

Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas

Juan F. Gamella¹.

Departamento de Antropología
Universidad de Granada.

Introducción.

En la España constitucional ha tenido lugar una crisis de drogas notable por su intensidad, por sus múltiples consecuencias y por el número de personas afectadas. Es probable que en este período se haya producido la transformación más rápida y radical en el uso y percepción de las drogas psicoactivas en nuestra historia.

Esta "crisis" ha venido provocada primariamente por la rápida expansión de una forma de politoxicomanía centrada alrededor del consumo habitual y compulsivo de heroína, sobre todo por vía intravenosa, que en unos años se extendió masivamente, hasta convertirse en un problema de salud pública y de control social, mayoritariamente percibido como tal por la población.

Dentro de un modelo de las crisis de drogas modernas, plantearemos aquí sucintamente un esquema de la evolución y construcción de este problema social y de su institucionalización en nuestro país, repasando algunas de las secuelas que derivan de ese proceso, sin duda el más cargado de consecuencias de todos los asociados al uso de drogas ilícitas en la España contemporánea.

Crisis de drogas.

Entendemos por crisis de drogas una transformación radical en la forma en que ciertas drogas psicoactivas son usadas, distribuidas y percibidas en una sociedad determinada. Cuatro procesos interrelacionados definen una crisis de drogas:

1. **La rápida expansión de formas de alta intensidad de consumir ciertas drogas** previamente desconocidas o minoritarias. Las nuevas pautas de consumo intensivo y compulsivo pueden involucrar nuevas sustancias o nuevas

¹ El autor mantiene todos los derechos correspondientes a este texto, incluida su publicación parcial o total en otro lugar.

formas de usar sustancias antes conocidas, pero suponen siempre una novedad cultural, faltando modelos consensuados e intergeneracionales de consumo y de control del uso (Zinberg 1984).

2. La generación de **una intensa alarma social** por esos consumos y sus consecuencias que, a menudo, supera el nivel de los pánicos morales analizados por Cohen (1972) y por Goode y Ben-Yehuda (1994). Las nuevas formas de uso de drogas se perciben como problemas sociales urgentes, es decir, amenazas para el orden social que requieren la intervención del poder político y que provocan **una institucionalización** de las formas de combatirlo y la aparición de organismos y agencias específicamente dedicados a atender, remediar o erradicar "el problema". Temas tales como la persecución penal del comercio o la sanción legal de algunos consumos son instaurados o reforzados y, como resultado, las libertades individuales suelen restringirse. La alarma pública puede preceder la expansión de las nuevas pautas y ayudar a promoverlas entre ciertos grupos.
3. El crecimiento de **una nueva economía** más o menos informal o ilegal dedicada a la producción y distribución de drogas, que genera **un salto en la disponibilidad** de las nuevas sustancias. La generación de ese mercado informal o ilegal tiene profundas consecuencias políticas y económicas algunas de carácter internacional (ver Ruggiero y South 1995; Scott y Marshall 1991; Moore 1977; Reuter y Kleiman 1986). En paralelo a la economía informal o ilegal de las drogas suele crecer e institucionalizarse el sector gubernamental dedicado a "combatir" o reducir esa economía (Dorn, Murji y South 1992).
4. El desarrollo de **un problema de salud pública** que deriva de un daño sanitario masivo y cuantificable que en las sociedades desarrolladas puede generar una crisis sanitaria. Las crisis de drogas derivan en procesos que se contemplan y acometen como epidemias o crisis de salud pública. La expansión de las nuevas formas de uso de drogas supone importantes riesgos y daños para la salud de muchos usuarios no sólo por la farmacología de las drogas en sí, sino también por la forma en que son utilizadas, algo en lo que influye directamente su status legal y social.

Estos cuatro procesos están siempre abiertos a esas formas de **amplificación y realimentación** estudiadas por Cohen y Young (1981) en cuanto a la información, la alarma y la urgencia asociada al problema y a la que contribuyen diversos líderes de opinión pública y diversos "emprendedores morales". Por ejemplo, la ilegalidad de las drogas consumidas tiende a

incrementar sus precios, criminaliza a los usuarios, torna más peligrosas las pautas de uso y hace, por lo tanto, más negativa la visión de las drogas y sus usuarios en uno de los varios "círculos viciosos" y profecías de autocumplimiento que caracterizan el fenómeno a distintos niveles (Lettieri et al. 1980).

Las crisis de drogas, sin embargo, no son sólo construcciones ideológicas ni ejemplos de ilusiones colectivas como algunas "olas de criminalidad" o "pánicos morales" estudiados en diversos países (Fishman 1978; Cohen 1972), sino cambios en la conducta de diversos grupos que provocan una convicción generalizada de que la acción colectiva es necesaria para controlarlos. Las crisis se delimitan, definen y consolidan cuando su institucionalización se hace evidente porque se promulgan leyes o se crean organismos específicos para combatir o remediar el "desorden".

Las crisis de drogas reflejan dos hechos conocidos y recurrentes: que a menudo "una droga parece ser más adictiva en una sociedad o período determinados que en otros" (Peele 1985:72) y que el "abuso de drogas" tiende a construirse (darse y percibirse) en forma de "epidemias" o ciclos, con claros ascensos y descensos, y no de forma gradual o constante, algo que tiene obvias razones demográficas, culturales y hasta económicas.

No todos los ciclos de aumento de consumo de nuevas drogas generan crisis tal y como las definimos aquí, incluso en los casos en que se genera una intensa alarma social. A menudo la alarma no corresponde con un verdadero problema de salud colectivo y perceptible, y a veces la institucionalización no se consolida. Esos procesos se parecen más a esos ciclos de ilusión o engaño colectivos que observamos en los "pánicos morales" y en las "cazas de brujas" que abundan en la historia colectiva de casi todas las sociedades complejas.

La historia moderna ofrece varios ejemplos de crisis de drogas:

1. La crisis de la ginebra en Inglaterra, entre 1720 y 1758.
2. La crisis del opio en China, de 1799 a 1949.
3. La crisis de las anfetaminas en el Japón de la posguerra, entre 1945 y 1955.
4. Las "epidemias" de heroína en EEUU, entre 1969 y 1977².
5. La crisis de la cocaína y sobre todo del "crack" en EEUU, entre 1978 y 1992.

2 ² Que afectó también a ciudadanos norteamericanos en otros países, como muchos de los soldados destinados en Vietnam (ver Robins 1974).

6. La expansión del consumo de heroína en Europa entre 1978 y 1992.

Las crisis de drogas son a menudo síntoma o resultado de crisis sociales más amplias. Tienden a ocurrir en terrenos fértiles, en intersecciones decisivas, críticas, cuando otros muchos cambios sociales se suman y refuerzan, aunque acaban convirtiéndose en problemas primarios con su propia dinámica.

La crisis de la heroína en España: 1977-1992.

En España en las últimas décadas hemos vivido una crisis de drogas provocada por la rápida expansión de una forma de politoxicomanía centrada alrededor del consumo habitual y compulsivo de heroína. De una práctica casi inédita, que antes sólo se encontraba en los libros, películas y discos extranjeros, el uso intravenoso de heroína y otras drogas³ así como sus secuelas habituales, han pasado a convertirse en aspectos rutinarios de la vida de nuestros pueblos y ciudades y, como en la previa crisis norteamericana de la que ésta ha tomado prestados muchos elementos, en una importante fuente de "inquietud social, delincuencia e histeria pública" (Zinberg 1984: x).

Etapas de la crisis.

Todos los datos a nuestro alcance apoyan la tesis de que antes de 1976 el consumo y comercio de heroína eran casi desconocidos en España⁴, aunque había morfínomanos yatrogénicos de edades y características distintas a las de los futuros heroinómanos callejeros (véase, por ejemplo, González Duro 1979). Mientras que en el verano de 1978, los consumidores de heroína en España podían aún contarse por decenas o, a lo sumo, por centenares, en 1982 había ya en España decenas de miles de jóvenes que había aprendido a inyectarse opiáceos que conseguían en un creciente mercado negro, y que se consideraban a sí mismos adictos a la heroína. Hablamos de opiáceos y no sólo de heroína, porque muchos futuros "heroinómanos" se iniciaron en la práctica endovenosa usando otras sustancias, a menudo obtenidas en farmacias (ver Gamella 1991; 1993).

3 ³ Entre ellas, la cocaína, que ha sido siempre bastante popular entre los heroinómanos europeos y norteamericanos, o algunas benzodiazepinas (como el flunitrazepam) y crecientemente ciertos opioides sintéticos usados en sustitución, complemento y a veces con preferencia a los opiáceos.

4 ⁴ Lo que había crecido considerablemente en esa fecha era el uso de derivados de la Cannabis (especialmente hachís marroquí), que había contribuido a transformar la cultura juvenil desde los primeros años setenta (Romaní 1983a, 1983b).

La expansión de la heroínomanía en España tuvo su primera fase en los años 1977 y 1978, cuando los primeros yonquis se hicieron visibles y la atención pública se concentró por primera vez en el uso local de esa droga. La expansión alcanzó niveles "epidémicos" en la segunda fase, entre 1979 y 1982, para llegar a su cénit en la tercera, entre 1983 y 1986, en unas condiciones político-jurídicas específicas⁵, que produjeron la definitiva institucionalización del problema.

Desde 1987 la crisis entró en una nueva fase, disminuyendo el número de nuevos usuarios, mientras crecían la morbilidad y mortalidad de los heroínómanos a consecuencia de sus formas de vida, así como por la expansión del SIDA. En esta fase se extendió el uso de heroína fumada (a menudo en "mezcla" con cocaína), que los usuarios percibían como menos peligroso que el uso parenteral.⁶

En los últimos años, sobre todo a partir de 1991 y 1992, la crisis ha perdido su agudeza convirtiéndose en "endémica": hay menos nuevos heroínómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida y circunscrita a ciertos entornos. A la vez, se están redescubriendo los problemas asociados a otras drogas, como el alcohol, o la cocaína y se predicen nuevas "epidemias" asociadas a otros psicofármacos, como las llamadas "drogas de diseño".

Varios indicadores independientes apoyan ese modelo⁷, entre otros, los datos de solicitudes de tratamiento, admisiones hospitalarias y clínicas, confiscaciones de drogas ilegales tanto a nivel de importación como en los puntos de la venta al detalle, infecciones y enfermedades asociadas al uso intravenoso, muertes por reacción aguda ("sobredosis"), y otros muchos indicios más difíciles de cuantificar y contrastar, pero apreciados una y otra vez por una multitud de profesionales médicos, sociales y policiales (ver, por ejemplo, De la Fuente et al. 1995, SEIT 1995;1994; 1993; Camí y Barrio 1993;

5 ⁵ Estos incluyen los cambios legislativos y procesales introducidos por el primer gobierno del PSOE (las "reformas" Ledesma), así como la intensa respuesta nacional e internacional que provocaron.

6 ⁶ El consumo habitual de heroína fumada parece crear más problemas que el consumo de cocaína que hace una población más amplia.

7 ⁷ En otro lugar hemos tratado de ir estableciendo un calendario preciso de lo ocurrido (Gamella 1989, 1993, 1994) y estamos preparando un trabajo más amplio sobre la historia social de esta crisis de drogas. Salvo excepciones, la memoria social de lo contemporáneo es muy superficial y el orden de los acontecimientos se desdibuja, desapareciendo la posibilidad de distinguir entre causas y efectos, motivos y consecuencias.

Gamella 1989, 1990, 1993, 1994; Hartnoll 1992, Sánchez Payá et al. 1990, Comas 1985; DGPND, 1994, 1993, 1992; Funes y Romaní 1985).

Elementos de la crisis de la heroína.

Repasemos sucintamente los cuatro procesos que constituyen una crisis de drogas en el caso que nos ocupa.

1. Nuevos usos de drogas y nuevos tipos sociales.

Como botón de muestra de la intensidad de los cambios que se han producido en España citaremos una anécdota relacionada con la llegada en 1977 de los primeros heroinómanos a la unidad de drogodependencias del Hospital Psiquiátrico de la Diputación de Barcelona. Esa unidad había asistido antes a pacientes con problemas derivados del uso de alcohol y, en menor medida, de otras drogas, entre las que se incluían los opiáceos; pero nunca había tratado heronómanos. Ese año, el hospital tuvo su primera experiencia con usuarios callejeros de heroína y, en su relato de aquel encuentro, el director de la unidad muestra el espíritu pionero que dominaba entonces el abordaje de esta condición:

En el verano de 1977 ingresaban, por orden judicial, los dos primeros heroinómanos. Recordamos el revuelo y la expectación que su presencia despertaron, dado lo novedoso del suceso... Fueron aislados en un Pabellón y sometidos a vigilancia de la Policía Armada. Hasta aquella fecha sólo habíamos tratado algún dependiente de la morfina, pentazocina, etc, de origen yatrogénico, así como de anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos... Aun a sabiendas que los heroinómanos podían causarnos graves trastornos, los acogimos sin reservas. Éramos testigos de una nueva patología que comenzaba a nacer con fuerza inusitada (Monegal 1980:156. Énfasis, nuestro).

La heroínomanía era todavía, incluso entre especialistas, una curiosidad médica, un llamativo "morbo" que estaba aún muy lejos de convertirse en una preocupación diaria del sistema de salud pública. La epidemia ya se "anunciaba", sin embargo, con tintes proféticos.

Aquellos tiempos resultarán idílicos una década después, cuando habrá ya pocos españoles que no conozcan algún heroinómano y pocas familias que no los cuenten entre sus parientes. En comparación con aquellos dos "pioneros" de 1977, el número de los heroinómanos que acudieron a tratamiento en 1992 a alguno de los centros públicos o privados

subvencionados de toda España fue de 37.232 (SEIT 1993: 82)⁸. Conviene reflexionar sobre las profundas transformaciones sociales, políticas y culturales que se esconden tras esos contrastes. Que un par de casos provoquen curiosidad y sorpresa, mientras casi cuarenta mil apenas sean noticia revela cómo lo extraordinario ha llegado a hacerse monótono. Los heroinómanos se han convertido en un elemento diario de la vida del país, un tipo social presente en la imaginería cotidiana, y probablemente sean el grupo de su generación (hoy tienen una media de edad entre 32 y 34 años) que da más trabajo al sistema sanitario y de asistencia social.

Protagonistas: los heroinómanos españoles.

La mayoría de los heroinómanos españoles han sido y, en menor medida, siguen siendo jóvenes varones (hay cuatro hombres por cada mujer) que nacieron entre 1956 y 1970, con un bajo nivel educativo. Se trata de una población en la que predominan aquéllos con poca o ninguna cualificación educativa o profesional que les permita competir ventajosamente en el mercado de trabajo. Solo una pequeña porción de ellos ha accedido a la enseñanza universitaria. La gran mayoría ha padecido largos períodos de desempleo y subempleo durante la última década; muchos han acabado vinculándose a trabajos en los que no ven futuro y que no les satisfacen. Muchos han abandonado definitivamente el mercado de trabajo convertidos en un nuevo tipo de jóvenes minusválidos (Gamella 1993; Gamella y Meneses 1993).

En altos porcentajes, que en muchas zonas superan el 85 por cien de los casos, los heroinómanos han usado la ruta intravenosa para administrarse heroína y otras sustancias en algún momento de su "carrera" toxicómana⁹. En una elevada proporción se han infectado por el VIH.

Hay heroinómanos en casi todos los pueblos y ciudades de nuestro país, y en todas las clases y estratos socioeconómicos, desde las élites a los grupos más pobres y marginados. Ha habido heroinómanos en las familias de directivos y altos cargos de la administración o del ejército, de los profesionales más exitosos, entre los hijos de obreros de la construcción, administrativos y funcionarios, pero también de parados, mercheros y gitanos que viven de la

8 ⁸ El SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías) recoge todas las admisiones a tratamiento remitidas por centros públicos o privados subvencionados en las diversas Comunidades Autónomas. Su cobertura para ese indicador es muy alta.

9 ⁹ Todavía en 1991, en 12 de las 17 Comunidades Autónomas pasaban del 70 por ciento los heroinómanos que, al solicitar tratamiento, declaraban la vía parenteral como aquella que usaban más frecuentemente (ver DGPND 1994:24).

venta ambulante o de los jornales del campo o incluso de la venta de drogas ilegales. Este problema social ha tenido en España un carácter no sólo urbano, sino también rural, lo que manifiesta su extensión y penetración en el tejido social. La heroínomanía y sus perjuicios, sin embargo, se concentran desproporcionadamente en las zonas con mayores carencias en servicios, dotaciones y recursos, así como en las zonas de población juvenil desempleada o subempleada, es decir, allí donde residen los sectores de clase media-baja y baja, entre los hijos de los obreros manuales de nivel cultural bajo y en las zonas de infravivienda o de viviendas de protección oficial. Hay zonas de muchas ciudades que comparten un cierto "clima social" y hasta urbanístico y donde la concentración del problema es muy elevada. Hay barrios, manzanas y calles donde hemos llegado a localizar uno o más de un heroínomo en cada bloque, incluso uno en cada planta de cada portal. En esos espacios se ha vivido la crisis como una desgracia colectiva, una "plaga" inesperada sobre la que no caben medias tintas. Las madres con uno, dos o tres hijos "enganchados" no están para discursos complicados o sofisticados, puesto que han sufrido en su carne el extremo "mal" de "la droga".

Por ejemplo, en una investigación etnográfica que llevamos a cabo en cuatro distritos del norte de Madrid para establecer la extensión y la distribución social y espacial de la heroínomanía, encontramos que, en una población de unas cien mil personas, había más de mil heroínomos; las personas que habían pasado por esa condición suponían casi el 2 por ciento de toda la población mayor de quince años para el total de la zona estudiada. En algunas áreas, sin embargo, como en dos barrios del distrito de Tetuán, hemos encontrado casi 700 heroínomos en una población de 40.000 personas, una cifra abrumadora. Esos setecientos "drogadictos" encontrados en esos dos barrios de Madrid, significan que cerca del 8 por ciento de todos los varones nacidos entre 1951 y 1970 han sido heroínomos en algún momento de la década pasada. Si tenemos en cuenta que una gran parte de ellos se ha inyectado drogas en vena compartiendo los útiles de inyección y que muchos de ellos están infectados por el VIH, es difícil exagerar la gravedad de la "crisis" en esa zona de la capital. La vida del "yonqui" ha seducido a toda una generación, segando la vida de muchos de ellos en algo que, sin exagerar, puede considerarse un holocausto gradual y silencioso.

2. Alarma social e institucionalización.

La heroínomanía callejera y sus secuelas se han convertido en uno de los problemas sociales más temidos, ya sea por sí misma o por su asociación con la "inseguridad ciudadana" y con la infección por VIH/SIDA. A lo largo de la década figurará en las encuestas de opinión como uno de los problemas principales del país y una de las condiciones que más tememos de las que pudieran afectar a nuestros seres queridos.

Hoy, aunque sigue habiendo decenas de miles de heroinómanos en España (muchos de los cuales consumen también cocaína y muchas otras drogas), la heroína no es ya una droga atractiva, popular, "glamorosa". Al contrario, tiene mala fama incluso entre jóvenes que consumen muchas otras drogas e incluso aquellos con pautas de policonsumo problemático (Gamella y Alvarez Roldán 1995).

La construcción de la imagen pública del problema, que se consolidó en el período álgido de la crisis, entre 1983 y 1985, avanzó a saltos, y curiosamente estaba muy madura en sus perfiles centrales antes de aparecer en la calle. La preexistencia de un "guión" previo a la crisis se aprecia en la campaña publicitaria de 1978, que debería considerarse en los actuales esfuerzos preventivos.

La campaña publicitaria de 1978.

La segunda mitad de 1978 fue un período seminal en la crisis de la heroína en España, no tanto por la extensión de los usuarios, que crecían pero eran aun muy pocos, como por la atención pública concentrada en el tema y por los esfuerzos variados por crear "conciencia social" respecto al problema. El sentido "epidémico" fue entonces masivamente promovido por primera vez, basándose en la existencia de un puñado de casos locales. La orquestación de las noticias alarmantes sobre esa droga alcanzó un crescendo en ese momento, funcionando quizá como una campaña de promoción del nuevo producto y las técnicas de administración asociadas. Resalta la sincronía y coordinación de los medios de comunicación (prensa, televisión, industria editorial) y las instituciones (gubernamentales y no gubernamentales) en su respuesta. Se aprovecharon los primeros síntomas locales para lanzar una campaña de promoción que hoy sonroja tanto por los actores que la llevaron a cabo como por los métodos y conceptos utilizados, para "concienciar" a la ciudadanía del problema que se avecinaba. Paneles publicitarios con mensajes como "La droga mata"; reportajes periodísticos sobre las muertes por "sobredosis" (alguna debida a un envenenamiento con cloroformo en un robo de heroína); los primeros "tratamientos" (dar metadona para que se la inyectaran "adictos" al LSD); y reiteradas referencias a una realidad norteamericana en películas, discos y libros popularizados entonces, contribuyeron a hacer del consumo intravenoso de heroína una realidad "presente" y una opción social válida (véase Gamella 1989). El problema masivo de la heroinomanía estuvo en los medios de entretenimiento y comunicación antes de estar en la calle. Resulta dramático pensar que en aquella fase previa todavía hubiera podido actuarse eficazmente y reducir considerablemente el ámbito de extensión de la crisis y de los daños que ésta iba a causar.

A partir de entonces, los medios de comunicación, árbitros activos del

significado social de tantos fenómenos, instruyeron machaconamente a la audiencia española en el consumo de las drogas ilícitas. El público, educado en las nuevas convenciones que los medios generaban en su interacción con la vida social --para volver a ésta y alterarla-- fue ya capaz de responder a críticos mensajes y a una nueva terminología previamente desconocidas. "Sobredosis", por ejemplo, o "toxicómano", o "metadona" o "caballo" han llegado a ser términos que los medios esperan que cualquier lector, oyente o telespectador entienda y ubique en el contexto de la "droga" y sus males.

Educación popular y conciencia social.

La influencia de esa educación pública se aprecia en diversas encuestas de opinión. En 1980 pocos españoles eran capaces de distinguir entre las distintas drogas ilegales, o de enumerar las más someras propiedades de la mayoría de ellas. En una encuesta nacional realizada en enero de 1980, se pidió a seis mil ciudadanos que nombrasen las drogas más usadas en España. De todos los encuestados, el 47,3 por cien era incapaz de mencionar el nombre de droga alguna. Entre las mujeres, la proporción se incrementaba hasta el 55,2 por cien. En el grupo de máximo riesgo (18 a 35 años de edad), sólo un 9,6 por cien fue capaz de nombrar un opiáceo (CIS 1980). Estos resultados apuntaban a "una desinformación absoluta en los aspectos concretos" del problema de las drogas por parte de la población española y contrastan llamativamente con los resultados de una encuesta similar realizada en junio de 1984 entre jóvenes de 15 a 29 años de edad. Entonces, el 49,8 por cien de los entrevistados mencionó espontáneamente la heroína y el 56,1 la cocaína como drogas comúnmente usadas en España. Más sorprendente incluso resultó el dato de que un 16,7 por ciento de los encuestados declaraba tener usuarios regulares de heroína entre sus conocidos (Comas, 1985:110-111) . Pero la extensión del conocimiento sobre drogas estaba en auge. Año y medio después, en diciembre de 1985, otra encuesta mostraba cómo el 90 por cien de los entrevistados, sin distinción de edad, reconocía a la heroína y la cocaína como drogas masivamente usadas en España (CIS 1986). El "problema de la droga" había devenido una institución en la vida diaria del pueblo español.

Respuesta institucional.

También en 1978 comenzó a gestarse una nueva respuesta institucional con la creación de comisiones gubernamentales dedicadas a elaborar "un plan drástico de actuaciones coordinadas sobre las fuentes de suministro de drogas en medios docentes, la información y mentalización, promoción de centros y servicios de detección, tratamiento, reintegración social y preparación de las personas especializadas"(El País: 23/12/78).

Ese mismo lenguaje institucional se repetiría monótonamente en años

sucesivos hasta culminar, en 1985, en el momento álgido de la crisis, con la creación por parte del gobierno del Plan Nacional contra/de/sobre Drogas, que en su primera formulación tenía el propósito explícito de reducir el uso y la adicción a la heroína. Programas e instituciones semejantes fueron creados a continuación a nivel municipal y autonómico en todo el país, dedicándose a este tema un considerable conjunto de recursos. En los cinco primeros años de funcionamiento del plan, entre 1986 y 1991, el presupuesto invertido por la Administración Central y las Comunidades Autónomas superó los 67.000 millones de pesetas (DGPNSD 1992: 33).

Los objetivos se han ido sucediendo, similares en lo programático aunque muy variados en la práctica: reprimir el comercio de drogas ilegales, rehabilitar y reinsertar a los toxicómanos, producir y difundir información pretendidamente preventiva y formar especialistas. Los resultados han sido variados y están por evaluar con sentido crítico, datos y distancia suficientes.

Todos los aspectos del programa han crecido enormemente. Por ejemplo, el sector de tratamiento y la rehabilitación de los heroinómanos supone ya una importante porción de la atención médica y paramédica en España. Desde 1979 cientos de centros de tratamiento, variados en sus métodos y presupuestos, han surgido por todo el país. Se ha creado un sistema asistencial muy específico con "centros de día", unidades hospitalarias de desintoxicación, comunidades terapéuticas, centros residenciales "en los que se trabaja la rehabilitación en régimen de internamiento", centros ocupacionales, grupos de autoayuda, programas de metadona, etc (DGPNSD 1992: 41). En 1991 eran ya 325 los centros de tratamiento ambulatorio especializados que atendieron heroinómanos en todo el país, y que suponían una "puerta de entrada al sistema de atención especializado", desde donde los pacientes eran "derivados a otros recursos" (DGPNSD 1992: 24). Además 47 hospitales en todo el país ofrecían tratamientos de desintoxicación en unidades al efecto, en las que miles de heroinómanos pasaban crisis de abstinencia. Había también 69 "Comunidades Terapéuticas" públicas (o privadas con plazas concertadas) que atendían heroinómanos, y muchas más que recibían subvenciones (DGPNSD 1992: 28-29). Esa forma de tratamiento, antes desconocida en España, ha crecido para "curar" yonkis y tóxicos manteniéndoles lejos de sus barrios y "colegas" en granjas y fincas rurales, enfatizando así los aspectos situacionales de la heroinomanía. Muchas de esas "comunidades" pertenecen a asociaciones multinacionales con diversas filosofías y formas de organización (Comas 1988; Roldán 1992). Algunas de ellas se han visto envueltas en diversos escándalos e irregularidades.

Desde el punto de vista de la generación de conocimiento, se han multiplicado los estudios a nivel local, regional o estatal, con variable rigor y fiabilidad, que han producido una hornada de "expertos", algunos de los cuales se convertían en tales a raíz de uno de esos estudios, generalmente una encuesta domiciliaria. Los usos de drogas constituyen hoy uno de los temas

sobre los que más se "investiga" y se publica, aunque con dudosos resultados contrastables. A menudo se han aplicado estrategias y técnicas poco apropiadas, por ejemplo, aquéllas que informan más o menos bien sobre las formas de consumo mayoritarias y de baja intensidad, pero mal sobre las formas de alta intensidad, estigmatizadas y más problemáticas como las que nos ocupan.

3. Una economía informal e ilegal.

La crisis de la heroína se conceptualiza a menudo como la expansión de una enfermedad. Puede también verse como el crecimiento de una industria; una industria internacional con un vasto nivel de ingresos y formas peculiares de promocionar sus productos. Desde la segunda mitad de los setenta se ha consolidado en nuestro país un amplio y estable mercado de drogas ilegales, sobre todo de hachís, heroína y cocaína. El comercio de esas drogas es un negocio millonario, uno de los sectores más pujantes de la abultada economía informal.

Parece que antes España era un lugar de tránsito en algunas de las grandes rutas internacionales del tráfico de drogas. Por ejemplo, la mayoría de las grandes partidas confiscadas antes de 1978 (como los 7 kilos de heroína aprehendidos en Barajas el año antes a un viajero tailandés¹⁰) iban encaminados a la venta y el consumo exterior. Ese papel de "escalón" se ha incrementado durante la última década, sobre todo para la cocaína y el hachís. No obstante, desde finales de los setenta, una porción creciente de la droga que entra en España ha ido quedándose aquí para ser consumida localmente. Desconocemos cómo el naciente mercado local se fue vinculando a las grandes tramas internacionales de distribución de drogas. La construcción de ese "narcoconducto" o mejor, de ese múltiple tejido capilar, es otro de los aspectos de esta economía, que apenas se ha estudiado en nuestro país, siquiera someramente, más allá de algunos reportajes periodísticos centrados en sus aspectos más llamativos y escandalosos.

La mayoría de los aspectos de esa ingente economía permanecen tan mal estudiados como comprendidos. Conviene recalcar, en cualquier caso, que se trata de una economía de servicios por mucho que se base en la distribución de productos, pues la mayor parte del valor añadido procede de los costes que el riesgo añade a la distribución en sus distintas fases.

Parte de nuestra ignorancia se debe a las dificultades inherentes al estudio de los mercados ilegales. Sabemos poco respecto a los principios que subyacen a la organización general de tales mercados, a cómo la coerción y la

10 ⁰ Esa aprehensión constituyó el 99 por ciento del total de heroína confiscada ese año en España.

violencia influyen en la competencia o, en términos de Reuter, cómo "la mano visible puede suprimir la invisible" (1983:11) y, sobre todo, si los mercados y las ocupaciones ilegales son económicamente distintos a las legales, o lo son sólo desde un punto de vista normativo, moral y social (Ruggiero y South 1995; Reuter et al. 1990; Portes, Castells y Benton 1989).

En España sabemos menos aún sobre el tamaño y estructura de esos mercados, sobre la inelasticidad real de la demanda de drogas incluso por parte de aquéllos que se sienten "enganchados", sobre el número de eslabones y actores desde el productor al consumidor, etc. Es también poco lo que conocemos respecto a las relaciones entre los mercados de las diversas drogas a los diversos niveles de su estructura, desde la financiación a la importación y el mercado al detalle. En la calle, como sentenciaba un informante, "en las drogas hay dos mundos: el de la heroína y el de todas las demás". El hachís y la cocaína se usan de forma habitual por un grupo mayor de usuarios, con una mayor variedad de pautas de consumo y de formas de entender y vivir ese consumo. La heroína se usa mucho más como un fin en sí misma y no para hacer otra cosa: divertirse, hablar, aguantar toda la noche y toda la juerga; un alto porcentaje de los usuarios regulares de heroína (no sabemos si todos) se sienten "enganchados", es decir, viven su uso no como una elección, sino como una necesidad.

El mercado de hachís es un mercado extenso: mucha gente se dedica a "trapichear" hachís y recibe o complementa sus principales ingresos merced a ese comercio. Por ejemplo, muchos heroinómanos financian su hábito con el comercio de hachís. Por eso, en los lugares donde se vende hachís no tarda en aparecer también la heroína de forma secundaria, ya entre los consumidores o los vendedores. Muchos adictos, en algún período de su adicción han vendido heroína y otras drogas como una forma de sufragar su hábito. Se trata por lo tanto de un aspecto de la vida de los "yonquis" que aparece reiteradamente en sus "carreras" y autobiografías. El mercado de heroína es más cerrado y exclusivo: cuesta más entrar y no se vende tan fácilmente a desconocidos sin la presencia de algún habitual.

Hemos estudiado etnográficamente el comercio de heroína al detalle en varias zonas de Madrid y, en menor grado, en otras de Cataluña y Andalucía pudiendo constatar la estabilidad y consolidación del mercado a nivel local tanto en zonas urbanas como rurales. En uno de los barrios considerados en el Norte de Madrid, por ejemplo, existen puntos de venta permanente donde, casi sin interrupción, ciertos individuos y sus familias llevan vendiendo heroína de forma continuada desde 1982. La acción policial desplaza esos puntos, pero rara vez altera su número ni su relación con escalones más altos del mercado. Durante una década los heroinómanos locales no tuvieron que salir de los límites del barrio (es decir, un breve trayecto andando) para conseguir heroína adulterada, aunque las oscilaciones de los precios y, sobre todo, de la calidad de la sustancia llevaban a los usuarios a viajar a otras zonas de Madrid a

probar con otros distribuidores. En Andalucía y Cataluña hemos constatado cómo hay adictos y comercio incluso en pueblos pequeños. Esa oferta a nivel local ha afectado al consumo: muchos usuarios vivían cerca de sus fuentes de suministro (sólo tenían que andar un poco más para hacerse con una dosis para un buco o un chino que para comprar un paquete de cigarrillos), lo que refleja el salto en la disponibilidad que caracteriza una crisis de drogas.

Una nueva delincuencia relacionada con la crisis.

Desde 1976 se ha extendido en España una nueva forma de delincuencia contra la propiedad en la que ha participado crecientemente un sector social nuevo, formado por jóvenes varones, nacidos mayoritariamente entre 1956 y 1965, de familias obreras, con bajo nivel educativo y profesional pero desconocimiento del mundo delincriminal y aspiraciones de movilidad social. La incorporación de esos jóvenes en conductas delictivas precedió y preparó la expansión masiva del uso de heroína, que hemos detallado en páginas anteriores. Los dos procesos, aunque distintos, comparten un conjunto común de causas y condiciones sociales que los han hecho interdependientes. A partir de cierto instante ambos procesos se interconectaron y amplificaron. Desde entonces ha habido una correlación positiva entre el incremento de una nueva delincuencia y la expansión de la heroínomanía en la España contemporánea.

La relación entre uso de heroína y nueva delincuencia no debe contemplarse estáticamente. Se trata más bien de dos procesos asociados a dos estilos de vida que, en el mundo contemporáneo, se han visto interconectados de diversas formas. Es evidente que muchos heroínómanos recurren a delitos "adquisitivos" como un medio de financiar su hábito. También es cierto que, en la "carrera" de muchos delincuentes, el consumo regular de heroína suele provocar un incremento de su pauta delictiva. Así, muchos de los que se iniciaron en el uso regular de heroína eran ya delincuentes "habituales", mientras otros comenzaron a involucrarse en delitos graves a raíz de su consumo frecuente de esa droga.

El aumento de ciertos delitos en los años cruciales de la crisis es asombroso. Si comparamos los 87 atracos a bancos ocurridos en 1976 con los 6.239 de 1984, vemos cómo en ocho años la frecuencia de un delito grave para todos los involucrados en él, último escalón en muchas carreras delictivas, se ha multiplicado por sesenta. De acuerdo con ese crecimiento, aumentaron las cantidades de dinero robado¹¹ (CGPJ 1987). La mayoría de esos atracos contribuyeron con dinero contante a financiar el desarrollo del creciente mercado de heroína en España.

11 ¹ El número de atracos, sin contar bancos, se incrementó también notablemente en ese período, pasando de 2.690 en 1977 a 45.395 en 1984 (Idem).

La asociación de heroínomanía y delincuencia contribuyó a generar varias "olas de criminalidad" que provocaron un clamor popular y mediático de miedo y amenaza, que cristalizó simbólicamente en la "inseguridad ciudadana" como problema social. En los años centrales de la crisis, entre 1983 y 1986, los informes policiales, por ejemplo, estimaban que hasta el 80 por ciento de todas las detenciones por delitos contra la propiedad en España podían estar relacionadas con el uso o dependencia de las drogas (CGPJ 1986a, 1986b). De los heroínómanos que utilizan los dispositivos de asistencia¹², más del 50 por ciento declaran haber estado detenidos al menos una vez, más de un tercio haber sido procesados y un 20 por ciento haber sido condenados (Comas et al. 1990).

4. Un problema de salud pública.

Muchos de los heroínómanos han visto destrozadas su salud y su vida en los años de la crisis, no sólo por la farmacología de las drogas, sino por la forma en que son utilizadas, que se relaciona estrechamente con su status legal y social.

El de los heroínómanos han sido un grupo notable por las múltiples enfermedades infecciosas y degenerativas que se derivan de sus pautas de uso de drogas y de sus formas de vida. Inyectarse en vena varias veces al día sustancias adulteradas y contaminadas, con poca higiene y control de las inyecciones ya supone por sí solo un considerable riesgo para la salud. Las infecciones jalonan la carrera del heroínómano/a: entre las más frecuentes podemos citar las infecciones bacterianas por *stafilococcus áureos*, las hepatitis, las tuberculosis, las endocarditis, las infecciones de partes blandas, las candidiasis diseminadas, las artritis-ostiomelitis, etc. (Ver Sánchez Paya et al. 1990). Los heroínómanos han sufrido también los efectos indeseados de las mecánicas de administración de sus drogas favoritas: las embolias, las gangrenas, los abscesos, etc. Por último, muchas "carreras" heroínómanas se han visto jalonadas por los efectos indeseados de las drogas, el más radical, por supuesto, la muerte por reacción aguda adversa o "sobredosis", que ha segado la vida de miles de jóvenes españoles y que tanta alarma y reacción mediática provocó al comienzo de la crisis, hasta que todos, según parece, acabamos acostumbrándonos al fenómeno.

De otro lado, la dependencia misma es vivida a menudo como patología, casi siempre culposa. Y el desprecio de sí que suele acompañar a esa dependencia conduce a muchos heroínómanos al abandono y la falta de

12 ¹² Menos alarmante pero igualmente significativo ha sido el crecimiento de un tipo de prostitución y prostituta/o que ofrece sus servicios para financiar su hábito de consumo de heroína y/o cocaína.

interés y cuidado en su alimentación, higiene, etc., lo que incide también en la morbilidad de este colectivo y, sobre todo en el caso de las mujeres, de sus hijos.

SIDA: de una epidemia metafórica a otra infecciosa

A las muchas desgracias que han afectado a decenas de miles de jóvenes se ha añadido inesperadamente un nuevo mal: el SIDA. En España, desde que el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1981, hemos ido constatando cómo la enfermedad ha penetrado en la población de los usuarios de drogas por vía intravenosa. Ese es el grupo que cuenta hoy con más infectados y enfermos y el principal vector para la extensión de la enfermedad a la población general. De los más de 40.000 casos oficialmente reconocidos en España, casi el 65 por ciento están directamente relacionados con el uso de drogas por vía intravenosa.

Las nuevas formas de uso de drogas y en especial la intravenosa son, por lo tanto, la causa principal de la extensión de la infección por VIH y del SIDA en España. Sin la popularización de "lo endovenoso" la epidemia seguramente sólo habría afectado a una pequeña porción de los que hoy la sufren. Los porcentajes de infección por VIH que se observan en las muestras disponibles de homosexuales, hemofílicos o prostitutas son similares o incluso inferiores a los encontrados en muestras internacionales equivalentes. Entre los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDIs) españoles, sin embargo, se dan porcentajes de infección de los más altos del mundo. Dependiendo de la zona y el grupo investigado, en las muestras de UDIS se han detectado anticuerpos entre el 40 y el 80 por ciento de los casos. Los porcentajes de infección parecen ser mayores en las grandes zonas urbanas del centro y del norte de España (Madrid, Barcelona, País Vasco), entre los UDIS en prisión y entre los fallecidos por sobredosis (Camí y Barrio 1993; Bravo y De la Fuente 1991).

En 1992, España era el primer país de Europa en cuanto a la tasa acumulada de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas, seguido de Italia, Suiza y Francia (DGNPSD 1992: 20), un triste rango que hemos mantenido en años sucesivos. Los más de 21.000 casos diagnosticados entre UDIS desde 1990 han hecho de España el país con la más alta incidencia de SIDA en Europa¹³. Además, hoy puede haber miles de infectados por ese motivo que han podido transmitir la enfermedad a sus parejas. Por otro lado, es principalmente a través de este tipo de pacientes como se transmite el virus a recién nacidos. La mayoría de las madres que tuvieron hijos infectados practicaron también el uso intravenoso. En 1992 España tenía el mayor número de casos de SIDA pediátrico de Europa, y fue sobre todo por el uso

13 ¹ Ver Registro Nacional de SIDA actualizado a 30 de junio de 1996.

endovenoso por lo que el SIDA se transmitió a los niños en nuestro país (ECEMA 1992:17).

Las pautas de uso intravenoso en la calle y en contextos como las cárceles y penales, donde muchos usuarios compartían pocas jeringuillas, han sido especialmente peligrosas en el contagio por VIH/SIDA. Un aspecto aparentemente lateral y secundario de la crisis, las formas de administración, ha acabado contribuyendo esencialmente a la extensión de una de las pandemias más graves de nuestro tiempo (Gamella 1991).

Entre las consecuencias de la crisis, por lo tanto, se cuenta un considerable aumento de la morbilidad y la mortalidad en cohortes jóvenes (ver De la Fuente et al. 1995; Castilla et al. 1993), algo que multiplica los costes humanos y económicos de la crisis. Ese gasto se está multiplicando con los costes derivados del tratamiento de los afectados de SIDA, costes que aumentan, pues la enfermedad se transforma día a día de aguda a crónica.

Así, unos grupos de edad normalmente menos necesitados de atención médica constituyen una preocupación primaria de todo un sistema sanitario ya de por sí recargado. La heroínomanía callejera y sus consecuencias han producido uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país.

5. Una crisis regional y europea.

La "crisis" de la heroína es una manifestación de un dramático cambio social y no ha sido convenientemente estudiada ni comprendida, entre otros motivos porque la mayoría de los expertos que se han ocupado en estudiar sus efectos no se han esforzado apenas en comprender sus causas. Algunos creen que no hay mucho que explicar, atendiendo a principios poco explícitos de "difusión" cultural, que predicen cuáles serán después nuestros problemas de drogas a partir de lo que ocurre en otras sociedades más "avanzadas". Se presupone así que la expansión del uso de ciertas "substancias psicoactivas distintas del alcohol y del tabaco que se había producido en Norteamérica a finales de los años sesenta" debía producirse en España con unos años de retraso (Camí y Barrio 1993: 3). La crisis aparece así como una consecuencia cuasi-necesaria de la modernidad y nuestra puesta al día, un "sarampión" que nos tocaba pasar, pero que, dado nuestro atraso político, cultural y económico, nos llegó con alguna dilación. Es decir, a democracia parlamentaria, economía de mercado, creciente modernización y transnacionalización le correspondería, necesariamente, la expansión de la heroínomanía y otras formas de uso de drogas.

Los estudios realizados, en su mayoría sincrónicos, poco podían contradecir esa explicación que, sin embargo, parte de una visión muy parcial que ignora fenómenos de gran importancia. Entre otros que, a pesar de las

notables influencias norteamericanas, la expansión de la heroíomanía en España se ha producido en una situación bien diferente y ha generado considerables novedades culturales y políticas. Además, ese proceso tan dramático de cambio cultural no es exclusivo de España. Otros países de Europa han experimentado también una expansión sin precedentes del uso de heroína desde finales de los setenta. Por ejemplo, el problema de la heroína que emergió en el Reino Unido en los ochenta, "es esencialmente un fenómeno nuevo", que comenzó, según las diversas zonas urbanas, entre 1979 y 1981 (Pearson 1987:1). Lo mismo puede decirse de Italia, Suiza y Alemania, países que han llegado a contar en los ochenta con una población considerable de heroínómanos. En Irlanda, un país casi inmune a "las modas de uso de drogas de los sesenta", la heroíomanía a mitad de los ochenta había llegado a ser "proporcionalmente más seria que en Nueva York, ya que en Dublín, con una población de medio millón de personas, hay más de 7.000 adictos, cuando virtualmente no había ninguno en los setenta... y la adicción se ha extendido de Dublín a Cork y a Galway" (Whitaker 1988:50-51).

La crisis de la heroína es por tanto un fenómeno europeo, un problema regional que debe estudiarse comparativamente. En otros países no hubo cambio político comparable al español o lo hubo de signo contrario, como en el Reino Unido, ni tampoco un fenómeno de "modernización" fácilmente datable que pueda dar cuenta de la crisis de drogas y sí marcadas transformaciones en su economía política, sus mercados de trabajo y los modos de vida de ciertos sectores juveniles, principalmente de familias obreras, que dependían a su vez de importantes cambios demográficos, culturales y económicos. De otro lado, existen países industrializados, como Japón, y otros que han seguido recientemente rápidos procesos de industrialización y modernización, pero que no han sufrido un problema social asociado a la heroíomanía, como Corea del Sur o Taiwán. Tampoco Méjico, Brasil o Argentina, entre otros nuevos países industrializados.

La crisis europea de la heroína supone además un ciclo diferente al de la "drug revolution" o la popularización de ciertas drogas ilícitas (cannabis, LSD y, en menor medida, heroína) entre las clases juveniles contestatarias, en su mayoría de clase media y alta, de los años sesenta y primeros setenta en Norteamérica. Aunque haya necesarias conexiones entre ambos procesos, se trata de poblaciones muy diferentes tanto por las drogas que causan los problemas, como por las poblaciones que las usan, las pautas de uso y los estilos de vida asociados.

6. ALGUNAS HERENCIAS DE LA CRISIS.

Una sensibilidad heroínocéntrica.

La crisis de la heroína ha sido decisiva en la generación de una mayor

sensibilidad social, familiar e individual para detectar y/o construir "problemas" asociados a los usos de drogas, sobre todo a los ilícitos. No en balde, como hemos dicho, uno de los legados de esa crisis ha sido una amplia estructura institucional pública y privada que se dedica, entre otras cosas, a detectar síntomas de la extensión de esos usos y a monitorizar la evolución de los problemas asociados. Esa estructura de tratamiento, prevención e información ha surgido principalmente en relación a los problemas causados por la heroínomanía y es todavía muy "heroinocéntrica". De hecho, durante un tiempo se presumía que la expansión del uso de cocaína derivaría en una nueva "crisis de drogas" con secuelas (e indicadores indirectos) semejantes a los que generaba el uso de heroína. Esa adaptación a la previa crisis, por lo tanto, condiciona nuestra visión de los nuevos usos de drogas y nuestra acción respecto a ellos. Los cientos de centros de tratamiento, de programas terapéuticos y de apoyo o prevención, incluso los expertos que los conducen no siempre se adaptan con facilidad a los nuevos retos y necesidades que plantean los nuevos usos problemáticos que se aprecian ya en 1987, por ejemplo, los cocainómanos que no consumen ni han consumido heroína (ver Díaz, Barruti y Doncel 1992).

Además de heroínocéntrica, la visión dominante del uso de drogas es muy alarmista y genera con frecuencia pánicos morales cuyos males no se materializan, obviando sin embargo algunos importantes riesgos respecto a los que poco o nada se dice o se hace¹⁴.

La visión actual de las drogas en España, por tanto, está construida alrededor de ciertas expectativas que funcionan como profecías de autocumplimiento. Una muy importante cree que los nuevos usos de drogas crearán problemas semejantes a los pasados. Por eso los nuevos usos son casi siempre interpretados a la luz de los miedos y representaciones de "la droga" que se han generado en torno a la expansión de la heroínomanía. Sin embargo, ni los riesgos, ni los problemas, ni los ritmos con los que unos y otros se presentan coinciden usualmente con los que provoca el uso compulsivo de opiáceos.

Una red de expertos demasiado específica.

Como decimos, esta "crisis" también ha generado un considerable

14 ¹⁴ Destaca, por ejemplo, la poca atención prestada en todos estos años a ciertas formas de policonsumo, comunes entre muchos jóvenes problemáticos y no siempre en asociación con el consumo de heroína, que involucraban drogas "legales", por ejemplo el flunitracepam (ver San et al. 1993). El uso de "rohipnol" ha sido uno de los secretos menos comentados de la crisis, a pesar de que, sobre todo mezclado con alcohol, ha estado asociado a algunos de los crímenes y conductas más aberrantes de los que en los últimos años involucraban el uso de drogas.

conocimiento experto al que ha contribuido un numeroso y variopinto grupo de investigadores y expertos. Ese conocimiento ha sido casi siempre reactivo y rara vez preventivo en un sentido amplio; pero el nivel profesional sobre el uso de drogas es hoy muy superior y mucho más adecuado que en 1980. En paralelo, se ha ido construyendo una importante red asistencial que ha complementado al sistema sanitario y de asistencia social de forma muy valiosa, aunque también costosa. No obstante, esta red empieza a resultar demasiado específica, reactiva y limitada en sus enfoques para ser útil frente a los nuevos desafíos y situaciones sin un profundo reciclaje.

De otro lado, las instituciones generan una propia dinámica de intereses, a menudo independientes de los objetivos por los que surgieron. Es oportuno preguntarse, a la hora de hacer un balance, hasta qué punto los profesionales que han invertido años de trabajo en especializarse en el abordaje de un problema o condición tienen interés verdadero en que esa condición limite su importancia o incluso desaparezca de las prioridades sociales y gubernamentales. Este es uno de los problemas señalados en todo el mundo en relación a los cuerpos represivos del comercio ilegal de drogas, pero conviene también aplicarlo a los terapeutas, psicólogos, psiquiatras e investigadores (incluidos antropólogos) que se han especializado en el uso de drogas, sobre todo ilícitas. No es de extrañar, por tanto, que con frecuencia se aprecien y construyan nuevos "problemas" que tratar y estudiar, para continuar manteniendo en marcha muchas de esas instituciones y grupos surgidos "contra" la heroína.

Una nueva filosofía preventiva.

La tragedia colectiva que ha supuesto la crisis de la heroína en España debe hacer que nos esforcemos más en anticiparnos a los problemas, poniendo al día y en común el amplio conocimiento y experiencia que tantos profesionales han ido desarrollando. En los momentos cruciales de la crisis, tanto el conocimiento como la intervención han ido a remolque de la realidad, han utilizado modelos extranjeros, casi siempre norteamericanos, sólo de parcial aplicación en nuestro entorno, y han operado de forma anticipada, preventiva y verdaderamente interdisciplinar. Esto es especialmente notorio en aquellos casos en que las consecuencias se han podido constatar y registrar de forma más o menos fehaciente. La expansión de la infección por VIH/SIDA, algunas de cuyas secuelas son de "declaración obligatoria" en España, ha reflejado mejor que otras consecuencias los errores y limitaciones de los enfoques y políticas con que nos enfrentamos en su día a la crisis de la heroína. Piénsese, como botón de muestra, que entre 1983 y 1990, es decir, en un período en que la incidencia de la infección por VIH fue seguramente máxima, cuando miles de jóvenes compartían útiles de inyección en calles, casas y cárceles, se restringieron la mayoría de los programas de dispensación de metadona en España, apoyándose sobre todo en una visión abstencionista

de la prevención¹⁵.

De otro lado, muchas de las respuestas y esfuerzos han generado también valiosas experiencias, saberes y recursos. Por ejemplo, la epidemia de VIH/SIDA ha coadyuvado a que se acepte una mentalidad preventiva distinta a la que venía siendo dominante, y que se basa en la reducción de los daños que causan los usos de drogas y no en su erradicación total e intransigente. El enfoque de minimizar riesgos y daños va dominando en diversos programas y sectores (dispensación de metadona o intercambio de jeringuillas, por ejemplo), aunque convive de forma confusa y contradictoria, a veces en el mismo servicio o institución, con una visión más intransigente y puritana.

También por y para la "crisis" se ha generado un capital humano que no conviene dilapidar. Por ejemplo, se han ido consolidando redes de voluntariado y apoyo que en muchos sentidos son únicas también en nuestra historia y que, frente al fatalismo que a veces nos acomete, muestran cuanta gente ha seguido trabajando dura y abnegadamente ayudando a crear una visión menos dañina, más humana y tolerante del uso y la abstinencia de las drogas y una mayor comprensión, responsabilidad y apoyo hacia los usuarios necesitados. Ese es uno de los capitales que no conviene destruir, mientras mantenemos viva la memoria de lo ocurrido en honor a tantas víctimas y tratando de evitar que nada parecido vuelva a repetirse.

7. Referencias.

Bravo, M.J. y de La Fuente, L.H. 1991. "Epidemiología de la infección por VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral". *SESIDA*, 2,(8):335-342

Cami, J. y Barrio G. 1992. *Drug Consumption in Spain: Trends, Implications and Policies. Conference on American and European Drug Policies: Comparative Perspectives*. Washington D.C.: Rand Corporation.

Castilla et al. 1993. "Años potenciales de vida perdidos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en España, 1981-1990". *Medicina Clínica*,

15 ¹⁵ Las sucesivas órdenes ministeriales que trataron de regular un ámbito donde existía un gran vacío legal y las decisiones concretas de responsables locales y regionales produjo un sistema muy exigente y restrictivo de la administración de metadona en esos años cruciales en casi todas las regiones españolas. Todavía en 1991, San Molina escribía que "en muchas Comunidades Autónomas tan sólo pueden iniciar PMM (programas de mantenimiento con metadona) aquellos pacientes con una patología orgánica grave (ej.: SIDA) o las embarazadas" (1991: 116-117). El título del editorial que, sobre el tema, publicó Medicina clínica en 1994 es bastante ilustrativo de este desfase temporal: "Sida y drogadicción: es la hora de la metadona" (Muga y Egea 1994).

100:245-8.

CGPJ (Comisaría General de Policía Judicial). 1987. *1976-1986. Memorias Anuales*. Madrid: Dirección General de la Policía. Informes restringidos.

_____. 1986a. *La delincuencia común en 1984*. Madrid: Policía. Dirección General de la Policía.

_____. 1986b. *La delincuencia común en 1985*. Madrid: Policía. Dirección General de la Policía.

CIS(CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS). 1986. "Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas." *REIS (Revista Internacional de Sociología)* 34:243-319.

_____. 1980. *Victimización y droga. Banco de Datos CIS, 1.206*. Madrid:

Cohen, S. 1972. *Folk devils and moral panics: the creation of the Mods and Rockers*. London: MacGibbon & Kee.

Cohen, S. y Young, J. 1981. *The Manufacture of News: Social Problems, Deviance, and Mass Media*. Beverly Hills, Calif.: Sage. (2nd. Ed.). London: Constable.

Comas, D. 1985. *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.

_____. 1988. *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. D.G.P.N.D Ministerio de Sanidad. Madrid.

_____. 1990. "La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias para la prevención y la atención." *Psicología de la Intervención Social. Inserso*. 3:233-261.

De la Fuente, L. et al. 1995. "The Impact of Drug-Related Deaths on Mortality among Young Adults in Madrid." *American Journal of Public Health* 85:102-105.

DGPND. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). 1994. *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 93*. Madrid.

_____. 1993. *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 92*. Madrid.

_____. 1992. *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 91*. Madrid.

Díaz, A. Barruti, M. y Doncel, C. 1992. *The lines of success? A study of the nature and extent of cocaine use in Barcelona*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona.

Dorn, N., Murji, K. y South, N. 1992. *Traffickers. Drug markets and law enforcement*. London: Routledge.

ECEMA (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS). 1992. *AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report N° 35. 30th September 1992*. Saint-Maurice, France: WHO-EC Collaborating Centre On AIDS.

Fishman, M. 1978. "Crime Waves as Ideology." *Social Problems* 25 (5): 532-543.

Funes, J. y Romani, O. 1985. *Dejar la heroína*. Cuadernos técnicos de Toxicomanías 6. Dirección General de Acción Social. Madrid

Gamella, J. F. 1993. "Censo intensivo de los heroinómanos de un barrio de Madrid." *Antropología* 57-101.

_____. 1991. "Drogas: La lógica de lo endovenoso." *Claves de Razón Práctica* 72-80.

_____. 1990. *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular.

_____. 1989. "La peña de la vaguada: Analisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil." Tesis Doctoral. Madrid: Univesidad Autónoma de Madrid.

_____. 1994. "The Spread of Intravenous Drug Use and AIDS in a Neighborhood in Spain." *Medical Anthropology Quarterly* 8:131-160.

Gamella, J. F. y Alvarez Roldán, A. 1995. *Drogas de síntesis en España. Patrones de adquisición y consumo. Un estudio en cinco Comunidades Autónomas (3 Vols.)*. Madrid: DGPND (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). En prensa.

Gamella, J. F. y C. Meneses. 1993. "Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: Censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid." Pp. 289-323 en *Las drogodependencias: Perspectivas Sociológicas Actuales.*, V.V.A.A. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

González Duro, E. 1979. *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.

Goode, E. y Ben-Yehuda, N. 1994. *Moral Panics. The Social Construction of Deviance*. Oxford, UK: Blackwell.

Hartnoll, R. et al. 1985. *Drug Problems: Assesing local needs*. London: Drug

Indicators Project. University of London.

_____. 1992. "La heroína y la cocaína: Aspectos de la política de salud pública en la década de los 90." *Quadern CAPS* 34-62.

Lettieri, D. J., Sayers, M. y Pearson, H. W. 1980. *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse. NIDA Research Monograph, 30.

Monegal, J. M. 1980. "Informe para un plan de lucha contra las farmacodependencias de tipo no alcohólico." *Drogalcohol V*.

Moore, M. H. 1977. *Buy and Bust. The Effective Regulation of an Illicit Market in Heroin*. Lexington, Mass.: Heath.

Muga R. y Egea J.M. 1994. "Sida y drogadicción: es la hora de la metadona". *Medicina clínica* 102: 657-658.

Pearson, G. 1987. *Young people and heroin: an examination of heroin use in the North of England*. Brookfield, vt.:

Peele, S. 1985. *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington, Mass.: D.C. Heath.

Portes, A., Castells, M. y Benton, L. A. 1989. *The Informal Economy. Studies in Advanced and Less Developed Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Reuter, P. 1983. *Disorganized Crime: Illegal Markets and the Mafia*. Cambridge, Mass: MIT Press.

Reuter, P. y A. R. Kleiman. 1986. "Risk and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement." *Crime and Justice, Annual Review of Research* 7:189-250.

Reuter, P., MacCoun, R. y Murphy, P. 1990. *Money from Crime. A Study of the Economics of Drug Dealing in Washington, D.C.* Santa Monica, CA: RAND Drug Policy and Research Center.

Robins, L. N. 1974. *The Vietnam Drug User Returns*. Washington D.C.: Special Action Office Monograph Series A,. No. 2.

Roldan G. 1992. "Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas". *Intervención Psicosocial*, 1(2): 5-14.

Romaní, O. 1983. *Droga i subcultura: una història cultural del "haix" a Barcelona (1960-1980)*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

_____. 1983. *A tumba abierta*. Barcelona: Anagrama.

Ruggiero, V. y South, N. 1995. *Eurodrugs. Drug use, markets and trafficking in Europa*. Londres: UCL Press.

San, L. et al.. 1993. "Flunitrazepam consumption among heroin addicts admitted for in-patient detoxification". *Drug and Alcohol Dependence* , 32 :281-286.

San, L. 1991. "Programas de mantenimiento con metadona: ¿una opción terapéutica?" *Información terapéutica*, 15(5): 113-121.

San, L. et al. 1993. "Flunitrazepam consumption among heroin addicts admitted for in-patient detoxification". *Drug and Alcohol Dependence*, 32: 281-286.

Sánchez Payá, J. et al. 1990. "Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el período 1984-1990". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65: 395-412.

Scott, P. D. y Marshall, J. 1991. *Cocaine Politics. Drugs, Armies, and the CIA in central America*. Berkeley: University of California Press.

SEIT (SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION SOBRE TOXICOMANIAS). 1993. *Informe Año 1992*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Whitaker, B. 1988 (2. ed.). *The Global Fix. The Crisis of Drug Addiction*. London: Methuen

Zinberg, N. E. 1984. *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.