cobertura de 24 horas, disponer de espacios atractivos y adaptados a las necesidades de los usuarios y un trabajo policial no criminalizador. ✱

10. ¿Puede haber 0 muertes por reacciones agudas al consumo?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Ana Altabás,

Àmbit Prevenció, psicòloga

Cuando hablamos de desear un mundo sin muertes por sobredosis al igual que un mundo sin accidentes, debemos excluir todas aquellas muertes que tienen una intencionalidad y un carácter voluntario.

Hay que hablar, pues, de las sobredosis accidentales, las de efectos no deseados. Aquí nos centramos en la palabra accidente, “Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente en cuanto causa daños a una persona o cosa”. Para evitar estos sucesos imprevistos, analizamos las causas, los procesos, para poder prever todos los riesgos y eliminarlos, - conoce lo que consumes, consume acompañado etc y por último ten siempre a mano una dosis de naloxona -.

Con todo, reduciremos los accidentes, pero siempre aparecerá el imprevisto.

Y nunca controlaremos los imprevistos mientras no controlemos el mercado de la droga, es decir mientras ésta sea ilegal (y aún así tampoco, pero sería un poco más fácil). ✱

*L*ow Threshold Journal <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> is an online publication, promoted by the Ex AEquo association, which aims to disseminate initiatives in the field of care for people in socially depressed situations.

In collaboration with the photographer and psychologist Monica Das Neves <https://mdnshots.com/> and coinciding with the International Day of Awareness on Overdose -August 30-, Overdose: 10 questions and 10 attempts to answer is presented.

Great satisfaction and gratitude to be able to publish the reflections of all these people who know a lot about the use of illegal drugs, with the idea of providing elements of debate. Consumer rooms are a good alternative to deaths from acute drug reactions. It is not understood why they do not have a full schedule, being a safe place to consume, a meeting point and where to contribute to building relationships of trust, new plans for the future, promoting self-esteem and personal achievement.

Without doubt, consumer rooms, everywhere, every day and every hour of the year.

But it is not enough.

With these images, the professional commitment to avoid previous judgments, to promote services designed for the needs of people and not for the comfort or profits of the institutions, even knowing that nothing is easy, that there are very complex days and moments and that drug consumption and its environment is far from being a bed of roses. But nothing is absolute and everything must be questionable. ✨

Overdose: 10 questions and 10 attempts to answer

1. Why are there only drug-consumption rooms in Catalonia and the Basque Country?



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

Joan Colom Farran

Director del programa PCAVIHV. Sub-director general de Drogodependències. Salut/Agència de Salut Pública de Catalunya

Catalonia's growing and continuing commitment to damage reduction policies began in the mid-1990s, caused by the needs we were detecting and partly the result of our technical-strategic conviction, which included, among others, three key elements:

- First, the determination of the then so-called Drug Addiction Technical Body, responsible

for the direction of the Drug Plan and RAD professionals, to put users and their rights at the center of policies and prevent them from returning to going through a situation as dramatic as the one experienced with the heroin epidemic.

- Secondly, the growing awareness, from a public health perspective, of the importance of these policies in preventing infection among people with such serious infectious diseases, as was the case in the past, AIDS and Hepatitis.
- Thirdly, the evidence, incipient at the time but very established now, on its good results in improving the quality and living conditions of users and also in facilitating their monitoring and contact with services.

All these policies had the full support of the highest level of the Department of Health and the Government of Catalonia.

Catalonia thus joined the efforts being made by other countries such as the United Kingdom, the Netherlands and Switzerland.

The main start-up programs were methadone, syringe exchange programs, street equipment, and the so-called social emergency centers, now known as harm reduction centers. In the early 2000s, what we could say was the first "consumption room" was installed in Can Tunis. It was a simple tent set up by the same professionals in the mobile unit that served the users. They realized that after giving them the consumables, they had to pay attention to the overdoses that occurred when they consumed it a few meters from the unit and then it was thought that it was a better option to accompany consumption on site. Later, in 2003, the Red Cross, with all our support, opened the first safe consumption space integrated in a center, the SAPS located in the Raval neighborhood.

Behind these policies are continued commitment, technical and political leadership, proven evidence, the fight for the (human) rights of users and against their stigma and a great effort at the community level by many actors. It has not been an easy path but it has been full of great progress and learning. For example, when they wanted to open the Vall d'Hebron consumption hall, neighborhood protests were organized that cut the round up one day a week for a whole year. The technical and political determination, as well as of the professionals and of all the administrations, in addition to the continuous conversations with the neighborhood associations contributed to change the vision and to dismantle the resistance, and time has demonstrated that not only was it a necessary resource, but also safe (there have been no major incidents) and is now fully integrated and consolidated. Another example is the neighborhood of La Mina, the room located there, one of the most active in Europe, is the result of the consensus of the community table where all agents are represented (administrations, neighbors, police forces, CAP and other professionals, etc.) in response to the major drug problem that had been detected in the neighborhood.

These first devices were in response to a reality that we could not ignore and that required a quick, effective and accepted action for consumers. We have progressively developed the supervised consumption rooms until 2 p.m. that we currently have throughout the territory of Catalonia where almost 184,000 consumptions are produced annually and more than 3,500 different people are served. The rooms, together with centers and other harm reduction measures (PIX, etc.) and the collaboration of all community actors (RAD, NGOs, pharmacies, administrations...) have allowed us to curb the epidemic of overdose and HIV / AIDS.

We have no doubt about the effectiveness and importance of these measures. Consumer rooms are safe and effective spaces and since their creation there has been no overdose death within the resources.

From those first devices until now, we can say that in Catalonia the policies of reduction of damages are fully consolidated and integrated in the planning in health and in public health in particular. We are also aware that there are still many challenges to be addressed and that the work is not over. We will continue to work based on scientific evidence, looking closely at the reality of our territory and at the hands of the organizations that work there and the people who use drugs. ✨

2. Can there be consumer rooms in prisons?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa-García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Hygienic consumption rooms (HCR) would hardly succeed in prison. Security personnel, treatment teams, and even medical services have turned their backs on harm reduction programs under the pretext of rehabilitating inmates and safety in that medium. But in the face of the scourge of AIDS and overdose deaths, it was necessary to provide solutions, albeit late and irregularly.

Currently, opioid substitution programs exist in virtually all prisons in Spain. Syringe exchange (PIX) programs have not had the same fate. Several studies show that they reduce the incidence of infectious diseases and overdose deaths. However, surveillance and abstinence as a rehabilitation model make it difficult to access PIX. This fact makes us think it unlikely that SCHs will function successfully in prisons. An alternative is heroin prescription (PPH) programs, which consist of the controlled distribution and monitoring of the use of this drug by specialized health personnel. PPHs are carried out in Switzerland and the Netherlands in the community setting, and experimentally in other European and Canadian countries, reporting health, social and legal benefits to their beneficiaries. At the moment, only an intra-penitentiary PPH is available in Switzerland, and a greater extension of these programs is needed to reduce overdoses and provide excellent care to people who use opioids in prison. ✨

3. Do they have to close the rooms at 9 pm?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Jord Delás, PhD

Consumption rooms are a good alternative to deaths from acute reactions to consumption. It is not understood because they do not have a full schedule, being a safe place to consume, a meeting point and where to contribute to building the relationship of trust, new plans for the future, self-esteem and personal fulfillment.

Undoubtedly, consumer rooms, everywhere, every day and time of the year. *

4. Can there be heroin dispensation in consumption rooms?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa- García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

Methadone, buprenorphine, slow-release morphine... are all drugs for opioid replacement therapy. All are administered orally. All have been shown

to be effective in reducing injected and heroin use. But what do we do with users who have not deritualized consumption parenterally? Syringe exchange programs have been promoted, consumption rooms have been set up, overdose prevention and naloxone distribution workshops have been held... But why don't we distribute heroin for parenteral and / or pulmonary use? Countries such as Switzerland and the Netherlands made the leap more than twenty years ago by integrating heroin-prescribing programs into their healthcare portfolio, and several European countries and Canada have also joined the proposal with clinical trials and experimental programs. As a result, users have broken ties with criminal networks, improved health, regained family and friendships, and spent free time with recreational activities. However, drug agencies and public health officials continue to turn a deaf ear to the needs of opioid users. That is why we do not stop demanding that it is necessary to commit to heroin prescription programs. Socio-sanitary centers with a consumption room can be ideal places for their development. These have professionals to monitor opioid use, social care and other health promotion services. *

5. Consumer aids, rivals in consumer rooms or complementary devices?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Sara Riba

Nurse

Education, supervision and guidance are common tasks of the teams that care for active drug users, especially in supervised use rooms. But health teams do not reach restricted areas where there is sale, distribution and consumption of illegal substances. Collaborating with distributors, who work in sales and consumption flats, can mitigate the risks of consumption and the

transmission of infectious diseases (HIV, HCV, among others). In accordance with the harm reduction methodology, sterile material and naloxone kits are provided on demand and are delivered with prior training in identifying adverse reactions to substance use and proper use of naloxone.

But why do they prefer to consume in empty flats than in theaters? Maybe because of the speed of purchase and consumption? Is the space more pleasant for consumption?

Future collaborations with the staff of the flats both in the delivery and collection of sterile material include training people to treat opiate overdose, with the aim of reducing the acute adverse reactions arising from consumption. ✱

6. Can injected methadone be accepted in supervised consumption rooms?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Himalaya Vallejo
Nurse and Master in Drug Addiction

Use can and must be accepted, because, as we already know, they are spaces for the consumption of substances in a hygienic and safe way under sanitary supervision.

One of the specific features of the methadone that will be injected is that it involves the use of larger caliber syringes (10ml-20ml) and consequently there is more difficulty in the injection technique.

By providing a space for supervised consumption, problems such as abscesses or recourse to large venous accesses (jugular or femoral vein) can be avoided.

Coordinated work with methadone dispensing services should be considered in order to maintain the original pharmacy solution without adding water or juice. This way we can avoid the injection of additives and a

larger volume.

Other important aspects are to include methadone in overdose prevention and care training workshops, to do health education and to report that methadone is a laboratory-made substance prepared for oral use, without contaminants and with potentially more effects, dangerous because the user is accustomed to substances of low purity.

For these different reasons it is important that the person consuming injected methadone makes use of the supervised consumption rooms, offering them information and health education that they would not otherwise receive, since from the methadone dispensing programs the goal is oral administration. ✱

7. In the acute reaction to consumption, are there arguments linked to the substances themselves?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Davide Gaetano Iannello
Sociologist

We are confident that circulating heroin has a higher purity potential than in the 2000-2010 and 2010-2020 decades. ✱

8. How do socioeconomic aspects influence?

Davide Gaetano Iannello
Sociologist

With regard to national and / or Community health policy on acute reactions to consumption, there are socio-economic and historical factors

that make possible the differences between communities. It is like comparing the post-crisis boom of the 1930s in North America. On the East Coast, a place of business, economy and development, there was heroin, whereas on the West and South Coast it was hard to find. There was poverty and people lived in the countryside rather than in industrial zones.

The same thing happens in our environment, dependencies are rising in developed societies more than elsewhere. It is as if one needs to fill personal gaps in an individualized and consumerist society. ✱

9. Why do they consume on the street?



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Rafael Clúa- García

Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)

The street, private homes and drug-selling flats are natural spaces for opioid consumption. These scenarios are generally located in impoverished neighborhoods where users suffer different types of violence and social and health damages. However, users have different self-care strategies to reduce harm and obtain pleasures as relief from daily suffering. They acquire drugs and consume alone or in company in hidden places where they will not be recriminated and stigmatized. Although in some cities they have hygienic consumption rooms (HCR) to consume safely, access to them does not happen immediately. They are attended by people with serious social and health problems, being difficult to use by people who have not problematized drug use. In addition, regular users encounter access barriers to HCRs, such as police intervention in the vicinity of these de-

vices, low hourly coverage, waiting shifts due to not having enough consumption places, low availability of spaces for consumption by pulmonary route, the rigidity in the rules of use and negative interactions with professionals and other users. Consequently, greater coverage and diversification of overdose prevention programs is needed, and access to HCRs must be improved, with the need to make the rules of use more flexible, provide 24-hour coverage, have attractive spaces adapted to the needs of users and non-criminalizing police work. ✱

10. Overdose 0



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Ana Altabàs

Psychologist. Àmbit Prevenció

When we talk of wanting a world without overdose deaths as well as a world without traffic accidents, we must exclude all those deaths that have intentionality and a voluntary character.

We must talk, then, of accidental overdoses, those of unwanted effects. Here we focus on the word accident, “An unforeseen event that alters the normal or planned course of things, especially as it causes damage to a person or thing.” To avoid these unforeseen events, we analyze the causes, the processes, to be able to foresee all the risks and eliminate them, -know what you consume, consume accompanied, etc. and finally always have a dose of naloxone at hand -.

All in all, we will reduce accidents, but the unforeseen will always appear.

And we will never control the unforeseen as long as we do not control the drug market, that is, as long as it is illegal (and still not, but it would be a little easier). ✱

La solidaritat post COVID-19, indispensable

Patricia Pujante, *periodista*



Monica Das Neves, <https://midshots.com/>

La crisi el COVID-19 ha canviat les nostres rutines i la manera que teníem de relacionar-nos amb el nostre entorn, però també ha canviat el món. Es tracta d'una pandèmia que ha suposat un gran repte a nivell mundial. Sobreposar-se i sortir-nos-en requereix cooperació i solidaritat.

Vivim en un món capitalista que, fins que va “explotar” la pandèmia, es regia per la competitivitat i els grans mercats financers, on guanyava el més fort. Però el fet que el virus s'hagi propagat mundialment, a gran velocitat, ha fet que ens replantegem molts valors, a nivell mundial i local, pel bé comú.

Solidaritat durant el confinament i necessitat de readaptar-se

La pandèmia del COVID-19 ens ha obligat a confinar-nos a casa, per la nostra salut i la dels altres i, un cop més, per solidaritat.

Tots els països estan vivint una onada de solidaritat ciutadana sense precedents. Des de l'inici d'aquesta crisi hem vist als mitjans de comunicació com científics d'arreu del món s'han bolcat en la

investigació d'una vacuna contra la malaltia, coo- perant entre ells.

Hem vist també com moltes companyies han rein- ventat els seus negocis per sobreviure i per aportar el seu gra de sorra. Empreses de cosmètica i perfumeria han substituït la seva producció per fabricar gels hidro- alcohòlics higienitzants, d'altres del sector tèxtil s'han dedicat a produir uniformes sanitaris a corre-cuita i, per suposat, mascaretes. I és que les mascaretes me- reixen una menció especial. El fet que siguin tan escas- ses ha fet que moltíssimes persones, professionals o no del sector tèxtil, s'hagin bolcat en la seva producció de manera altruista.

Però també hem sigut partícips d'iniciatives soli- dàries que han volgut elogiar aquells que veritablement estan lluitant contra aquesta crisi, i jugant-se la seva prò- pia salut: els metges, infermeres, caixeres de supermer- cats, auxiliars, servei de neteja, cuidadors de persones grans a geriàtrics, i molts d'altres oficis i col·lectius que s'han deixat la pell durant la pandèmia. Des dels aplau- diments al personal sanitari cada dia a les 20h a serveis de repartiment de menjar gratuït a hospitals, iniciativa denominada *Delivery4heroes* a la que es van sumar molts restaurants, o també cartes escrites per ciutadans que metges i infermeres entregaven a malalts de coronavi- rus per fer-los l'estança a l'hospital més suportable.

A petita escala, els veïns s'han organitzat per ajudar a fer la compra a persones grans o col·lectius de risc, han organitzat festes i iniciatives als balcons per dis- treure a nens i grans... El món s'ha bolcat en aquesta crisi i, durant el confinament, hem vist la millor vessant de l'ésser humà. De la mateixa manera que un badall es contagia, la solidaritat s'ha anat contagiant d'una perso- na a una altra, volent aportar el nostre granet de sorra en petites iniciatives.

Augmentarà l'exclusió social i la pobresa després del COVID-19?

No obstant això, el COVID-19 ha paralytitzat el món, confinant-nos a casa. I això ha compor- tat també una paralytització de l'economia global. Els qui tenim sort hem pogut seguir treballant telemàticament i gairebé no ens ha afectat però no hem d'oblidar que mi- lions de persones han perdut la seva feina, o es troben en situació d'ERTO (Expedient de Regulació d'Ocu- pació Temporal). Oxfam i l'Organització Internacional del Treball (OIT) estimen que s'han destruït al voltant

d'uns 25 milions de llocs de feina arreu del món, segons l'informe "*Triem dignitat, no indigència*", dut a terme per l'ONG i investigadors del Kings College London i la Universitat Nacional d'Austràlia.

Aquesta realitat farà que, forçosament, el coronavi- rus tingui conseqüències en la pobresa i l'exclusió so- cial. El mateix estudi d'Oxfam afirma que la pandèmia podria arrossegar a 500 milions de persones més a la pobresa, si no es prenen mesures urgents, i sumir dins la pobresa entre el 6% i el 8% de la població mundial, cosa que suposaria un retard en la lluita contra la po- breza de 10 anys, i de fins a 30 anys en regions com Àfrica i Orient Pròxim.

Tenint en compte les dades anteriors, es fa palès que els governs han de cooperar ara més que mai i es- tar preparats per poder afrontar una crisi econòmica i social d'aquesta magnitud, amb la fi de garantir drets socials, evitant, en la mesura del possible, un rebrot de la pobresa i l'exclusió social, a nivell local i mundial.

Què hem après de tot això?

De la crisi del COVID-19 hem après la necessi- tat de solidaritat i cooperació. Hem après que de les nostres petites accions depèn la salut de les nos- tres famílies, però també la de les famílies dels demés. Hem après que, prenent les mesures adequades, podem ajudar a no propagar el virus que ha matat a més de 300.000 persones arreu del món.

Serà més fàcil vèncer la pandèmia si tots ens mos- trem solidaris amb aquells que ens envolten i amb el món, si ajudem a aquells que més ho necessiten però, sobretot, haurem après alguna cosa si podem cultivar aquests valors de solidaritat, fraternitat i cooperació que, quan els temps són favorables, tendim a oblidar. ✱

La solidaridad post COVID-19, indispensable

Patricia Pujante, *periodista*



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

La crisis del COVID-19 ha cambiado nuestras rutinas y la manera que teníamos de relacionarnos con nuestro entorno, pero también ha cambiado el mundo. Se trata de una pandemia que ha supuesto un gran desafío a nivel mundial. Sobreponerse y salir de esto requiere cooperación y solidaridad.

Vivimos en un mundo capitalista que, hasta que “explotó” la pandemia, se regía por la competitividad y los grandes mercados financieros, donde ganaba el más fuerte. Sin embargo, el hecho de que el coronavirus se haya propagado mundialmente, a tal velocidad,

ha hecho que nos replanteemos muchos valores, a nivel mundial y local, por el bien común.

Solidaridad durante el confinamiento y necesidad de readaptarse

La pandemia del COVID-19 nos ha obligado a confinarnos en nuestros hogares, por nuestra salud y la de los demás y, una vez más, por solidaridad.

Todos los países están viviendo una oleada de solidaridad ciudadana sin precedentes. Desde el inicio de esta crisis hemos visto en los medios de comunicación cómo científicos de todo el mundo se han volcado en la investigación de una vacuna contra la enfermedad, cooperando entre ellos.

Hemos visto también cómo muchas compañías han reinventado sus negocios para sobrevivir y para aportar su granito de arena. Empresas de cosmética y perfumería han sustituido su producción para fabricar geles hidroalcohólicos higienizantes, otras del sector textil se han dedicado a producir uniformes sanitarios a toda prisa y, por supuesto, mascarillas. Y es que las mascarillas merecen una mención especial. Su escasez ha hecho que muchísimas personas, profesionales o no del sector textil, se hayan volcado en su producción de manera altruista.

Pero también hemos sido partícipes de iniciativas solidarias que han querido elogiar a aquellos que verdaderamente están luchando contra esta crisis, y jugándose su propia salud: los médicos, enfermeras, cajeras de supermercados, auxiliares, servicio de limpieza, cuidadores de personas mayores en geriátricos, y muchos otros oficios y colectivos que se han dejado la piel durante la pandemia. Desde los aplausos al personal sanitario cada día a las 20h a servicios de reparto de comida gratuita a hospitales, iniciativa llamada *Delivery4heroes* a la que se sumaron muchos restaurantes, o a cartas escritas por ciudadanos que médicos y enfermeras entregaban a enfermos de coronavirus, para hacerles la estancia en el hospital más llevadera.

A pequeña escala, los vecinos se han organizado para ayudar a hacer la compra a personas mayores o colectivos de riesgo, han montado fiestas e iniciativas en los balcones para distraer a niños y mayores... El mundo se ha volcado en esta crisis y, durante el confinamiento, hemos visto la mejor faceta del ser humano. Así como un bostezo se contagia, la solidaridad se ha ido contagiando de uno a otro, queriendo aportar nuestro granito de arena en pequeñas iniciativas.

¿Aumentará la exclusión social y la pobreza tras el COVID-19?

No obstante, el COVID-19 ha paralizado el mundo, confinándonos en nuestros hogares. Y ello ha conllevado una paralización de la economía global. A los afortunados que hemos podido seguir trabajando

telemáticamente apenas nos ha afectado pero no hay que olvidar que millones de personas han perdido su trabajo, o se encuentran en situación de ERTE (Expediente de Regulación de Empleo Temporal). Oxfam y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estiman que se han destruido alrededor de unos 25 millones de empleos en todo el mundo, según el informe “Elijamos dignidad, no indigencia”, llevado a cabo por la ONG e investigadores del Kings College London y la Universidad Nacional de Australia.

Esta realidad hará que, forzosamente, el coronavirus tenga consecuencias en la pobreza y en la exclusión social. El mismo estudio de Oxfam afirma que la pandemia podría arrastrar a 500 millones de personas más a la pobreza, si no se toman medidas urgentes, y sumir en la pobreza entre el 6% y el 8% de la población mundial, lo que supondría un retraso en la lucha contra la pobreza de 10 años, y de hasta 30 años en regiones como África y Próximo Oriente.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, se hace evidente que los gobiernos deben cooperar ahora más que nunca y estar preparados para poder dar afrontar una crisis económica y social de tal envergadura, con el fin de garantizar derechos sociales, evitando, en la medida de lo posible, un repunte de la pobreza y la exclusión social, a nivel local y mundial.

¿Qué hemos aprendido de todo esto?

De la crisis del COVID-19 hemos aprendido la necesidad de solidaridad y cooperación. Hemos aprendido que de nuestras pequeñas acciones depende la salud de nuestras familias, pero también la de las familias de otros. Hemos aprendido que, tomando las medidas adecuadas, podemos ayudar a no propagar el virus que ha matado a más de 300.000 personas en todo el mundo.

Será más fácil vencer la pandemia si todos nos mostramos solidarios con los que nos rodean y con el mundo, si ayudamos a aquellos que más lo necesitan pero, sobre todo, habremos aprendido algo si podemos cultivar estos valores de solidaridad, fraternidad y cooperación que, cuando los tiempos son favorables, tendemos a olvidar. ✨

Post-COVID-19 solidarity, essential

Patricia Pujante, *journalist*



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

The COVID-19 crisis has changed our routines and the way we have to relate to our environment, but it has also changed the world. The pandemic has been a major worldwide challenge. Overcoming and getting out of this requires cooperation and solidarity.

We live in a capitalist world that, until the pandemic “explosion”, was governed by competitiveness and big financial markets, where the strongest won. However, the fact that the coronavirus has spread around the world at such a speed has made us rethink values, globally and locally, for the common good.

Solidarity during confinement and necessity to readapt/ readjust/reinvent

The COVID-19 pandemic has forced us to confine ourselves in our homes, for ours and others’ health, but once again, for solidarity.

All countries are experiencing an unprecedented wave of citizen solidarity. Since the beginning of the crisis, we have seen in the media how scientists from all over the world have turned to

research a vaccine against the disease, cooperating with each other.

We have also seen how companies have reinvented their businesses to survive and do their bit. Cosmetics companies have replaced their production to manufacture sanitizing hydro alcoholic gels, others in the textile sector have been producing sanitary uniforms in a hurry and, of course, masks. And masks deserve a special mention. Their scarcity meant that a lot of people, professionals or not in the textile sector, have turned to produce them in an altruistic way.

But we have also been part of solidarity initiatives that wanted to praise those who are fighting this crisis, but also risking their health: doctors, nurses, supermarket cashiers, assistants, cleaning services, carers of elderly people in care homes, and many other groups that have risked their lives during the pandemic. From the applause for health workers at 8pm, to free food delivery for hospital workers, an initiative called *Delivery4heroes* in which many restaurants joined, or through letters written by citizens that doctors and nurses delivered to patients with coronavirus, to make their hospital stay more bearable.

Or, on the small scale, neighbours that have organized to help with the shopping for the elderly, or at-risk groups, they've also organised parties and initiatives on the balconies to distract children and the elderly... The world has turned in this crisis and, during lockdown, we have seen the best face of the human being. As a yawn spreads, solidarity has spread from one to another, wanting to contribute by doing our bit in small initiatives.

Will social exclusion and poverty increase after COVID-19?

However, COVID-19 has paralyzed the world, confining us to our homes. And this has led to a paralysis of the global economy. For the lucky ones that have been able to continue working remotely, the

crisis has hardly affected us, but we must not forget that millions of people have lost their jobs, or are in a situation of ERTE (Temporary Employment Regulation File). Oxfam and the International Labor Organisation (ILO) estimate that around 25 million jobs have been lost worldwide, according to the report/research programme *"Dignity not destitution"*, carried out by the NGO and researchers from King's College London and the Australian National University.

This reality will, inevitably, mean that coronavirus has consequences on poverty and social exclusion. The same Oxfam study states that the pandemic could drag 500 million more people into poverty, if urgent measures are not taken. 6% to 8% of the world's population could be plunged into poverty, which would mean a delay in the fight against poverty of 10 years, and up to 30 years in regions such as Africa and the Middle East.

Taking into account the previous data, it becomes evident that governments must cooperate now more than ever and be prepared to face a major economic and social crisis, in order to guarantee social rights, avoiding, as far as possible, a rebound in poverty and social exclusion, locally and globally.

What have we learned from all this?

From the COVID-19 crisis we have learned the need for solidarity and cooperation. We have learned that the health of our families and others' families depends on our small actions. We have learned that taking the right measures can help not spread the virus that has killed more than 300,000 people around the world/worldwide.

It will be easier to overcome the pandemic if we all show solidarity with those around us and with the world, if we help those who need it most but, above all, we will have learned something if we can cultivate these values of solidarity, fraternity and cooperation that, when times are favourable, we tend to forget. ✨

Dones al carrer



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

No hi hauria d'haver ningú vivint el carrer

En aquesta ocasió, a Low Threshold Journal, ens concentrem en les dones que es veuen obligades a viure al carrer, amb imatges i comentaris de diverses persones que ho pateixen i altres que treballen perquè aquesta brutal limitació desaparegui.

Comptem amb magnífiques fotografies de Monica Das Neves (<https://mdnshots.com>). Capta, amb magnífica sensibilitat, la realitat de les dones que viuen al carrer. ✱

Una mica de sal als llavis

Montse Pérez. *Dermatóloga*

Quan parlem de persones sense llar ve a la nostra ment la imatge d'una persona asseguda al carrer, a la porta d'un caixer, amb les seves pertinences en diversos paquets pròxims, amb descurada higiene ... La situació de carrer és sens dubte el pitjor estadi de l'sensellarisme, hauríem de conèixer altres molts previs on la persona va entrant en fases d'exclusió cada vegada més severa. El que és inequívoc és que mai vam pensar en una dona, la qual moltes vegades, a més de patir violència a casa, rep la violència al carrer. ✱

POBRESA (autora desconeguda)

*Respiració entretallada.
Un petit tros de terra apaïsat per anar a dormir.
Una esclatxa per mirar el mar.
Pa i aigua impuntuals .
Licors barats.
Una mica de sal als llavis.
La riquesa me l'han donat el silenci i les paraules.*



Agressions, violència, por, molta por

Irene Couto Álvarez, Laura Simon Ruiz, Sergio Sanz Arxer. *Educadores de carrer*

El nombre de dones que dormen als carrers de Barcelona comporta al voltant d'un 13% de l'total de persones sense llar (dada obtinguda de l'web de l'Ajuntament de Barcelona). La superioritat numèrica d'homes fa que molts dels serveis per atendre persones en situació de carrer s'enfoquin més des d'una mirada masculina. No obstant això, cal dir que en els últims mesos s'han construït diversos recursos amb mirada femenina a la mateixa ciutat. Però no n'hi ha prou.

Moltes dones pateixen situacions de violència, abús, i infrahabitatge abans de veure dormint al carrer. Aquestes persones són autèntiques guerreres que ho

han suportat tot abans d'arribar a la inseguretat de dormir al carrer. I és que passar les nits al carrer pot ser perillós per a tothom però per a les dones no hi ha un "pot", ho és.

Hi ha múltiples problemàtiques que envolten a una dona per quedar-se sense un sostre segur, moltes vivències i massa lluites per intentar evitar-ho. Això fa que quan arriba aquest moment, el nivell emocional, de força i d'autoestima és el més baix que ens podem imaginar.

No queden ganes, força, motivació, per tornar a intentar-ho. I és que a aquest sentiment li influeix, i molt, l'estigma social. Ens han inculcat des de temps immemorials que la dona no pot rendir-se, que ha de lluitar per les persones que té al seu voltant (fills, pares, parelles), i a costa de tot, fins i tot d'ella mateixa. Que la dona és feble però no pot rendir-se, no pot abandonar, no pot fer moltes coses però, alhora, se li exigeixen moltes més. I tot per sobre de la seva voluntat.



Aquest pensament ha calat profundament en totes les persones. Aquest concepte és conegut acadèmicament com “doble condemna” o “doble estigmatització”. Es tracta que, unit al fracàs personal per a qual-sevol de caure en una situació de carrer, se suma a la dona, el no haver pogut complir el paper que la societat patriarcal les ha donat, resultant una doble condemna o estigma. Moltes dones en situacions tan complicades com les que estem tractant en aquests textos, senten que no han estat “bones dones”, que “han fallat”.

“Jo ja no sóc dona ni res, sóc escòria, t’has fixat en com em miren les persones que passen per aquí? Si ets un home encara pots tornar la mirada, però jo tinc por, es que poden amb mi, amb només una mirada “. Testimoni real d’una dona en situació de carrer.

A aquest estigma social s’uneix tots els perills que trobes en les nits de la ciutat: agressions, violència, por, molta por. No és segur un caixer si no es pot tancar, no és segur dormir sola, no és segur dormir al

costat d’altres persones que no coneixes. Per aquesta por i inseguretat moltes decideixen tenir una parella al costat, només per seguretat.

“Perquè em violin altres prefereixo que em pegui el meu, així em sento més segura”. Testimoni real d’una dona en situació de carrer.

La seguretat i l’amor es confonen en relacions possessives quan es tracta de parelles heterosexuales en tots els aspectes i contextos de la nostra societat patriarcal. Però al carrer arriben a un nivell i estadi superior, més intens i preocupant. El masclisme avança una casella invisible per a la majoria, però molt present per a les dones que viuen amb les seves parelles al carrer, com una mena d’esclavisme a canvi de protecció. Hi ha una doble llosa d’estigmes i creences negatives sobre les seves espatlles, el fet de ser pobre i el fet de ser dona. Tot això comporta doble inseguretat i més por.

No ens podem arribar a imaginar el nivell d’aquests sentiments que, com més s’allarguen en el temps més s’encarnen, s’endureixen i s’arrelen de tal manera que canviar, parlar d’apoderament, etc, sona irrisori.

És molt difícil abordar situacions tan complicades com les descrites. Es necessita una mirada integral i multidisciplinar per a un petit començament, també calen recursos especialitzats i centres integrals.

Els recursos que porten existint durant anys per ajudar a persones en situació de sense llar, ja sigui recursos d’alimentació, habitacional o d’higiene, són imperats i enfocats per i per a homes. En molts casos tampoc són espais segurs per a les dones o amb una mínima mirada femenina.

Això fa que hi hagi dones que no vulguin accedir a aquests recursos, sobretot els serveis enfocats a centre de dia. I menys, si es troben dormint al carrer.

Els recursos habitacionals són pocs i amb places molt limitades però, amb tot això, és una mica millor que el perill de dormir al carrer.

“Tinc por que si vaig al menjador es quedin amb la meua cara i arribin a saber on dormo, a la nit intento no dormir del tot però és impossible, em desperto amb la por al cos”. Testimoni real d’una dona en situació de carrer.

No ens podem arribar a imaginar el nivell d’aquests sentiments que, com més s’allarguen en el temps més s’encarnen, s’endureixen i s’arrelen d’una manera de canviar, parlar d’apoderament, etc., sona irrisori.

És molt difícil abordar situacions tan complicades com les descrites. Es necessita una mirada integral i multidisciplinar per a un petit començament, també calen recursos especialitzats i centres integrals.

Els recursos que porten existint durant anys per

ajudar a persones en situació de sense llar, ja sigui recursos d'alimentació, habitacional o d'higiene, són imperats i enfocats per i per a homes. En molts casos tampoc són espais segurs per a les dones o amb una mínima mirada femenina.

Això fa que hi hagi dones que no vulguin accedir a aquests recursos, sobretot els serveis enfocats a centre de dia. I menys, si es troben dormint al carrer.

Els recursos habitacionals són pocs i amb places molt limitades però, amb tot això, és una mica millor que el perill de dormir al carrer.

“Tinc por que si vaig al menjador es quedin amb la meua cara i arribin a saber on dormo, a la nit intent no dormir de el tot però és impossible, em desperto amb la por al cos”. Testimoni real d'una dona en situació de carrer.

Si dins d'aquestes situacions s'uneix una problemàtica de salut mental, les dones queden totalment desprotegides davant la vulnerabilitat de viure al carrer. Qui té cura, quan hi ha una malaltia de per mig, a qui històricament s'hi ha dipositat el paper de cuidadores?

Les circumstàncies en aquestes situacions fan que l'autocura sigui impossible i que el seguiment mèdic i clínic sigui puntual o inexistent. Un altre factor que es dispara és l'absència de psicofàrmacs, que provoca brots psicòtics molt greus, o al revés, l'excés d'utilització d'aquests que deriven en una addicció molt forta i dependent. Llavors augmenta el risc als seus màxims nivells de vulnerabilitat.

Unit al concepte de la problemàtica de la salut mental entra en joc un altre factor, que pot ser la patologia dual, aquesta es produeix quan la persona afegeix un altre risc com és la drogodependència. Que també pot presentar-se en solitari i ser un factor de risc determinant que pot acabar en una situació social i vital de sense llar.

La situació de les dones entorn la drogodependència és complexa ja que no hi ha estudis específics sobre aquesta realitat. I no parlem de quan són dones consumidores en situació de carrer, que llavors no trobem ni estudis, ni dades contextualitzades i properes a la realitat.

A aquest punt de partida s'uneix una clara predisposició de invisibilitzar la drogodependència a les dones, ja que aquest àmbit ha estat sempre relacionat amb homes i, per tant, els recursos, els processos de desintoxicació ... van enfocats directament als homes, obviant així clarament la figura de la dona consumidora.

A tot això cal afegir que la dona pobra, que viu al carrer i és consumidora, se li determina que el camí

més “senzill” per obtenir la dosi, o els diners per a ella, és la prostitució. És llavors quan s'uneixen tants factors de risc que la vulnerabilitat de aquestes dones s'eleva als nivells més alts. Així com els seus casos i contextos s'elevan a la major complexitat dins el món de la intervenció social. Unit al poc coneixement teòric i pràctic que tenen les institucions públiques i la xarxa de recursos de persones sense llar de la ciutat, fan que les dones que ho pateixen i les professionals que els atenen es trobin en un deriva constant que en molts casos es dirigeix inevitablement a “un carreró sense sortida”.

A més, s'uneix altra circumstància que agreuja més la situació: l'origen de naixement de la dona. Hi ha un greu problema de aporofòbia en aquesta societat: l'estranger amb diners que ve de vacances o a passar la seva jubilació no fa mal, però sí el que ve a guanyar-se la vida i a intentar sobreviure. Aquest fet per a les dones estrangeres residents als carrers d'aquesta ciutat és un risc més, si es poden afegir més riscos. Un estigma més, una por afegida pel fet de ser estrangera i viure en una societat racista i aporofòbica.

En definitiva, es necessiten serveis amb una mirada integral femenina per poder començar a acompanyar aquestes dones en aquestes situacions, equips professionals especialitzats en aquestes matèries, etc. Es necessita també visibilitzar un col·lectiu, el de sense llar, que des de sempre ha estat un dels més invisibles, els grans oblidats. ✱

CAPMESDONAALCARRER

Esther López. *Psicòloga*

Daquí estàs, tirada a terra, al mig del carrer, amb la mirada buida i anhelant afecte. Em pregunto quina és la teua història i en el fons no vull saber-ho. No et conec i m'agradaria, però no m'atreveixo. Saber més sobre una realitat que no em va a agradar, patir per saber que pateixes. I el pitjor és que sóc conscient però ho ignoro, com tots.

Estàs patint. Cada dia, a cada instant. Tens gana, fred, por.

No ets la mateixa que temps enrere. Una cosa t'ha canviat i intueixo el què.

Massa nits tot sol en plena foscor, massa homes que no mereixien de tu, maltractaments de resistir, robatoris per subsistir, humiliacions que no havies de viure. I tot això ho sé i la resta se la imaginem i tots es queden quietes, caminen a cinquanta centímetres de tu



i no et veuen, passen de llarg sense arribar a qüestionar-se a penes res.

Llavors em fixo i veig tantes altres dones com tu, nenes, adultes, ancianes, totes elles tan belles i alhora tan fràgils, tan callades i amb tant de dir. I és aquest el moment en el qual em pregunto per què?

Per què aquestes dones van morir així? Per què les anomenen boges després de tant patiment? Per què les abandonem a l'atzar? Per què permetem que això passi? Pensem, per què?

Arriba el silenci i amb ell una infinitat d'interrogants sense resposta i a la fi ... una reflexió profunda. Fins aquí hem arribat dones i en la nostra mà està. Ajudem-nos i deixem que ens ajudin, aixequem-nos i correm lluny, lluny de tot aquell que no vulgui el nostre bé. Alcem la veu i cridem prou.

Així que demà, et tornaré a veure, m'acostaré, et donaré la mà i faré que corris amb mi. ✱

Casos reals que reecteixen la dura realitat i quotidianitat de les dones que viuen als carrers de Barcelona, la nostra ciutat

Eva Lerma. *Voluntària Equip de Cura. Parròquia de Santa Anna. Barcelona*

Segons dades de la Fundació Arrels de juliol de 2020, a Barcelona hi ha més de 4.200 persones sense llar, de les quals 2.171 estan allotjades en entitats públiques i privades i 836 es troben en diferents assemtaments com barraques, solars o fàbriques. El 85% de les persones sense llar que viuen a Barcelona són homes, un 11% són dones i el 4% s'identifiquen amb

altres identitats de gènere. Tres de cada quatre són migrants i un de cada deu porta més d'una dècada vivint al carrer. La mitjana d'edat és de 40 anys tot i que, segons Arrels, cada vegada hi ha més joves. De fet, la meitat dels joves d'entre 16 i 25 anys que viuen als carrers han viscut en un centre de menors en algun moment de la seva vida.

En el temps que he estat col·laborant amb l'equip de cura de l'Hospital de Campaña de la parròquia de Santa Anna, he tingut ocasió de conèixer una realitat profundament dolorosa. La de les persones abocades a viure al carrer. Si bé és cert que el nombre d'homes que hem anat atenent supera amb escreix el de dones, les circumstàncies d'aquestes últimes acostumen a ser d'una duresa molt més gran. Els motius que les hi han dut són diversos, però se'n poden extreure alguns perfils coincidents. A continuació exposo casos reals que reflecteixen la dura realitat i quotidianitat de les dones que viuen als carrers de Barcelona, la nostra ciutat. *

R #MALTRACTAMENTS I ALTA SENSIBILITAT

R va arribar una tarda amb un dolor molt intens a la boca i molt alterada emocionalment. Les seves genives i la seva dentadura estaven en un estat deplorable. Justament aquella tarda no hi havia cap odontòleg que la pogués visitar i només podíem receptar-li antibiòtic i metamizol. Ens va explicar que ja portava dies prenent amoxicil·lina, que li havien receptat al centre de salut, però li havien donat hora per a les extraccions massa tard i no aguantava el dolor. D'altra banda, la patologia bucal limita molt la seva alimentació. No pot menjar qualsevol cosa i té un dèficit nutricional evident. Quan la vam informar que no la podia atendre cap odontòleg aquella tarda, es va ensorrar i va perdre els nervis. Va començar a cridar amb desesperació maleint la seva sort i la injusta societat occidental que la desprotegeix i li gira l'esquena, abandonant-la a la seva sort.

La M i jo vam deixar que tragués tota la ràbia i ens maleís els ossos per no guarir el seu dolor, tal i com esperava que féssim. De primer no ens hi permetia acostar-nos-hi. Era com una fera desbocada i tothom que estava allà la mirava amb temor. Però nosaltres no temíem per la nostra seguretat, perquè enteníem que la única cosa que podíem fer per ella era ser allà, escoltant-la i acompanyant-la. La ràbia va donar pas a la desesperació i, després va esclatar a plorar. Ens va permetre que li agaféssim la mà i, a poc a poc, l'aca-

ronéssim una mica. Allò era el que necessitava. El que necessitem tots. Afecte i escalfor humana. Algú que t'escolti i sigui allà. Quan es va anar relaxant, ens va explicar la seva història.

La R va nàixer a Itàlia. És filla de mare soltera i la seva mare gairebé no la va poder atendre perquè havia de guanyar-se la vida. La manca d'acompanyament durant la infantesa li va passar factura a l'adolescència. No se'n va sortir amb els estudis i va anar treballant d'una cosa i una altra, fins a ensopegar amb un home que la va sotmetre a una relació de dependència tòxica i posteriors maltractaments dels que va fugir. L'estat italià no li va proporcionar unes mínimes condicions per poder arribar a tenir una vida digna i va acabar al carrer. Ha viscut pels carrers de diferents ciutats italianes i franceses, sotmesa a tota mena de vexacions i menyspreu. Ara porta un temps a Espanya, però aquí tampoc no troba la manera de subsistir. Es queixa que és ciutadana europea i cap institució l'ha acollit.

Mentre parla i ens explica la seva vida, ens adonem que és una persona altament sensible i, com a tal, molt creativa. Es dedica a pintar i a escriure i ho fa molt bé. Alguna vegada ha venut algun quadre, però fa pocs dies li van robar la carpeta amb les pintures i el llibre que estava escrivint i que li servia com a teràpia per avocar el seu dolor existencial. La soledat, els robatoris, les pallisses i els intents de violació formen part de la seva vida quotidiana. Si això és

ja duríssim per si mateix, en una persona altament sensible resulta especialment nociu.

Cada dia se'n va a la platja i medita davant del mar. És l'únic que li proporciona un mínim i efímer benestar. Crec que el dolor emocional lligat a la seva cruel existència és molt més punyent que el que li ocasiona la boca. Té més de quaranta anys, però sembla molt més gran. Es veu que es preocupa per mantenir un aspecte digne, en el vestir i el cabell. La miro i veig la bellesa que desplegaria ben nodrida i amb pau interior, i sento que és el mínim que hauria de poder tenir qualsevol ésser humà. Sento la seva injustícia i em fa mal. Molt mal.

L'animem a seguir escrivint i pintant, com pugui, com a teràpia, i a tenir paciència fins que no li puguin arrencar tota la dentadura i puguem buscar-li algun recurs que li permeti accedir a una artificial. Li obrim la porta a venir a parlar amb nosaltres quan vulgui i ho necessiti. Finalment ens fonem en una abraçada, d'agraïment per part d'ella i de compassió per part nostra. I, en el fons, ens uneix a totes tres l'amor fraternal, aquest que tots tenim a dins i que tant poc costa de donar i tant bé fa el rebre'l. *



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Y I A #MENORS IMMIGRANTS NO ACOMPANYADES I DROGUES

Y i A diuen que són germanes per part de pare. El pare és magribí i la mare de la Y, gitana. La Y té 16 anys i l'A més de 18. L'A suposadament viu amb el seu avi i la Y, suposadament en un centre de protecció de menors. La realitat és que volen estar juntes i s'estimen més dormir al carrer, acompanyades de nois que, suposadament, vetllen per la seva integritat. Segons expliquen, dormen tots junts en un caixer, protegint-se del fred i dels atacs d'altres. Fan un àpat diari en menjadors socials i roben la roba a grans superfícies i els mòbils a persones que passen pel carrer. Totes dues pateixen trastorns de personalitat i consumeixen tota mena de drogues per mirar d'apaivagar la gana i el dolor emocional. Les uneix una relació de lleialtat que també tenen amb els seus «protectors» i que és típica de la vinculació socials de les tribus urbanes en edat adolescent.

Quan estan serenes són unes noies xerraires i alegres. Malgrat la primera impressió, de seguida es posa de manifest una inestabilitat emocional molt acusada.

La Y molt amiga de la M i la F. La Y sovint demana ajut per guarir les auto-lesions que s'infringeix als braços, brots de sarna, tricomoniassi i profilaxi per a l'exposició sexual. Té diagnosticat un trastorn límit de personalitat i hiperactivitat i diu que quan es pren el tractament es troba millor, però al carrer sovint li roben la medicació i no hi ha manera d'estabilitzar-la. Té brots d'agressivitat força freqüents. L'A i M ntenten no perdre-la de vista, però prou tenen amb la seva situació personal.

Una tarda l'A està molt atordida i desorientada per les drogues que ha pres. Sembla que es tracta d'alguna droga sintètica. La seva «tribu» mira de sostenir-la com poden. La psicòloga parla amb ella. Li cau el moneder i el mòbil a terra i no és capaç de recollir-los. Demano a la Y i la M que li guardin i l'acompanyin a casa del seu avi, però diuen que tenen gana i en mitja hora tancarà el menjador social i es quedaran sense sopar, de manera que marxen, la parròquia tanca i hem de deixar la Y en aquestes condicions al carrer, després que tots els recursos que hem intentat fer servir fracassin. Jo em trenco emocionalment i una cuidadora em consola dient-me que segurament es quedarà adormida al metro fins que li passi la mona, l'atracaran i demà estarà bé de nou perquè aquesta és la seva vida i nosaltres no li ho podem evitar. *

V #MALALTIA MENTAL I DIABETIS

La V és de Barcelona i té 39 anys. Li falten unes quantes peces dentals. Viu en una tenda de càmping a la muntanya de Montjuïc amb el seu company. Un noi local deu anys més jove que ella. Ell és addicte a un joc de rol i a la marihuana. Tenen un pastor alemany del que no se'n separen un ni altre. Ambdós es preocupen més del benestar del gos que de sí mateixos. La seva relació és de dependència emocional d'ella cap a ell, al qui té idealitzat i consent tot. No se'n surten i malviuen en unes condicions a les que ja s'hi han acostumat. Pidolen i utilitzen els recursos dels menjadors socials i els robbers municipals.

V pateix diabetis i li fan seguiment al centre de salut. Es punxa insulina, però no s'alimenta adequadament ni porta un bon control de la malaltia. Un bon dia ens demana fer-li una prova d'embaràs, que dona positiva. La setmana següent arriba plorant desesperada perquè ha trencat amb el xicot. En parlem una estona, intentant oferir-li suport emocional, i reclamant-li que prioritzi la seva salut i dignitat com a dona. Es produeix un enfrontament entre tots dos que requereix intervenció de l'assistenta social i la psicòloga. Una setmana després tornen tots dos junts i ell sembla preocupar-se del benestar d'ella. Finalment acaba patint un avortament espontani. *

F #VIOLÈNCIA SOCIAL

La F és una nena gitana que s'ha escapat de casa i es vincula en la marginalitat amb el col·lectiu de menors no acompanyats que freqüenten la parròquia. La M intenta convèncer-la que torni a casa perquè, per malament que estigui, estarà millor que al carrer. Com que no vol, algun d'ells avisa i la venen a buscar la seva mare i un germà petit. Ella no hi vol anar, però se l'acaben enduent mig a la força. A casa seva hi ha misèria, repressió i no sabem si maltractaments. Tot i així, les amigues del carrer pensen que és millor destí que el seu i que és massa petita (deu tenir uns 13) per seguir el seu camí. D'alguna manera la volen protegir, i això em genera un sentiment de tendresa barrejada amb compassió, frustració i tristesa molt grans.

Quan se l'emporten, la Y té una crisi nerviosa i la M l'abraça i li murmura paraules de consol a cau d'orella. Els voluntaris no podem fer res més que contemplar l'escena en silenci i fer-los veure que som allà, una estona, un dia, per sostenir-les. O sigui, un gra de sorra massa petit per pujar una muntanya massa empinada. *

M #MALTRACTAMENTS, ABUSOS, MALALTIA MENTAL I RELACIONS TÒXIQUES

La M és una noia catalana d'uns vint i pocs. És bonica, intel·ligent i resolutiva. Du posada una cuirassa aparentment indestructible i segura per protegir-se de la dura realitat que li ha tocat viure. El seu discurs és taxatiu i el parlar atropellat i impulsiu, resultat del TDAH que pateix i sota el que escuda totes les seves dificultats. Sota aquesta aparença de saviesa adquirida al carrer, amaga una història de maltractaments i abusos per part del seu pare biològic i, posteriorment, l'adoptiu. Els qui havien de protegir-la, la van agredir i el seu dolor emocional és tan gran que, malgrat que ara viu amb una família que se l'estima i se'n preocupa i ha iniciat diferents estudis i feines, no és capaç de sostenir la responsabilitat que comporten i se sent millor tenint cura d'altres adolescents que considera més desvalguts que ella i a les que vol protegir. No es pot salvar a sí mateixa i mira de salvar a d'altres.

Un dia arriba amb una crisi d'ansietat i la fem respirar dins una bossa mentre li acariciem els cabells i els braços fins que es va relaxant. Ve acompanyada d'un

adult amb aspecte força degradat. Quan ella està més tranquil·la, ell pateix una crisi convulsiva i ella salta per sobre dels metges per fer-li pressió en un punt darrera l'orella que diu que li ha funcionat d'altres vegades. L'escena resulta força colpidora.

Mentre avisem el 112 per tal que assisteixi al noi, ella torna a estar força alterada i miro de parlar amb ella i centrar-la. S'hi acosta un altre jove de la seva edat que vol ajudar-la i ella em diu que no la deixa tranquil·la, que ella no vol res amb ell i ell no ho entén. Miro d'apoderar-la a ella i fer-li entendre a ell i finalment aconseguim que ella marxi sola a fer un tomb per calmar-se sense que ell la segueixi. Avui no és la M segura de sí mateixa que fingeix estar de volta de tot. Avui m'ha deixat veure la seva vulnerabilitat.

Després d'haver estat testimoni de les realitats d'aquestes persones, puc entendre que robin, que es droguin i que es trastoquin. Només mirar de posar-me en el seu lloc em resulta tan insuportable i dolorós que imagino que, en les seves circumstàncies, jo no hagués corregut millor sort. Sóc dona i, al llarg de la meua vida, he patit micro-assetjaments diversos i uns quants casos de discriminació laboral associada al meu gènere però, afortunadament és tota la dificultat amb la que m'he hagut de trobar. Em sento privilegiada i en la obligació moral de donar un cop de mà a qui no té la meua sort.

Aquestes històries són un petit exponent de la vida que porten les dones joves que cohabiten la nostra ciutat. Les de més edat tenen encara menys recursos personals i, sovint han desistit de cercar ajut i s'abandonen a la seva sort amb resignada desesperació.

Les històries d'aquestes dones posen de manifest fins a quin punt ens condiciona el lloc o el nivell socio-cultural en el que naixem. Poques d'elles ha pogut triar un camí millor. Cap d'elles ha pogut salvar-se a si mateixes. El patiment que reflecteixen les seves mirades resulta colpidor. Al marge de proporcionar-los alimentació, higiene, roba i atenció mèdica, aquestes dones necessiten amor, acompanyament i una institució que els faciliti unes condicions de vida dignes i recursos per tal de poder sortir de la situació de pobresa i marginació en la que es troben.

I aquesta és la realitat tan lletja que no ens agrada veure a cap de nosaltres. Aquesta és la societat que volem? Aquesta és la humanitat que volem? Així és com volem pujar als nostres fills? Jo no. *

Dona - vellesa - carrer

Carme Roca. *Metgessa de Família*

Et veig cada dia asseguda a un banc de la plaça, amb el teu carro de comprar ple de no sé què.

Et veig cada dia i em fixo en quina cara fas, com vas vestida i si el carro està més o menys ple. No m'aturo mai. Segueixo fent el meu camí, rumiant en les meves coses, i sols et dedico un bri de pensament.

Quan tinc la ment menys ocupada dels petits problemes del dia a dia i passo per davant teu em venen mil i una preguntes al cap: on et rentes? on vas al lavabo? on menges? i... com has acabat en un banc del carrer?... tens família?, algú que t'estimi i a qui estimis?... tens por?, dolor?...

Tens els cabells blancs, la pell arrugada, la mirada absent i les cames inflades. Sovint et veig xiu-xiuejar per a tu mateixa, sense ningú que t'escolti. Què et deus estar dient?

Et faig una edat avançada. Potser com la de la meva mare? I només de pensar-ho noto un mal estar...

Quan fa sol et poses en un banc a l'ombra, quan fa fresqueta en un banc al sol i si plou, llavors et trobo en algun racó aixoplugant-te, però sempre prop de la plaça. La mateixa plaça per la que passo cada dia més d'una vegada quan surto de casa per anar a comprar, a la biblioteca, per quedar amb amigues, anar al gimnàs,...

La veritat és que formes part del paisatge de la plaça. Si algun dia hi he passat i no t'he vist he tingut un breu pensament per tu i si aquesta absència s'ha repetit diversos dies seguits he notat com una preocupació (estarà bé? li haurà passat alguna cosa? haurà emmalaltit?). En cavi mai penso que potser has trobat un futur millor (qui sap, potser algun familiar t'ha vingut a buscar per oferir-te casa seva...), potser perquè sé que el carrer és un lloc molt dur per a viure-hi.

Si alguna vegada passo i et veig dormint em fixo en el va-i-ve de la teva respiració compassada. Em tranquil·litza. Sols estàs dormint.

I tot i que et veig cada dia asseguda a un banc de la plaça, me n'adono que mai m'he assegut al teu costat... ✨



Foto de Carme Roca.

Espais per a dones usuàries de drogues. Molt més que reducció de danys

Rafael Clúa- García. *Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)*

Les dones usuàries de drogues són doblement estigmatitzades. D'una banda, són assenyalades per trencar els rols tradicionals de gènere i de l'altra, per consumir drogues il·legals (1, 2). Les dones estan immerses en una cultura de drogues dominada per homes patint diàriament violència física, sexual i emocional: són iniciades al consum per via parenteral per les seves parelles, controlades econòmicament per exercir el treball sexual, i sovint, sense autonomia per autoinjectarse, sent exponencialment vulnerables a contraure infeccions de transmissió sanguínia i sexual (1,3,4).

A més, com qualsevol usuari de drogues, presenten barreres d'accés als serveis de reducció de danys relacionades amb la intervenció policial i no troben una cobertura de les seves necessitats en aquests dispositius, augmentant els riscos de sobredosi al consumir en entorns de risc (4,5).

Per tant, cal repensar l'atenció a les dones usuàries de drogues en situació de carrer. Prendrem com a exemple les iniciatives dutes a terme al Canadà, especialment a Vancouver. En aquesta ciutat, davant l'emergència de sobredosi d'opioides i la violència al carrer, es va posar en marxa el 2003 la sala de consum higiènic (SCH) Insite, la qual ha demostrat la seva efectivitat per reduir danys socials a la salut entre els usuaris de drogues per via parenteral. Específicament, entre les dones s'ha constatat que a l'utilitzar el SCH tenen possibilitats d'escapar de les relacions de poder al carrer, augmentant l'autonomia en la pràctica de consum i la reducció danys a la salut (3). No obstant això, s'ha assenyalat la necessitat d'intervencions addicionals per abordar forces estructurals que produeixen violència i riscos socials en col·lectius vulnerables, especialment en les dones.

Davant d'aquesta necessitat, des de l'associació d'usuaris VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users) es van dur a terme una sèrie d'intervencions. El 2010, atès que les lleis federals canadenques no permeten que en les SCH s'ajudi en la injecció als usuaris, van obrir una SCH no autoritzada gestionada per iguals capacitats per brindar assistència a persones que tenen dificultats per autoinjectarse (4), i el 2011, un SCH per al consum per via pulmonar, fins a dictar el seu tanca-

ment el 2013 (6). Les dues experiències han tingut un impacte positiu per a minimitzar la violència i els danys a la salut entre els usuaris de drogues, inclòs les dones (4,6). A la fi de 2016, davant la crisi de sobredosi per fentanil, es van implementar SCH de baix llindar en zones d'infrahabitatge en què es dona assistència per iguals i professionals. No obstant això, un estudi constata que les dones trobaven barreres d'accés a aquests SCH per no estar habilitades per al consum per via pulmonar i per la falta de confiança amb el personal que assisteix a les sobredosis (7). En conseqüència, a mitjan 2017, es va posar en marxa SisterSpace, la primera SCH exclusiva per a dones. En aquesta es brinda a les usuàries atenció sociosanitària i un respir temporal d'algunes formes d'estigma i discriminació (8). En l'actualitat, a Vancouver es disposa de 8 SCH, en un total de 26 a tot Canadà, i es porta a terme un treball constant per adaptar els serveis a les especificitats de les dones i persones en situació de carrer.

Així doncs, cal que els centres de reducció de danys amb SCH posin especial atenció a la perspectiva de gènere per a un major accés de les dones usuàries de drogues, i en la promoció d'estratègies més enllà de la reducció de danys a la salut.

Estudis recents assenyalen que els usuaris estableixen un fort compromís amb les SCH al trobar en aquests dispositius una gamma àmplia de cures, que inclou estar en un ambient lliure d'hostilitat, on rebre una atenció compassiva i mitigar experiències negatives relacionades amb la vida al carrer (5,9).

De moment, en el nostre context, trobem algunes propostes específiques d'atenció a dones usuàries de drogues amb impacte positiu. Per exemple, al Centre d'Activitats i Acol·lida La Illeta de Reus s'han realitzat grups de suport i d'educació entre iguals per a dones on aquestes milloren la capacitat d'agència, les cures i la qualitat de vida (2).

També, a la ciutat de Barcelona, des 2017 opera l'espai Metzineres exclusiu per a dones i persones de gènere dissident, en múltiples situacions de vulnerabilitat, integrat per professionals i usuàries de drogues que ofereix un accés flexible i una atenció individualitzada amb activitats terapèutiques, culturals i d'oci i que impulsa accions per a la reforma de drogues des d'una perspectiva feminista (10).

En definitiva, cal una major autoorganització de les usuàries i espais exclusius per a dones que disposin d'activitats i programes centrats en les seves particularitats i necessitats. Aquests espais no només han de disposar de programes per reduir danys a la salut, sinó també d'espais per a refermar llaços de confiança ("calor i cafè",

grups d'ajuda mútua, tallers, etc.) i proporcionar enfocaments que disminueixin el patiment social i promoguin l'apoderament entre les dones.

BIBLIOGRAFIA

1. Bourgois P, Prince B, Moss A. The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco. *Hum Organ*. 2004;63(3):253-264.
2. Llorc A, Ferrando S, Borrás T, Purroy I. El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 2013;20:9-22.
3. Fairbairn N, Small W, Shannon K, Wood E, Kerr T. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Soc Sci Med*. 2008;67(5):817-823.
4. McNeil R, Small W, Lampkin H, Shannon K, Kerr T. "People knew they could come here to get help": an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS Behav*. 2014;18(3):473-485.
5. Clua-García R. La gestión de placeres y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2481.
6. McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. "We need somewhere to smoke crack": An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2015;26(7):645-52.
7. Collins AB, Boyd J, Hayashi K, et al. Women's utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: an ethnographic study. *Int J Drug Policy*. 2020;76:102641.
8. Boyd J, Lavalley J, Czechaczek S, et al. "Bed Bugs and Beyond": An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *Int J Drug Policy*. 2020;78:102733.
9. Duncan T, Sebar B, Lee J, Duff C. Mapping the spatial and affective composition of care in a drug consumption room in Germany. *Social & Cultural Geography*, 2019. DOI: 10.1080/14649365.2019.1610487
10. Roig A. Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias [Internet]. Wola; 15/12/2019. [Consultado 31 aug 2020]. Disponible en: <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf> *



Mujeres en la calle



No debería haber nadie viviendo la calle. En esta ocasión, en nuestra publicación, nos concretamos en las mujeres que se ven obligadas a vivir en la calle, con imágenes y comentarios de varias personas que lo sufren y otros que trabajan para que esta brutal limitación desaparezca.

Contamos con magníficas fotografías de Monica Das Neves. Capta, con magnífica sensibilidad, la realidad de las mujeres que viven en la calle. ✨

#No mas mujeres en lacalle

Esther López. *Psicóloga*

Y ahí estás, tirada en el suelo, en plena calle, con la mirada vacía y anhelando cariño. Me pregunto cuál es tu historia y en el fondo no quiero saberlo. No te conozco y me gustaría, pero no me atrevo. Saber más sobre una realidad que no me va a agradar, sufrir por saber que sufres. Y lo peor es que soy consciente pero lo ignoro, como todos.

Estás sufriendo. Cada día, a cada instante. Tienes hambre, frío, miedo.

No eres la misma que tiempo atrás. Algo te ha cambiado e intuyo el qué.

Demasiadas noches a solas en plena oscuridad, demasiados hombres que no merecían de ti, malos tratos que resistir, robos para subsistir, humillaciones que no debías vivir. Y todo esto lo sé y el resto se lo imaginan y todos se quedan quietos, caminan a cincuenta centímetros de ti y no te ven, pasan de largo sin llegar a cuestionarse a penas nada.

Entonces me fijo y veo tantas otras mujeres como tú, niñas, adultas, ancianas, todas ellas tan bellas y a la vez tan frágiles, tan calladas y con tanto que decir. Y es ese el momento en el que me pregunto ¿por qué?

¿Por qué estas mujeres acabaron así? ¿Por qué las llaman locas después de tanto sufrimiento? ¿Por qué las abandonamos al azar? ¿Por qué permitimos que esto pase? Pensemos, ¿por qué?

Llega el silencio y con él un sin fin de interrogantes sin respuesta y al final...una reflexión profunda. Hasta aquí hemos llegado mujeres y en nuestra mano está. Ayudémonos y dejemos que nos ayuden, levantémonos y corramos lejos, lejos de todo aquel que no desee nuestro bien. Alcemos la voz y gitemos basta.

Así que mañana, te volveré a ver, me acercaré, te daré la mano y haré que corras conmigo. ✨

Un poco de sal en los labios

Montse Pérez. *Dermatóloga*

Cuando hablamos de personas sin hogar viene a nuestra mente la imagen de una persona sentada en la calle, en la puerta de un cajero, con sus pertenencias en varios bultos cercanos, con descuidada higiene... La situación de calle es sin duda el peor estadio del sinhogarismo, deberíamos conocer otros muchos previos donde la persona va entrando en fases de exclusión cada vez más severa. Lo que es inequívoco es que nunca pensamos en una mujer, la cual muchas veces, además de sufrir violencia en su casa, recibe la violencia callejera. ✱

POBREZA (autora desconocido)

Respiración entrecortada.

Un pequeño pedazo de tierra apaisado para acostarme.

Una rendija para mirar el mar.

Pan y agua impuntuales.

Licores baratos.

Un poco de sal en los labios.

La riqueza me la han dado el silencio y las palabras.

Agresiones, violencia, miedo, mucho miedo

Irene Couto Álvarez, Laura Simon Ruiz, Sergio Sanz Arxer. *Educadores de calle*

El número de mujeres que duermen en las calles de Barcelona comporta alrededor de un 13% del total de personas sin hogar (dato obtenido del la web del Ayuntamiento de Barcelona). La superioridad numérica de hombres hace que, muchos de los servicios para atender a personas en situación de calle, se enfoquen más desde una mirada masculina. No obstante, hay que decir que en los últimos meses se han construido varios recursos con mirada femenina en la misma ciudad. Pero no es suficiente.

Muchas mujeres padecen situaciones de violencia, abuso, e infravivienda antes de verse durmiendo en la calle. Estas personas son auténticas guerreras que lo han soportado todo antes de llegar a la inseguridad de dormir en la calle. Y es que pasar las noches en la calle puede ser peligroso para todas las personas pero para las mujeres no hay un “puede”, lo es.

Existen múltiples problemáticas que envuelven a una mujer para quedarse sin un techo seguro, muchas

vivencias y demasiadas luchas para intentar evitarlo. Esto hace que cuando llega ese momento, el nivel emocional, de fuerza y de autoestima es el más bajo que nos podemos imaginar.

No quedan ganas, fuerza, motivación, para volver a intentarlo. Y es que a este sentimiento le influye, y mucho, el estigma social. Nos han inculcado desde tiempos inmemoriales que la mujer no puede rendirse, que tiene que luchar por las personas que tiene a su alrededor (hijos, padres, parejas), y a costa de todo, incluso de ella misma. Que la mujer es débil pero no puede rendirse, no puede abandonar, no puede hacer muchas cosas pero, a la vez, se le exigen muchas más. Y todo por encima de su voluntad.

Este pensamiento ha calado profundamente en todas las personas. Este concepto es conocido académicamente como “doble condena” o “doble estigmatización”. Se trata de que, unido al fracaso personal para cualquiera de caer en una situación de calle, se suma en la mujer, el no haber podido cumplir el papel que la sociedad patriarcal les ha dado, resultando una doble condena o estigma. Muchas mujeres en situaciones tan complicadas como las que estamos tratando en estos textos, sienten que no han sido “buenas mujeres”, que “han fallado”.

“Yo ya no soy mujer ni nada, soy escoria, ¿te has fijado en cómo me miran las personas que pasan por aquí? Si eres un hombre aún puedes devolver la mirada, pero yo tengo miedo, se que pueden conmigo, con solo una mirada”.

Testimonio real de una mujer en situación de calle.

A este estigma social se une todos los peligros que encuentras en las noches de la ciudad: agresiones, violencia, miedo, mucho miedo. No es seguro un cajero si no se puede cerrar, no es seguro dormir sola, no es seguro dormir al lado de otras personas que no conoces. Por este miedo e inseguridad muchas deciden tener una pareja al lado, solo por seguridad.

“Para que me violen otros prefiero que me pegue el mío, así me siento más segura”.

Testimonio real de una mujer en situación de calle.

La seguridad y el amor se confunden en relaciones posesivas cuando se trata de parejas heterosexuales en todos los aspectos y contextos de nuestra sociedad patriarcal. Pero en la calle llegan a un nivel y estadio superior, más intenso y preocupante. El machismo avanza una casilla invisible para la mayoría, pero muy

presente para las mujeres que viven con sus parejas en la calle, como una especie de esclavismo a cambio de protección. Hay una doble losa de estigmas y creencias negativas sobre sus hombros, el hecho de ser pobre y el hecho de ser mujer. Todo ello conlleva doble inseguridad y más miedo. No nos podemos llegar a imaginar el nivel de estos sentimientos que cuánto más se alargan en el tiempo más se encarnan, se endurecen y arraigan de una manera que cambiar, hablar de empoderamiento, etc. suena irrisorio.

Es muy difícil abordar situaciones tan complicadas como las descritas. Se necesita una mirada integral y multidisciplinar para un pequeño comienzo, también se necesitan recursos especializados y centros integrales.

Los recursos que llevan existiendo durante años para ayudar a personas en situación de sin hogar, ya sea recursos de alimentación, habitacional o de higiene, son imperados y enfocados por y para hombres. En muchos casos tampoco son espacios seguros para las mujeres o con una mínima mirada femenina.

Esto hace que haya mujeres que no quieran acceder a estos recursos, sobre todo los servicios enfocados a centro de día. Y menos, si se encuentran durmiendo en la calle.

Los recursos habitacionales son pocos y con plazas muy limitadas pero, con todo esto, es algo mejor que el peligro de dormir en la calle.

“Tengo miedo de que si voy al comedor se queden con mi cara y lleguen a saber donde duermo, por la noche intento no dormir del todo pero es imposible, me despierto con el miedo en el cuerpo”.

Testimonio real de una mujer en situación de calle.

Si dentro de estas situaciones se une una problemática de salud mental, las mujeres quedan totalmente desprotegidas ante la vulnerabilidad de vivir en la calle. ¿Quién cuida, cuando hay una enfermedad de por medio, a quiénes históricamente se les ha depositado el rol de cuidadoras?

Las circunstancias en estas situaciones hacen que el autocuidado sea imposible y que el seguimiento médico y clínico sea puntual o inexistente. Otro factor que se dispara es la ausencia de psicofármacos, que provoca brotes psicóticos muy graves, o la inversa, el exceso de utilización de estos que derivan en una adicción muy fuerte y dependiente. Entonces aumenta el riesgo a sus máximos niveles de vulnerabilidad.



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Unido al concepto de la problemática de la salud mental, entra en juego otro factor, que puede ser la patología dual, esta se produce cuando la persona añade otro riesgo como es la drogodependencia. Que también puede presentarse en solitario y ser un factor de riesgo determinante que puede terminar en una situación social y vital de sinhogarismo.

La situación de las mujeres en torno la drogodependencia es compleja ya que son mujeres consumidoras en situación de calle, que entonces no encontramos ni estudios, ni datos contextualizados y cercanos a la realidad.

A este punto de partida se une una clara predisposición de invisibilizar la drogodependencia en las mujeres, ya que este ámbito ha sido siempre relacionado con hombres y, por lo tanto, los recursos, los procesos de desintoxicación... van enfocados directamente a los hombres, obviando así claramente la figura de la mujer consumidora.

A todo esto hay que añadir que la mujer pobre, que vive en la calle y es consumidora, se le determina que el camino más “sencillo” para obtener la dosis, o el dinero para ella, es la prostitución. Es entonces cuando se unen los niveles más altos. Así como sus casos y contextos se elevan a la mayor complejidad dentro del mundo de la intervención social. Unido al poco conocimiento teórico y práctico que tienen las instituciones públicas y la red de recursos de personas sin hogar de la ciudad, hacen que, para las mujeres que lo sufren y las profesionales que les atienden, se encuentren en un deriva constante que en muchos casos se dirige inevitablemente a “un callejón sin salida”.

Si cabe, se una otra circunstancia que agrava más la situación: el origen de nacimiento de la mujer. Existe un grave problema de aporofobia en esta sociedad: el extranjero con dinero que viene de vacaciones o a pasar su jubilación no hace daño, pero sí el que viene a ganarse la vida e intentar sobrevivir. Este hecho para las mujeres extranjeras residentes en las calles de esta ciudad es un riesgo más, si se pueden añadir más riesgos. Un estigma más, un miedo añadido por el hecho de ser extranjera y vivir en una sociedad racista y aporofóbica.

En definitiva, se necesitan servicios con una mirada integral femenina para poder empezar a acompañar a estas mujeres en estas situaciones, equipos profesionales especializados en estas materias, etc. Se necesita también visibilizar a un colectivo, el de sin hogar, que desde siempre ha sido uno de los más invisibles, los grandes olvidados. *

Casos reales que reejan la dura realidad y cotidianidad de las mujeres que viven en las calles de Barcelona

Eva Lerma. *Voluntaria Equipo de Cuidados.Parroquia de Santa Ana. Barcelona*

Según datos de la Fundació Arrels Raíces de julio de 2020, en Barcelona hay más de 4.200 personas sin hogar, de las que 2.171 están alojadas en entidades públicas y privadas y 836 se encuentran en diferentes asentamientos como barracas, solares o fábricas. El 85% de las personas sin hogar que viven en Barcelona son hombres, un 11% son mujeres y el 4% se identifican con otras identidades de género. Tres de cada cuatro son migrantes y uno de cada diez lleva más de una década viviendo en la calle. La media de edad es de 40 años aunque, según Arrels, cada vez hay más jóvenes. De hecho, la mitad de los jóvenes de entre 16 y 25 años que viven en las calles han vivido en un centro de menores en algún momento de su vida. En el tiempo que he estado colaborando con el equipo de cuidados del Hospital de Campaña de la parroquia de Santa Ana, he tenido ocasión de conocer una realidad profundamente dolorosa. La de las personas obligadas a vivir en la calle. Si bien es cierto que el número de hombres que hemos ido atendiendo supera con creces el de mujeres, las circunstancias de estas últimas suelen ser de una dureza mucho mayor. Los motivos que las han llevado son diversos, pero se pueden extraer algunos perfiles coincidentes. A continuación expongo casos reales que reflejan la dura realidad y cotidianidad de las mujeres que viven en las calles de Barcelona, nuestra ciudad.

#MALTRATO Y ALTA SENSIBILIDAD

R llegó una tarde con un dolor muy intenso en la boca y muy alterada emocionalmente. Sus encías y su dentadura estaban en un estado deplorable. Justamente esa tarde no había ningún odontólogo que la pudiera visitar y sólo podíamos recetarle antibiótico y metamizol. Nos explicó que ya llevaba días tomando amoxicilina, que le habían recetado en el centro de salud, pero le habían citado para las extracciones demasiado tarde y no aguantaba el dolor. Por otra parte, las molestias limitaban mucho su alimentación. No podía comer fácilmente y tenía un déficit nutricional evidente. Cuando le



informamos que no la podía atender ningún odontólogo aquella tarde, se derrumbó y perdió los nervios. Comenzó a gritar con desesperación maldiciendo su suerte y la injusta sociedad occidental que la desprotege y le daba la espalda

Montse y yo dejamos que sacara toda la rabia y nos censurara por no curar su dolor, tal y como deseaba. Al principio no nos permitía acercarnos a ella. La rabia dio paso a la desesperación y acabó llorando. Nos permitió que le cogiéramos la mano y, poco a poco, la acariciáramos. Aquello era lo que necesitaba. Lo que necesitamos todos. Afecto y calor humano. Alguien

que te escuche y esté allí. Cuando se fue relajando, nos contó su historia.

R nació en Italia. Es hija de madre soltera y su madre casi no la pudo atender porque tenía que ganarse la vida. La falta de acompañamiento durante la infancia le pasó factura a la adolescencia. No se salió con los estudios y fue trabajando de una cosa y otra, hasta tropezar con un hombre que la sometió a una relación de dependencia tóxica y posteriores malos tratos de los que huyó. El estado italiano no le proporcionó unas mínimas condiciones para poder llegar a tener una vida digna y terminó en la calle. Ha vivido por las ca-



lles de diferentes ciudades italianas y francesas, sometida a todo tipo de vejaciones y desprecio. Ahora lleva un tiempo en España, pero aquí tampoco encuentra la manera de subsistir. Se queja de que es ciudadana europea y ninguna institución lo ha acogido.

Mientras, nos dimos cuenta de que es una persona altamente sensible y, como tal, muy creativa. Se dedica a pintar y escribir y lo hace muy bien. Alguna vez ha vendido algún cuadro, pero hace pocos días le robaron la carpeta con las pinturas y el libro que estaba escribiendo y que le servía como terapia. La soledad, los robos, las palizas y los intentos de violación forman

parte de su vida cotidiana. Si esto es ya durísimo por sí mismo, en una persona altamente sensible resulta especialmente nocivo.

Cada día se va a la playa y medita delante del mar. Es lo único que le proporciona un mínimo y efímero bienestar. Creo que el dolor emocional ligado a su cruel existencia es mucho más punzante que lo que le ocasiona la boca. Tiene más de cuarenta años, pero parece mucho mayor. Se ve que se preocupa por mantener un aspecto digno, en el vestir y el cabello. La miro y veo la belleza que desplegaría bien nutrida y con paz interior y siento que es el mínimo que debería poder tener cualquier ser humano. Siento su injusticia y me duele. Muy mal.

Le animamos a seguir escribiendo y pintando, como pueda, como terapia, y tener paciencia hasta que no le puedan arreglar la dentadura. Le abrimos la puerta a venir a hablar con nosotras cuando quisiera y lo necesite. Finalmente nos fundimos en un abrazo. Y, en el fondo, nos une a las tres el amor fraternal, este que todos tenemos dentro y que tan poco cuesta dar y tanto bien hace recibirlo.

V # ENFERMEDAD MENTAL Y DIABETES

V es de Barcelona y tiene 39 años. Le faltan varias piezas dentales. Vive en una tienda de campaña en la montaña de Montjuïc con su compañero. Un chico local diez años más joven que ella. Él es adicto a un juego de rol y la marihuana. Tienen un perro pastor alemán del que no se separan ni una ni otro. Ambos se preocupan más del bienestar del perro que de sí mismos. Su relación es de dependencia emocional de ella hacia él, al que tiene idealizado y consiente todo. No salen y malviven en unas condiciones en las que ya se han acostumbrado. Mendigan y utilizan los recursos de los comedores sociales y los roperos municipales.

V padece diabetes y le hacen seguimiento en el centro de salud. Se pincha insulina, pero no se alimenta adecuadamente ni lleva un buen control de la enfermedad. Un buen día nos pide hacerle una prueba de embarazo, que da positiva. La semana siguiente llega llorando desesperada porque ha roto con su novio. Hablamos un rato, intentando ofrecerle apoyo emocional, y reclamándole que priorice su salud y dignidad como mujer. Se produce un enfrentamiento entre ambos que requiere intervención de la asistente social y la psicóloga. Una semana después vuelven los dos juntos y él parece preocuparse del bienestar de ella. Finalmente acaba sufriendo un aborto espontáneo.

Y y A #MENORES INMIGRANTES NO ACOMPAÑADAS Y DROGAS

Y y A dicen que son hermanas por parte de padre. El padre es magrebí y la madre de Y, gitana. Y tiene 16 años y A más de 18. A supuestamente vive con su abuelo, Y, supuestamente en un centro de protección de menores. La realidad es que quieren estar juntas y prefieren dormir en la calle, acompañadas de chicos que, supuestamente, velan por su integridad. Según explican, duermen todos juntos en un cajero, protegiéndose del frío y de los ataques de otros. Hacen una comida diaria en comedores sociales y roban ropa en grandes superficies y móviles a personas que pasan por la calle. Ambas padecen trastornos de personalidad y consumen todo tipo de drogas para tratar de apaciguar el hambre y el dolor emocional. Las une una relación de lealtad que también tienen con sus «protectores» y que es típica de las vinculaciones sociales de las tribus urbanas en edad adolescente.

Cuando están serenas son unas chicas charlatanes y alegres. A pesar de la primera impresión, enseguida

se pone de manifiesto una inestabilidad emocional muy acusada.

Y es muy amiga de M y F. Y a menudo pide ayuda para curar las auto-lesiones que se infringe a los brazos, brotes de sarna, tricomoniasis y profilaxis para la exposición sexual. Tiene diagnosticado trastorno límite de personalidad e hiperactividad y dice que cuando se toma el tratamiento se encuentra mejor, pero en la calle a menudo le roban la medicación y no hay manera de estabilizarla. Tiene brotes de agresividad bastante frecuentes. A y M intentan no perderla de vista, pero bastante tienen con su situación personal. .

Una tarde A está muy aturdida y desorientada por las drogas que ha tomado. Parece que se trata de alguna droga sintética. Su «tribu» mira de sostenerla como puede. La psicóloga habla con ella. Le cae el monedero y el móvil en el suelo y no es capaz de recogerlos. Pido a Y y M que la cuiden y le acompañen a casa de su abuelo, pero dicen que tienen hambre y en media hora cerrará el comedor social y se quedarán sin cena, por lo que se van, la parroquia cierra y debemos dejar la Y en estas condiciones en la calle, después de que todos los



recursos que hemos intentado utilizar fracasen. Yo me rompo emocionalmente y una cuidadora me consuela diciéndome que seguramente se quedará dormida en el metro hasta que le pase la mona, le atracarán y mañana estará bien, de nuevo, porque esta es su vida y nosotros no se lo podemos evitar.

F # VIOLENCIA SOCIAL

F es una niña gitana que se ha escapado de casa y se vincula en la marginalidad con el colectivo de menores no acompañados que frecuentan la parroquia. M intenta convencerla de que vuelva a casa porque, por mal que esté, estará mejor que en la calle. Como no quiere, alguien avisa a la familia y la vienen a buscar su madre y un hermano pequeño. Ella no quiere ir, pero se la acaban llevándose medio a la fuerza. En su casa hay miseria, represión y no sabemos si malos tratos. Aún así, las amigas de la calle piensan que es mejor destino que el suyo y que es demasiado pequeña (tendrá unos 13) para seguir su camino. De alguna manera la quieren proteger y eso me genera un sentimiento de ternura mezclada con compasión, frustración y tristeza muy grandes.

Cuando la se llevan, Y tiene una crisis nerviosa y M la abraza y le susurra palabras de consuelo al oído. Los voluntarios no podemos hacer nada más que contemplar la escena en silencio y hacerles ver que estamos allí, un rato, un día, para sostenerlas. O sea, un grano de arena demasiado pequeño para subir una montaña demasiado empinada.

M # MALOS TRATOS, ABUSOS, ENFERMEDAD MENTAL Y RELACIONES TÓXICAS

M es una chica catalana de unos veinte y pocos años. Es bonita, inteligente y resolutive. Lleva puesta una coraza aparentemente indestructible y segura para protegerse ella misma de la dura realidad que le ha tocado vivir. Su discurso es taxativo y el hablar atropellado e impulsivo, resultado del TDAH que sufre y bajo el que escuda todas sus dificultades. Bajo esta apariencia de sabiduría adquirida en la calle, esconde una historia de abusos por parte de su padre biológico y, posteriormente, el adoptivo. Los que debían protegerla, la agredieron y su dolor emocional es tan grande que, a pesar de que ahora vive con una familia que la quiere y se preocupa y ha iniciado diferentes estudios y trabajos, no es capaz de sostener la responsabilidad que conllevan y se sienten mejor cuidando de otras adolescentes que considera

más desvalidas que ella y a las que quiere proteger. No se puede salvar a sí misma y trata de salvar a otros.

Un día llega con una crisis de ansiedad y la hacemos respirar en una bolsa mientras le acariciamos el pelo y los brazos hasta que se relaja. Viene acompañada de un adulto con aspecto bastante degradado. Cuando ella está más tranquila, él sufre una crisis convulsiva y ella salta por encima de los médicos para hacerle presión en un punto detrás de la oreja que dice que le ha funcionado otras veces. La escena resulta bastante chocante.

Mientras avisamos el 112 para que asista al chico, ella vuelve a estar bastante alterada y trato de hablar con ella y centrarla. Se acerca otro joven de su edad que quiere ayudarla y me dice que no la deja tranquila, que ella no quiere nada con él y él no lo entiende. Miro de empoderarla y hacerle entender a él. Finalmente conseguimos que ella vaya sola a dar una vuelta para calmarse sin que él la siga. Hoy no es la M segura de sí misma que finge estar de vuelta de todo. Hoy me ha dejado ver su vulnerabilidad ...

Después de haber sido testigo de las realidades de estas personas, puedo entender que roben, que se droguen y que se trastoquen. Sólo tratar de ponerme en su lugar me resulta tan insoportable y doloroso que imagino que, en sus circunstancias, yo no hubiera corrido mejor suerte. Soy mujer y, a lo largo de mi vida, he sufrido micro-acosos diversos y varios casos de discriminación laboral asociada a mi género pero, afortunadamente es toda la dificultad con la que me he tenido que encontrar. Me siento privilegiada y en la obligación moral de dar una mano a quien no tiene mi suerte.

Estas historias son un pequeño exponente de la vida que llevan las mujeres jóvenes que cohabitan nuestra ciudad. Las de más edad tienen aún menos recursos personales y, a menudo, han desistido de buscar ayuda y se abandonan a su suerte con resignada desesperación.

Las historias de estas mujeres ponen de manifiesto hasta qué punto nos condiciona el lugar o nivel socio-cultural en el que nacemos. Pocas de ellas han podido elegir un camino mejor. Ninguna de ellas ha podido salvarse a sí mismas. El sufrimiento que reflejan sus miradas resulta chocante. Al margen de proporcionarles alimentación, higiene, ropa y atención médica, estas mujeres necesitan amor, acompañamiento y una institución que les facilite unas condiciones de vida dignas y recursos para poder salir de la situación de pobreza y marginación en la que se encuentran.

Y esta es la realidad tan fea que no nos gusta ver a ninguno de nosotros. Esta es la sociedad que queremos? Esta es la humanidad que queremos? Así es como queremos educar a nuestros hijos? Yo no. ✨

Mujer - vejez - calle

Carme Roca. *Médico de Familia*

Te veo cada día sentada en un banco de la plaza, con tu carro de la compra lleno de no sé qué.

Te veo cada día y me fijo en qué cara haces, como vas vestida y si el carro está más o menos lleno. No me paro nunca. Sigo haciendo mi camino, pensando en mis cosas, y sólo te dedico una brizna de pensamiento.

Cuando tengo la mente menos ocupada de los pequeños problemas del día a día y paso por delante de ti me vienen mil y una preguntas en la cabeza: donde te lavas? dónde vas al baño? dónde comes? y ... como has acabado en un banco de la calle? ... tienes familia?, alguien que te quiera y a quien quieras?... tienes miedo? dolor?

Tienes el pelo blanco, la piel arrugada, la mirada ausente y las piernas hinchadas. A menudo te veo cuchichear para ti misma, sin nadie que te escuche. ¿Qué te estarás diciendo?

Te hago una edad avanzada. Cómo la de mi madre? Y sólo de pensarlo noto un malestar ...

Cuando hace sol te pones en un banco a la sombra, cuando hace fresco en un banco al sol y si llueve, entonces te encuentro en algún rincón cobijándote, pero siempre cerca de la plaza. La misma plaza por la que paso cada día más de una vez cuando salgo de casa para ir a comprar, en la biblioteca, para quedar con amigas, ir al gimnasio, ...

La verdad es que formas parte del paisaje de la plaza. Si algún día he pasado y no te he visto he tenido un breve pensamiento para ti y si esta ausencia se ha repetido varios días seguidos he notado como una preocupación (estará bien?, le habrá pasado algo?, habrá enfermado?). Nunca pienso que tal vez has encontrado un futuro mejor (quien sabe, quizás algún familiar ha ido a buscar para ofrecerte casa ...), quizás porque sé que la calle es un lugar muy duro para vivir. .

Si alguna vez paso y te veo durmiendo me fijo en el vaivén de tu respiración acompasada. Me tranquilo. Sólo estás durmiendo.

Y aunque te veo cada día sentada en un banco de la plaza, me doy cuenta que nunca me he sentado a tu lado. ✱

Espacios para mujeres usuarias de drogas. Mucho más que reducir daños a la salud

Rafael Clúa- García. *Doctor en Antropología social y cultural. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)*

Las mujeres usuarias de drogas son doblemente estigmatizadas. Por un lado, son señaladas por romper los roles tradicionales de género y por el otro, por consumir drogas ilegales (1,2). Las mujeres están inmersas en una cultura de drogas dominada por hombres sufriendo diariamente violencia física, sexual y emocional: son iniciadas al consumo por vía parenteral por sus parejas, controladas económicamente para ejercer el trabajo sexual, y a menudo, sin autonomía para autoinyectarse, siendo exponencialmente vulnerables a contraer infecciones de transmisión sanguínea y sexual (1,3,4).

Además, como cualquier usuario de drogas, presentan barreras de acceso a los servicios de reducción de daños relacionadas con la intervención policial y no encuentran una cobertura de sus necesidades en estos dispositivos, aumentando los riesgos de sobredosis al consumir en entornos de riesgo (4,5).

Por lo tanto, es necesario repensar la atención a las mujeres usuarias de drogas en situación de calle. Tomaremos como ejemplo las iniciativas llevadas a cabo en Canadá, especialmente en Vancouver. En esta ciudad, ante la emergencia de sobredosis de opioides y la violencia callejera, se puso en marcha en 2003 la sala de consumo higiénico (SCH) InSite, la cual ha demostrado su efectividad para reducir daños sociales y a la salud entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Específicamente, entre las mujeres se ha constatado que al utilizar la SCH tienen posibilidades de escapar de las relaciones de poder en la calle, aumentando la autonomía en la práctica de consumo y la reducción daños a la salud (3). Sin embargo, se ha señalado la necesidad de intervenciones adicionales para abordar fuerzas estructurales que producen violencia y riesgos sociales en colectivos vulnerables, especialmente en las mujeres.

Ante esta necesidad, desde la asociación de usuarios VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users) se llevaron a cabo una serie de intervenciones. En 2010, dado que las leyes federales canadienses no permiten que en las SCH se ayude en la inyección a los usuarios, abrieron una SCH no autorizada gestionada por iguales capacitados

para brindar asistencia a personas que tienen dificultades para autoinyectarse (4), y en 2011, una SCH para el consumo por vía pulmonar, hasta dictarse su cierre en 2013 (6). Ambas experiencias han tenido un impacto positivo para minimizar la violencia y los daños a la salud entre los usuarios de drogas, incluido las mujeres (4,6). A finales de 2016, ante la crisis de sobredosis por fentanilo, se implementaron SCH de bajo umbral en zonas de infravivienda en las que se da asistencia por iguales y profesionales. Sin embargo, un estudio constataba que las mujeres encontraban barreras de acceso a estas SCH por no estar habilitadas para el consumo por vía pulmonar y por la falta de confianza con el personal que asiste a las sobredosis (7). En consecuencia, a mediados de 2017, se puso en marcha SisterSpace, la primera SCH exclusiva para mujeres. En esta se brinda a las usuarias atención sociosanitaria y un respiro temporal de algunas formas de estigma y discriminación (8). En la actualidad, en Vancouver se dispone de 8 SCH, en un total de 26 en toda Canadá, y se lleva a cabo un trabajo constante para adaptar los servicios a las especificidades de las mujeres y personas en situación de calle.

Así pues, es necesario que los centros de reducción de daños con SCH pongan especial atención a la perspectiva de género para un mayor acceso de las mujeres usuarias de drogas, y en la promoción de estrategias más allá de la reducción de daños a la salud. Estudios recientes señalan que los usuarios establecen un fuerte compromiso con las SCH al encontrar en estos dispositivos una gama amplia de cuidados, que incluye estar en un ambiente libre de hostilidad, donde recibir una atención compasiva y mitigar experiencias negativas relacionadas con la vida en la calle (5, 9). Por el momento, en nuestro contexto, encontramos algunas propuestas específicas de atención a mujeres usuarias de drogas con impacto positivo. Por ejemplo, en el Centro de Actividades y Acogida La Illeta de Reus se han realizado grupos de apoyo y de educación entre iguales para mujeres donde estas mejoran la capacidad de agencia, los cuidados y la calidad de vida (2). También, en la ciudad de Barcelona, desde 2017 opera el espacio Metzineres exclusivo para mujeres y personas de género disidente, en múltiples situaciones de vulnerabilidad, integrado por profesionales y usuarias de drogas que ofrece un acceso flexible y una atención individualizada con actividades terapéuticas, culturales y de ocio y que impulsa acciones para la reforma de drogas desde una perspectiva feminista (10).

En definitiva, se precisa una mayor autoorganización de las usuarias y espacios exclusivos para mujeres que dispongan de actividades y programas centrados en sus particularidades y necesidades. Estos espacios no sólo de-

ben disponer de programas para reducir daños a la salud, sino también de espacios para afianzar lazos de confianza (“calor y café”, grupos de ayuda mutua, talleres, etc.) y proporcionar enfoques que disminuyan el sufrimiento social y promuevan el empoderamiento entre las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bourgois P, Prince B, Moss A. The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco. *Hum Organ*. 2004;63(3):253-264.
2. Llorc A, Ferrando S, Borrás T, Purroy I. El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 2013;20:9-22.
3. Fairbairn N, Small W, Shannon K, et al. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Soc Sci Med*. 2008;67(5):817-823.
4. McNeil R, Small W, Lampkin H, Shannon K, Kerr T. “People knew they could come here to get help”: an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run ‘unsanctioned’ supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS Behav*. 2014;18(3):473-485.
5. Clua-García R. La gestión de placeres y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2481.
6. McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. “We need somewhere to smoke crack”: An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2015;26(7):645-52.
7. Collins AB, Boyd J, Hayashi K, et al. Women's utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: an ethnographic study. *Int J Drug Policy*. 2020;76, 102641.
8. Boyd J, Lavalley J, Czechaczek S, et al. “Bed Bugs and Beyond”: An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *Int J Drug Policy*. 2020;78:102733.
9. Duncan T, Sebar B, Lee J, Duff C. Mapping the spatial and affective composition of care in a drug consumption room in Germany. *Social & Cultural Geography*, 2019. DOI: 10.1080/14649365.2019.1610487
10. Roig A. Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias [Internet]. Wola; 15/12/2019. [Consultado 31 aug 2020]. Disponible en: <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf> *

Women on the street

Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>



There should be no one living on the street. On this occasion, in our publication, we focus on women who are forced to live on the streets, with images and comments of various people who suffer and others who work to make this brutal limitation disappear.

We have magnificent photographs of Monica Das Neves. They capture, with magnificent sensitivity, the reality of women living on the street. ✨

NO MORE WOMEN ON THE STREET

Esther Lopez. *Psychologist*

And there you are, lying on the floor, in the middle of the street, staring blankly and longing for affection. I wonder what your story is and deep down I don't want to know. I don't know you and I would like to, but I don't dare. To know more about a reality that I will not like, to suffer for knowing that

you suffer. And the worst thing is that I am conscious but I ignore it, like everyone else.

You are suffering. Every day, every moment. You are hungry, cold, scared.

You are not the same as a long time ago. Something has changed you and I sense what.

Too many nights alone in the dark, too many men who didn't deserve you, mistreatment to resist, robberies to survive, humiliations you shouldn't live. And I know all this and the rest I imagine and everyone stays still, they walk fifty centimeters from you and they don't see you, they pass by without even questioning anything.

Then I look up and see so many other women like you, girls, adults, old women, all of them so beautiful and at the same time so fragile, so quiet and with so much to say. And that's when I wonder why?

Why did these women end up like this? Why do they call them crazy after so much suffering? Why do we leave them to chance? Why do we allow this to happen? Let's think, why?

Silence arrives and with it an endless number of unanswered questions and in the end ... a deep reflec-

tion. We have come here women and it is in our hands. Let us help ourselves and let them help us, let us get up and run away, away from anyone who does not want our good. Let's raise our voices and shout enough.

So tomorrow, I'll see you again, I'll come closer, I'll shake your hand and make you run with me. ✱

A little salt on the lips.

Montse Pérez. *Dermatologist*

When we talk about homeless people what comes to mind is the image of a person sitting in the street, at the door of an ATM, with their belongings in several nearby packages, with careless hygiene... The street situation is certainly the worst stage of homelessness, and we should be aware of many other previous ones where the person is entering phases of increasingly severe exclusion. What is unequivocal is that we never think of a woman, who often, in addition to suffering violence in her home, receives street violence. ✱

POVERTY (author unknown)

Shortness of breath.
A small piece of landscaped land for lying down.
A crack to look at the sea.
Occasional bread and water.
Cheap liquors.
A little salt on the lips.
Wealth has been given to me by silence and words.

Real cases that reect the harsh reality and daily life of women living on the streets of Barcelona, our city.

Eva Lerma. *Volunteer Care Team. Parish of Santa Anna. Barcelona*

According to data from the Arrels Foundation in July 2020, there are more than 4,200 homeless people in Barcelona, of which 2,171 are housed in public and private entities and 836 are in different settlements such as barracks, plots of land or factories. 85% of homeless people living in Barcelona are

men, 11% are women and 4% identify with other gender identities. Three out of four are migrants and one in ten has been living on the streets for more than a decade. The average age is 40, although, according to Arrels, there are more and more young people. In fact, half of 16 to 25-year-olds living on the streets have lived in a juvenile center at some point in their lives.

During my time working with the care team at the Campaign Hospital in Santa Anna Parish, I have had the opportunity of experiencing a deeply painful reality. That of people forced to live on the street. While it is true that the number of men we have cared for far exceeds that of women, the circumstances of the latter tend to be much greater. There are several reasons for this, but some matching profiles can be extracted. Below I present real cases that reflect the harsh reality and daily life of women living on the streets of Barcelona, our city.

R #HIGH SENSITIVITY

R arrived one afternoon with a very intense pain in her mouth and very emotionally upset. Her gums and teeth were in a deplorable state. That afternoon there was no dentist who could visit her and we could only prescribe antibiotics and metamizole. She had been taking amoxicillin for days, which had been prescribed for her at the health center, but she had been scheduled for extractions too late and she could not bear the pain. On the other hand, the discomfort severely limited her eating. She could not eat easily and had an obvious nutritional deficit. When we informed her that no dentist could see her that afternoon, she broke down and lost her temper. She began to scream in despair cursing her luck and the unjust western society that unprotects and rejects her.

Montse and I let her get rid of all the anger and curse our bones for not healing her pain, just as she hoped we would. At first she did not allow us to approach her. She was like a wild beast and everyone there looked at her in awe. But we were not afraid for our safety, because we understood that the only thing we could do for her was to be there, listening to her and accompanying her. Anger gave way to despair and then she burst into tears. She allowed us to take her hand and slowly caress it a little. That was what she needed. What we all need. Human affection and warmth. Someone who listens to you and is there. When she was relaxed, she told us her story.

R was born in Italy. She is the daughter of a single mother and her mother could hardly take care of her because she had to make a living. Lack of companions-

hip during childhood took its toll in adolescence. She left school and worked on one thing or another, until she stumbled upon a man who subjected her to a relationship of toxic dependence and subsequent abuse from whom she fled. The Italian state did not provide her with the minimum conditions to live a dignified life and she ended up on the streets. She has lived on the streets of different Italian and French cities, subjected to all kinds of harassment and contempt. She has been in Spain for a while now, but can't find a way to survive here either. She complains that she is a European citizen and has not been accepted by any institution.

As she speaks and tells us about her life, we realize that she is a highly sensitive person and, as such, very creative. She is dedicated to painting and writing and does it very well. She once sold a painting, but a few days ago her folder was stolen with the paintings and the book she was writing and which served as a therapy to alleviate her existential pain. Loneliness, robberies, beatings and attempted rape are part of her daily life. If this were not enough in itself, in a highly sensitive person it is especially harmful.

Every day she goes to the beach and meditates in front of the sea. It is the only thing that provides her with a minimal and ephemeral well-being. I think the emotional pain linked to her cruel existence is much more stabbing than the pain in her mouth. She is in her forties, but she looks much older. We can see that she cares about maintaining a dignified appearance, in dress and hair. I look at her and I see the beauty that she would display well-nourished and with inner peace and I feel that it is the minimum that any human being should be able to have. I feel its injustice and it hurts me a great deal.

We encourage her to continue writing and painting, as therapy, and to be patient until her teeth can be fixed. We open the door to her for coming and talking with us whenever she wants and needs. We finally merge into a hug. And, deep down, sisterly love unites us all, this love that we all have within and that costs so little to give and so much good to receive.

V #MENTAL ILLNESS AND DIABETES

V is from Barcelona and is 39 years old. She's missing a few teeth. She lives in a tent on the mountain of Montjuïc with her partner, a local man ten years younger than her. He is addicted to role-playing and marijuana. They have a German shepherd from whom they are not separated. They both care more about the well-being of the dog than about themselves. She's emotionally

dependent on him, to whom she has idealized and consented to everything. They live in conditions they are already accustomed to. They beg and use the resources of social canteens and municipal clothing.

V suffers from diabetes and is being followed up at the health center. Insulin is injected, but she does not eat properly and neither has good disease control. One day she asks us to give her a pregnancy test, which is positive. The following week she arrives crying desperately because she has broken up with her boyfriend. We talked about her for a while, trying to offer her emotional support, and demanding that she prioritize her health and dignity as a woman. There is a confrontation between the two that requires the intervention of the social worker and the psychologist. A week later, the two return together and he seems to care about her well-being. She eventually ends up having a miscarriage.

Y AND A #MINORS UNACCOMPANIED IMMIGRANTS AND DRUGS

Y and A say they are sisters by father. The father is from the Maghreb and the mother of Y, a gypsy. Y is 16 years old and A is over 18. A is supposedly living with her grandfather and Y is supposedly in a child protection center. The reality is that they want to be together and prefer to sleep on the street, accompanied by boys who are supposed to look after their integrity. They say they all sleep together in an ATM, protecting themselves from the cold and the attacks of others. They obtain a daily meal in social dining rooms and steal clothes from supermarkets and cell phones from people walking down the street. Both suffer from personality disorders and use all sorts of drugs to try to alleviate hunger and emotional pain. They are united by a relationship of loyalty that they also have with their "protectors" and that is typical of the social ties of urban tribes in adolescence.

When they are serene they are talkative and cheerful girls. Despite the first impression, a very marked emotional instability is immediately evident.

Y is very friendly with M and F. Y often asks for help to heal the self-inflicting injuries to the arms, scabies, trichomoniasis and prophylaxis for sexual exposure. She has been diagnosed with borderline personality disorder and hyperactivity disorder and says she is better off when taking treatment, but her medication is often stolen on the street and there is no way to stabilize it. It has quite frequent outbreaks of aggression. A tries not to lose sight of her, but she is content with her personal situation.



One afternoon A is very stunned and disoriented by the drugs she has taken. It looks like it's a synthetic drug. Their "tribe" tries to sustain it as best they can. The psychologist talks to her. She drops her purse and cell phone on the floor and is unable to pick them up. I ask Y and M to look after her and accompany her to her grandfather's house, but they say they are hungry and in half an hour the social dining room will close and run out of dinner, so they leave, the parish closes and we have to leave Y in these conditions on the street, after all the resources we have tried to use have failed. I break down emotionally and a caregiver comforts me by telling that she will probably fall asleep on the subway until she feels better after withdrawal, they'll book her and she'll be fine again tomorrow because this is her life and we can't help it.

F # SOCIAL VIOLENCE

F is a gypsy girl who has run away from home and is marginalized by the group of unaccompanied minors who frequent the parish. M tries to convince her to go home because, no matter how bad it is, she will be be-

tter than on the street. As she does not want to, one of them notifies the family and her mother and a little brother come to look for her. She doesn't want to go, but they end up taking her by force. In her house there is poverty, repression and we do not know if there is abuse. Still, the street friends think it's a better destination than theirs and that she's too small (she must be about 13) to follow their path. Somehow they want to protect her, and that gives me a feeling of tenderness mixed with great compassion, frustration and sadness.

When they take her away, Y has a nervous breakdown and M hugs her and whispers words of consolation in her ear. Volunteers can do nothing but stare at the scene in silence and show us that we are there for a while, one day, to sustain them. Our support is purely symbolic before such a huge mountain to climb.

M # ABUSE, MENTAL ILLNESS AND TOXIC RELATIONSHIPS

M is a Catalan girl in her early twenties. She is beautiful, intelligent and decisive. She wears a seemingly indestructible and safe armor to protect herself from

the harsh reality she has had to live. Her speech is exhaustive, looks run down and is impulsive, the result of the ADHD she suffers and under which she shields all her difficulties. Under this guise of street-acquired wisdom, she hides a history of abuse by her biological father and later the adoptive father. Those who were supposed to protect her attacked her and her emotional pain is so great that even though she now lives with a family that loves and cares for her and has started different studies and jobs, she is not able to sustain the responsibility they entail and feels better caring for other teenagers she considers more destitute than she and those she wants to protect. She can't save herself and tries to save others.

One day she arrives with an anxiety attack and we let her breathe in a bag while we caress her hair and arms until she relaxes. She is accompanied by a rather degraded-looking adult. When she is calmer, he suffers a seizure and she insists that the doctors put pressure on a spot behind his ear that she says has worked for him other times. The scene is quite striking.

While we call 112 to assist the man, she is quite upset again and I try to talk to her and focus on her. Another young man her age approaches and wants to help her and she tells me that he doesn't leave her alone, that she doesn't want anything to do with him and he doesn't understand. I try to empower her and make her understand him and we finally get her to go for a walk alone to calm down without him following her. Today she is not the self-assured M who pretends to be around everything. Today she let me see her vulnerability

Having witnessed the realities of these people, I can understand that they steal, take drugs, and mess up. Just trying to put myself in their places is so unbearable and painful to me that I imagine that, in their circumstances, I would not have had better luck. I'm a woman and, throughout my life, I've suffered from various micro-harassments and a few cases of job discrimination associated with my gender, but fortunately it's all the difficulty I've had to deal with. I feel privileged and a moral obligation to lend a hand to those who are unlucky.

These stories are a small example of the life that young women who live in our city lead. Older ones have even fewer personal resources and have often given up on seeking help and abandoned themselves to their fate with resigned despair.

The stories of these women reveal the extent to which we are conditioned by the place or socio-cultural level at which we are born. Few of them have been able to choose a better path. None of them have been able to

save themselves. The suffering reflected in their faces is shocking. In addition to providing them with food, hygiene, clothing and medical care, these women need love, support and an institution that provides them with decent living conditions and resources in order to get out of the situation of poverty and marginalization in which they live.

And this is the so very ugly reality that none of us like to see. Is this the society we want? Is this the humanity we want? Is this how we want to raise our children? I do not. *

WOMAN - OLD AGE - STREET

Carme Roca. *Family Physician*

I see you every day sitting on a bench in the square, with your shopping cart full of I don't know what.

I see you every day and I look at what face you make, how you dress and if the cart is more or less full. I never stop. I keep going my way, ruminating on my things, and I only dedicate a shred of thought to you.

When I have my mind less occupied with the small problems of everyday life and I pass in front of you, a thousand and one questions come to my mind: where do you wash?, where do you go to the bathroom, where do you eat and ... how did you end up on a street bench? ... do you have a family ?, someone who loves you and who you love?, ... are you afraid ?, pain? ...

You have white hair, wrinkled skin, an absent gaze and swollen legs. I often see you whistling to yourself, with no one to listen to you. What should you be saying?

I think you are elderly, maybe my mother's age . And just thinking about it get a bad feeling...

When it's sunny you sit on a bench in the shade, when it's cool on a bench in the sun and if it rains, then I find you in some corner sheltering, but always close to the square. The same place I go to every day more than once when I leave home to go shopping, to the library, to hang out with friends, to go to the gym...

The truth is that you are part of the landscape of the square. If I've ever been there and haven't seen you I've had a brief thought for you and if this absence has been repeated several days in a row I've noticed it as a concern (are you okay? Will something have happened to you? Are you sick?). In contrast I never think that maybe you have found a better future (who knows, maybe some family member has come to look for you to offer you their house ...), maybe because I know that the street is a very hard place to live.

If I ever pass by and see you sleeping I stare at the back and forth of your rhythmic breathing. It reassures me. You're just sleeping.

And even though I see you sitting on a bench in the square every day, I realize I've never sat next to you. ✨

Spaces for women drug users. Much more than reducing damage to health

Rafael Clua García. *Doctor in Social and Cultural Anthropology. Universitat de Manresa (Universitat Central de Catalunya – Universitat de Vic)*

Women drug users are doubly stigmatized. On the one hand, they are singled out for breaking traditional gender roles and on the other, for consuming illegal drugs (1, 2). Women are immersed in a drug culture dominated by men, suffering daily physical, sexual and emotional violence: they are initiated into parenteral use by their partners, financially controlled to engage in sex work, and often, without autonomy to inject themselves, being exponentially vulnerable to blood and sexually transmitted infections (1, 3, 4).

In addition, like any drug user, they have access barriers to harm reduction services related to police intervention and do not find coverage of their needs in these devices, increasing the risks of overdose when consuming in risky environments (4, 5).

Therefore, it is necessary to rethink the attention to women who use drugs on the streets. We will take as an example the initiatives carried out in Canada, especially in Vancouver. In this city, in light of the emergency of opioid overdose and street violence, the InSite hygienic consumption room (SCH) was launched in 2003, which has demonstrated its effectiveness in reducing social and health damage among drug users parenterally. Specifically, among women it has been found that by using SCH they have the possibility of escaping from power relations in the street, increasing autonomy in the practice of consumption and reducing damage to health (3). However, the need for additional interventions to address structural forces that produce violence and social risks in vulnerable groups, especially women, has been pointed out.

Faced with this need, a series of interventions were carried out by the VANDU users association (Vancouver Area Network of Drug Users). In 2010, as Canadian federal laws do not allow SCHs to assist users with injecting, they opened an unauthorized SCHC run by trained peers to provide assistance to people who have difficulty



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

injecting themselves (4), and in 2011, an SCH for pulmonary consumption, until its closure in 2013 (6). Both experiences have had a positive impact on minimizing violence and damage to health among drug users, including women (4, 6). At the end of 2016, due to the fentanyl overdose crisis, low-threshold SCH were implemented in slum areas where care is provided by peers and professionals. However, a study found that women encountered barriers to accessing these SCHs because they were not qualified for pulmonary use and because of a lack of trust with the personnel who attend overdoses (7). Consequently, in mid-2017, SisterSpace, the first female-only SCH, was launched. In this, users are provided with social health care and a temporary respite from some forms of stigma and discrimination (8). There are currently 8 SCHs in Vancouver, out of a total of 26 across Canada, and ongoing work is underway to tailor services to the specificities of women and homeless people.

Therefore, it is necessary that the harm reduction centers with SCH pay special attention to the gender perspective for greater access for women drug users, and in promoting strategies beyond reducing harm to health. Recent studies indicate that users establish a strong commitment to SCH by finding in these devices a wide range of care, which includes being in an environment free of hostility, where they can receive compassionate care and mitigate negative experiences related to life on the street. (5, 9). At the moment, in our context, we find some specific proposals to care for women drug users with a positive impact. For example, at the La Illeta de Reus Activities and Reception Center, support and peer education groups have been held for women where they improve agency capacity, care and quality of life (2). Also, in the city of Barcelona, since 2017 the Metzineres space exclusively for women and people of dissident gender has been operating, in multiple situations of vulnerability, made up of professionals and drug users that offers flexible access and individualized attention with therapeutic and cultural activities and leisure and that promotes actions for drug reform from a feminist perspective (10).

In short, a greater self-organization of users and exclusive spaces for women that have activities and programs focused on their particularities and needs is required. These spaces should not only have programs to reduce damage to health, but also spaces to strengthen ties of trust (“warmth and coffee”, mutual aid groups, workshops, etc.) and provide approaches that reduce

social suffering and promote empowerment among women.

REFERENCES

1. Bourgois P, Prince B, Moss A. The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco. *Hum Organ.* 2004;63(3):253-264.
2. Llorca A, Ferrando S, Borrás T, Purroy I. El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.* 2013;20:9-22.
3. Fairbairn N, Small W, Shannon K, et al. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Soc Sci Med.* 2008;67(5):817-823.
4. McNeil R, Small W, Lampkin H, et al. “People knew they could come here to get help”: an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run ‘unsanctioned’ supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS Behav.* 2014;18(3):473-485.
5. Clua-García R. La gestión de placeres y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva.* 2020;16:e2481.
6. McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. “We need somewhere to smoke crack”: An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy.* 2015;26(7):645-52.
7. Collins AB, Boyd J, Hayashi K, et al. Women's utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: an ethnographic study. *Int J Drug Policy.* 2020;76:102641.
8. Boyd J, Lavalley J, Czechaczek S, et al. “Bed Bugs and Beyond”: An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *Int J Drug Policy.* 2020;78:102733.
9. Duncan T, Sebar B, Lee J, Duff C. Mapping the spatial and affective composition of care in a drug consumption room in Germany. *Social & Cultural Geography*, 2019. DOI: 10.1080/14649365.2019.1610487
10. Roig A. Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias [Internet]. Wola; 15/12/2019. [Consultado 31 aug 2020]. Disponible en: <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf> ★

Call for papers

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

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

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

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



LowThreshold *Journal*

2020, Vol. 8, Num. 1-2