

David Pere Martínez Oró

# OPIOIDES EN ESPAÑA

Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana

Episteme. Investigación e Intervención Social





# OPIOIDES EN ESPAÑA



DAVID PERE MARTÍNEZ ORÓ

# OPIOIDES EN ESPAÑA

---

NI REPUNTE DE HEROÍNA NI CRISIS DE OPIOIDES A LA AMERICANA



EPISTEME

**El estudio necesario para realizar esta publicación fue financiado en la convocatoria del Fondo de Bienes decomisados 2017, Resolución de 16 de agosto de 2017, del Plan Nacional sobre Drogas:**



**Gestionado por:**



Título original: *Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana.*

Autor: © David Pere Martínez Oró.

© Episteme. Investigación e Intervención social.  
Calle Floridablanca, 146, 3-1, 08011, Barcelona.

ISBN: 978-84-09-08804-1

DEPÓSITO LEGAL: B-4696-2019

ASESORÍA TÉCNICA: Rafael Clua y Antoniu Llort.

TRABAJO DE CAMPO: Antoniu Llort, Marina Girona, Alberto Gayo, APDO, Ai Laket!!, ASAUPAM y David Pere Martínez Oró.

TRANSCRIPCIONES: Júlía Morros, Raquel Rodríguez y David Pere Martínez Oró.

CORRECCIÓN: Júlía Morros.

Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional



*A todas las personas entrevistadas*



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. ¿Viejos problemas para tiempos nuevos?</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Genealogía del consumo de opioides en España</b> .....	<b>13</b>
Uso histórico del opio, la morfina y la heroína como fármacos .....	13
Crisis de la heroína en el marco de la transformación sociopolítica (1975-1992) .....	18
La heroína en el escenario de la normalización de las (otras) drogas (1992-2008).....	27
<b>3. Tendencias actuales de los opioides</b> .....	<b>29</b>
Análisis de indicadores relacionados con el uso de opioides .....	29
El fenómeno de los «narcopisos» .....	39
Tendencias del empleo de medicamentos opioides .....	46
Mercado informal de fentanilo y sus análogos .....	55
Las vías de consumo como marcador de cambio. Inyectarse, fumar y esnifar .....	59
Implicaciones de la cocaína y las benzodiacepinas .....	61
El riesgo de que las profecías se cumplan .....	65
<b>4. Oferta de opioides. De la ruta de los Balcanes a la vía del Mediterráneo occidental</b> .....	<b>71</b>
<b>5. Demanda de Opioides. Policonsumidores y poblaciones ocultas</b> .....	<b>79</b>
¿Hay más consumidores de heroína?.....	79
Una reflexión sobre la dupla heroína/adicción .....	80
Heroinómanos de largo recorrido .....	81
Heroinómanos excarcelados .....	82
Recaídas.....	83
Menores de treinta y cinco años .....	84
Poblaciones ocultas.....	85
Los estragos de la crisis socioeconómica .....	88
Diferencias de género.....	88
<b>6. Representaciones sociales de los opioides</b> .....	<b>91</b>
<b>7. La crisis de opioides en Norteamérica ¿un preludeo para España?</b> .....	<b>97</b>
Paralelismos y diferencias entre la realidad norteamericana y la española .....	99
<b>8. Conclusiones</b> .....	<b>107</b>
<b>9. Recomendaciones estratégicas y preventivas</b> .....	<b>117</b>
Prescripción y uso de fármacos opioides.....	117
Asistencia de consumidores en activo .....	119
Asistencia de pacientes en tratamiento con sustitutivos .....	120
Control de la oferta.....	120
Ámbito sociocultural .....	121
<b>10. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>123</b>
<b>11. Anexo metodológico</b> .....	<b>133</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Evolución de la prevalencia de heroína (porcentajes) y edad media de inicio (años) en el consumo de heroína en la población de 15-64 años. España, 1995-2017 .....	30
<b>Gráfico 2.</b> Evolución de la prevalencia de heroína (porcentajes) y edad media de inicio (años) en el consumo de heroína en la población de 14-18 años. España, 1994-2016.....	31
<b>Gráfico 3.</b> Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España. 1996-2015.....	33
<b>Gráfico 4.</b> Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2015.....	36
<b>Gráfico 5.</b> Evolución del consumo de opioides en España (2008-2015) según Dosis diaria definida (DHD) por mil habitantes y día.....	47
<b>Gráfico 6.</b> Utilización de opioides en España. Datos expresados en DDD/1.000 habitante y día. ....	48
<b>Gráfico 7.</b> Cultivo de amapola en Afganistán, 1994-2017 (en miles de hectáreas).....	74

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

**AEMPS.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

**CAS.** Centro de Atención y Seguimiento.

**CDC.** Center for Disease Control and Prevention.

**DGPNSD.** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

**EMCDDA.** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

**INE.** Instituto Nacional de Estadística.

**OEDA.** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

**OMS.** Organización Mundial de la Salud.

**PNSD.** Plan Nacional Sobre Drogas.

**SEAT.** Sistema Español de Alerta Temprana.

**SID.** Sistema de Información de Drogo dependencias.

**UNODC.** United Nations Office on Drugs and Crime.

## 1. ¿VIEJOS PROBLEMAS PARA TIEMPOS NUEVOS?

«Vuelve el fantasma de la heroína», «El caballo cabalga de nuevo por Barcelona», «Heroína: hablamos con los nuevos enganchados», «La heroína salta a la clase media», «Vuelven los zombis», «Los vecinos alertan de un repunte de los 'narcopisos' en Madrid»<sup>1</sup>, estos y un tropel más de inquietantes titulares han sido publicados en el último año en todos los rotativos españoles. Los medios de comunicación señalan sin ápice de duda que el regreso de la heroína es una realidad. En sus aseveraciones emplean con especial gusto el vocablo repunte, convirtiéndolo casi en una palabra fetiche. Las fuentes empleadas para mantener semejantes alegatos son dispersas y parciales: mandos policiales, expertos en tratamiento, técnicos municipales, profesionales del tercer sector, vecinos, heroinómanos de largo recorrido, «nuevos» consumidores de heroína, el informe anual de la UNODC y algún que otro dato particular.

**En el último año la prensa ha alertado del repunte del consumo de heroína a partir de evidencias débiles.**

Estas voces dan por cierto el repunte porque según afirman «hay más consumidores», «los jóvenes le han perdido el miedo», «la producción en Afganistán ha batido récords históricos», «existe más oferta y puntos de venta», «crecen las demandas de tratamiento», «observamos mayor trajín de heroinómanos», «el cambio de vía, de inyectada a fumada, hace disminuir la percepción de riesgo y aumentar el consumo», etc.

Los inquietantes titulares distorsionan la percepción de la realidad de los consumos de heroína y de otros opioides. En los últimos meses hemos constatado el desasosiego que produce pensar que España volverá a experimentar una «crisis de la heroína». Hemos observado cómo múltiples agentes sociales denuncian, según su parecer ante la pasividad política y policial, la degradación de determinadas áreas urbanas. Hemos visto levantar la voz de vecinos y comerciantes que avisan que la seguridad y el bienestar están en entredicho por el

---

<sup>1</sup>Titulares correspondientes a noticias publicadas en diferentes medios de comunicación. Por orden de presentación: El Periódico, 5 de diciembre de 2017; El Periódico, 14 de enero de 2018; Interviu, 23 de diciembre de 2017; ABC, 19 de diciembre de 2017; El Mundo, 9 de noviembre de 2017; La Vanguardia, 20 de diciembre de 2017.

resurgir de «la droga». Hemos comprobado cómo saltan a la palestra los discursos emocionales, que exhortan a poner freno a la heroína antes de que se lleve por delante otra «generación perdida». Hemos oído las voces que alientan a proteger, a la comunidad en general y a los jóvenes en particular, del virus de «la Droga». En definitiva, los resortes del pasado avivan las ansiedades más viscerales en una sociedad que, casi treinta años después, continúa traumada por la «epidemia de la heroína» de los ochenta. Cualquier indicio, por espurio que sea, que esboce la posibilidad del repunte, despierta airadas reacciones emocionales. Nadie quiere volver a vivir aquella realidad.

Ante el aluvión de noticias que afirman sin tapujos el regreso de la heroína, **múltiples profesionales y responsables de organismos públicos**, exclaman también sin reservas que **no existe ni una sola evidencia fehaciente que avale el repunte de heroína**. Estos especialistas descartan cualquier afirmación tremendista. Para sostener sus argumentos manejan indicadores válidos y fiables: prevalencias, demandas de tratamiento, urgencias hospitalarias, índice

La posibilidad que España vuelva a sufrir una epidemia de heroína despierta los fantasmas de la crisis de heroína de los ochenta. El miedo visceral coloniza la opinión social.

de mortalidad, etc. Según los datos disponibles todos los indicadores se mantienen estables, o incluso tienden a la baja, por lo que en ningún caso hay indicio alguno que permita afirmar que la heroína esté de regreso. Las declaraciones sustentadas en evidencias también han sido re-

gocidas por los medios de comunicación, aunque a nuestro parecer de manera más tibia: «El misterio del regreso de la heroína», «Barbero dice que "no se puede hablar de un repunte de la heroína" en Madrid», e incluso de manera descreída «¿Aumenta el consumo de heroína en España?». Solo la prensa especializada recoge con firmeza las afirmaciones que descartan cualquier regreso: «Opioides en España: ni repunte silencioso ni crisis a la americana»<sup>3</sup>. A pesar de las puntualizaciones de los expertos en drogodependencias, aún perdura el soniquete que da por cierto el escenario tremendista, como así lo atestiguan las noticias publicadas, especialmente en la prensa local, *a posteriori* del desmentido

<sup>2</sup> Por orden presentación: [El País, 26 de febrero de 2018](#); [Europapress, 28 de febrero de 2018](#); [La Ser, 30 de noviembre de 2018](#).

<sup>3</sup> [Redacción médica, 20 de enero de 2018](#).

experto: «La heroína se propaga como un bicho», «Repunta el consumo de heroína entre los jóvenes canarios», «El 'caballo' [SIC] vuelve a llamar a la puerta», «¿El ocaso de la heroína?», «Heroína por un tubo», «Los médicos de urgencias vuelven a detectar pacientes con intoxicaciones por heroína»<sup>4</sup>.

Toda esta actividad mediática genera confusión tanto entre la opinión pública como en un número nada desdeñable de profesionales del ámbito socio-sanitario. En gran medida, diferentes agentes dan por válidos los discursos desaseados sobre el regreso de la heroína, a la vez que desdeñan de afirmaciones fundamentadas en estadísticas objetivas. El supuesto repunte tiene como telón de fondo la crisis de opioides de los Estados Unidos y Canadá, pero podemos avanzar que establecer cualquier paralelismo entre el escenario norteamericano y el español es forzar la realidad.

Entre estas coordenadas básicas el equipo de [«EPISTEME. INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL»](#) ha realizado el estudio titulado «Opiáceos en España ¿una nueva epidemia?», con el apoyo de la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a través de la convocatoria de concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la Ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2017**, del cual se deriva la presente publicación. El objetivo es analizar la naturaleza y el alcance de la oferta y la demanda de opioides en España. La finalidad es esclarecer hasta qué punto nos enfrentamos a un nuevo ciclo de problemas. El escenario de investigación lo hemos dividido en tres grandes ámbitos: consumo de heroína y otros opioides comprados en el mercado negro, uso de sustitutivos (metadona y buprenorfina) dispensados en los centros asistenciales y el empleo de analgésicos opioides (fentanilo, oxicodona, tramadol, etc.) recetados por facultativos.

En el momento de diseñar la investigación tomamos en consideración la evidencia histórica de que la mayoría de los ciclos de problemas ocurridos en

---

<sup>4</sup> Por orden de presentación: Noticias de Guipúzcoa, 11 de junio de 2018; Canarias semanal, 5 de marzo de 2018; La Rioja, 19 de febrero de 2018; Málaga Hoy, 22 de abril de 2018; Las Provincias, 19 de noviembre de 2018; Faro de Vigo, 2 de diciembre de 2018.

Estados Unidos fueron reproducidos en Europa unos años después. La crisis norteamericana de la heroína de los setenta llegó aquí a lo largo de los ochenta. La epidemia de crac en las periferias y guetos de las grandes conurbaciones norteamericanas de los ochenta alcanzó nuestro continente a lo largo de los noventa en formato de clorhidrato de cocaína. La fiebre americana de la marihuana de principios de los 2000, en la última década ha provocado como síntoma la eclosión de la subcultura cannábica europea. Solamente el caso de la metanfetamina, que azotó a principios de siglo el medio oeste americano, no ha tenido sinergias en el viejo continente.

Los resortes europeos de las crisis norteamericanas hicieron preguntarnos ¿España experimentará en un futuro cercano una crisis de opioides? Para darle respuesta hemos cotejado la naturaleza de los usos y abusos de los opioides. Después de entrevistar a más de sesenta personas (profesionales de la medicina, la psicología y la enfermería, especialistas, médicos «adictólogos», psiquiatras, usuarios de opioides, policonsumidores adictos, consumidores recreativos,

**España no sufrirá ni una crisis de opioides como la de los Estados Unidos ni reproducirá la epidemia de heroína de los ochenta.**

agentes comunitarios, profesionales del tercer sector, agentes de salud, educadores, etc.) y revisar tanto la literatura científica como los datos epidemiológicos ofrecidos por las principales agencias en el

ámbito de las drogas, podemos afirmar que **España no sufrirá una crisis de opioides parecida a la americana ni reproducirá «la epidemia» de heroína de los ochenta.** Cabe la posibilidad que en cierta medida se difundan los consumos de heroína u otros opioides, especialmente de fentanilo, pero, aunque así fuera, los problemas serían sustancialmente diferentes a los padecidos hace unas décadas.

**El fentanilo es la sustancia que más incógnitas nos genera** por tres razones. La primera, ha crecido la prescripción de fármacos de fentanilo. La segunda, puede emplearse como droga recreativa. Y, la tercera, se ha detectado su presencia como adulterante de drogas como la heroína, cocaína u otras sustancias. En los resultados y las conclusiones deslindaremos las implicaciones de este opioide como amenaza para la salud pública.

Deseamos que los resultados, las conclusiones y sobre todo las recomendaciones del presente informe sean de valor para entender el consumo de opioides

y mejorar la efectividad y la eficacia de las intervenciones preventivas y asistenciales.



## 2. GENEALOGÍA DEL CONSUMO DE OPIOIDES EN ESPAÑA

La historia de la heroína y los opioides en España es de sobra conocida gracias a multitud de trabajos historiográficos (Usó, 1996, 2012, 2013; González Duro, 1979; Hidalgo, 2007; Romani, 1982, 2004, 2013). Si queremos cumplir con el objetivo de describir la actual realidad de los opioides, es capital captar las continuidades y discontinuidades de su historia. Éstas son el resultado de la incardinación de factores socioculturales, geopolíticos y jurídicos que en función de su expresión posibilitan un determinado escenario y coartan otros que también hubiesen sido posibles. El análisis de las tendencias históricas nos será de gran valor para entender la genealogía de los consumos actuales, proyectar escenarios futuribles y presentar un conjunto de recomendaciones y conclusiones fundamentadas en la realidad empírica (Ibáñez, 2001; Jareño, 2012).

### USO HISTÓRICO DEL OPIO, LA MORFINA Y LA HEROÍNA COMO FÁRMACOS

La humanidad ha empleado el opio desde la noche de los tiempos. Su uso está documentado en textos sumerios y babilónicos del tercer milenio antes de cristo, es decir, desde los albores del proceso de civilización (Guerra Doce, 2006: 110; Elias, 2002, 2009). En nuestro contexto cultural, durante siglos, se empleó como analgésico, astringente, antitusígeno, entre muchos otros usos que lo convertían casi en una panacea universal.

Más allá de los usos terapéuticos también se utilizaba para «elevar el espíritu» y mejorar el estado de ánimo. El láudano, inventado por el médico Paracelso en el siglo XVI, fue el primer fármaco opiáceo. Este es una tintura alcohólica

**Los españoles emplearon el opio y el láudano durante centurias para combatir todo tipo de afecciones.**

compuesta por opio, vino blanco y especias (clavo, canela, azafrán, entre otras). En la España decimonónica, el opio y el láudano se usaban para combatir múltiples dolencias tanto físicas como psíquicas, y fue empleado con brío en las seis epidemias de cólera que castigaron a la población española a lo largo del siglo (Usó, 1996: 33). El láudano estaba totalmente extendido en la geografía española y se podía comprar en cualquier botica. Usó (1996: 36) apunta:

Dentro de los opiáceos, existía un considerable empleo doméstico de láudanos. De hecho, esos opios baratos –su precio era unas diez veces menor que el de la morfina– fueron el equivalente a la Aspirina® para ciento de miles de españoles desde el siglo XVII hasta, más o menos, 1930.

Los avances científico-técnicos del siglo XIX propiciaron la revolución de la química farmacéutica que permitió conocer multitud de principios activos y mercantilizar infinidad de fármacos. En 1805 Sertürner aisló la morfina, el principal alcaloide del opio, comercializada como medicamento en 1827 por los laboratorios Merck. En 1832, el químico francés Robiquet obtuvo la codeína,

**La revolución de la química farmacéutica permitió aislar los principales alcaloides del opio (morfina y codeína) y sintetizar la heroína.**

el segundo alcaloide más importante del opio. En 1874, el inglés Alder Wright sintetizó el opioide semisintético diacetilmorfina (heroína) pensándose que había obtenido la tetraacetilmorfina. No fue hasta 1897 cuando

los químicos de la Bayer Eichengrün, Hoffman y Dresser la redescubrieron de nuevo y le pusieron el nombre comercial de heroína (Carnwath y Smith, 2006: 31-35; Hidalgo, 2007: 31-32).

Todos estos avances comportaron que, durante el último tercio del siglo XIX, y muy especialmente a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XX, las oficinas de farmacia dispensaran una variedad ingente de fármacos cuyos principios activos eran derivados naturales o semisintéticos del opio. Algunos ejemplos del arsenal opiáceo disponible en las boticas españolas de la época nos los ofrece Juan Carlos Usó (1996: 28): «Pastillas Bonald de cocaína, codeína y mentol», «Pastillas Bonald cinamo-benzoicas con heroína» del laboratorio farmacéutico de Madrid J. Bonald; «Jarabe benzo-cinámico heroinado Madariaga» del madrileño Dr. Gómez Elegido; «Clor heroína» (clorhidrato de heroína) o «Morphine» (Clorhidrato de morfina) de la casa Bayer. Estos fármacos, y muchos otros, que contenían principios activos en la actualidad sometidos a fiscalización (heroína, cocaína, cannabis, hidrato de cloral, etc.), se vendían sin restricciones ni necesidad de presentar receta médica alguna.

En 1918 España ratificó el Convenio Internacional de la Haya de 1912. La firma comportó la implementación de las primeras acciones legislativas para

controlar la dispensación de fármacos con opio, morfina o cocaína. El control se reducía a la obligatoriedad de presentar la receta médica a la hora de adquirirlos (Usó, 1996: 30). La legislación se endureció en 1928 con la aprobación de las «Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes» y en 1932 con la «Ley de vagos y maleantes». Hasta la Guerra Civil Española, a pesar de los mayores controles, fue factible comprar productos con heroína en los circuitos legales.

La progresiva vigilancia limitó el acceso a algunos pacientes. En consecuencia, apareció el mercado negro que, aunque incipiente, empezaría a conformarse como el contexto marginal reservado a los consumidores de opiáceos. El endurecimiento de la legislación fue producto de la imbricación de múltiples factores de orden sociopolítico y moral. Desde la óptica de la salud pública los problemas que causaban eran proporcionalmente anecdóticos y siempre de naturaleza médica. En ningún caso alteraban la seguridad ciudadana ni afectaban los índices de criminalidad. En palabras de González Duro (1979: 17) «en aquella época el consumo de morfina no era demasiado problemático para el individuo ni el entorno social, a pesar de las tremendas dosis que se tomaban».

**El progresivo control sobre los estupefacientes provocó la aparición del mercado negro.**

La morfínomanía era el problema derivado del abuso de drogas que más interés despertó entre el estamento médico, como así lo atestigua que la mayor parte de la literatura científica sobre estupefacientes de la época tuviese esta dolencia como tema central. A destacar, los trabajos de César Juarros «Tratamiento de la morfínomanía» publicado en 1920 o «El hábito de la morfina» de 1936. En relación con la etiología, la mayoría de morfínomanos eran adictos iatrogénicos que habían desarrollado el hábito después de un tratamiento médico. Estos, en gran medida, eran médicos o familiares suyos, hijos de las clases acomodadas, aristócratas, veteranos de las guerras coloniales (Cuba, Filipinas y Rif) o bates bohemios (Herrero, 2007). Únicamente una minoría no se ajustaba a estos perfiles (González Duro, 1979: 17). Este escenario se mantuvo estable hasta la postguerra.

**Hasta los años sesenta la casi totalidad de morfínomanos eran adictos iatrogénicos.**

La autarquía provocó restricciones en el abastecimiento formal e informal de mórficos, con el consecuente encarecimiento. En opinión de González Duro (1979: 17), las penurias económicas explican el aumento de demandas de morfinómanos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid entre 1939 y 1949. A nivel social, durante el primer franquismo, el morfinómano no era definido como un delincuente sino como un enfermo, y en ningún caso se entendía como un peligro social. Consumía en soledad, pero nunca en la clandestinidad. La gran mayoría, a pesar de padecer una morfinomanía aguda, se mantenían socialmente normalizados porque cumplían con sus obligaciones familiares, se desempeñaban correctamente en sus trabajos y mantenían un estilo de vida que hacía invisible la adicción a los ojos de un profano. El gran pro-

**El talonario de tóxicos permitió reducir el número de morfinómanos institucionalizados.**

blema del morfinómano era costearse el fármaco. Las autoridades sanitarias, para evitar males mayores, aplacaron las dificultades para abastecerse mediante el talonario de tó-

xicos expedido por la Dirección General de Sanidad. Toda persona que cumplía con unos criterios clínicos y cierta antigüedad en el hábito podía comprar morfina en las oficinas de farmacia. La voluntad de las autoridades era reducir el número de morfinómanos. Lo que se consiguió a lo largo del segundo franquismo. En 1965, según el Servicio de Control de Estupefacientes, había 1.497 toxicómanos. La cifra descendió hasta los 589 en 1977<sup>1</sup> (González Duro, 1979: 47). No todos pudieron conseguir el carné de toxicómano, ya sea porque su adicción era reciente, ya sea porque el facultativo consideraba «que estaban curados». Estos quedaron condenados a proveerse en los mercados informales. Con el tiempo, cada vez más morfinómanos se abastecían en la clandestinidad. En consecuencia, en cuestión de pocos años el tráfico de drogas se convirtió en un suculento negocio en manos de redes criminales.

La irrupción de los movimientos contraculturales representó un desafío para el Régimen franquista. Este, con el objetivo de aplacar cualquier disidencia política, tiró del aparato de propaganda y utilizó las drogas para criminalizar a los

---

<sup>1</sup> Debido a la precariedad de los recursos técnicos para elaborar estadísticas fiables y a la naturaleza propagandística del Régimen es probable que la fiabilidad de estos datos sea baja.

jóvenes alternativos, presentándolos como una patulea de inadaptados que encarnaban un terrible peligro social. Este relato propició la irrupción de una imagen peyorativa de las drogas, inédita hasta el momento. En consecuencia, el morfinómano dejó de entenderse como un enfermo, y en el mismo sentido que hippies y freaks, empezó a percibirse como un amoral, vicioso y abyecto.

**La reacción furibunda del Régimen comportó como consecuencia no prevista que los jóvenes conceptualizasen las drogas en general, y la heroína en particular, como un fruto clandestino envuelto de una áurea mística, reservada a iniciados que la consumían en contextos transgresores. Una imagen que en los años venideros estimularía la atracción de los jóvenes hacia las sustancias prohibidas** (Pallarés, 1995).

España ratificó en 1967 la Convención Única sobre estupefacientes de Naciones Unidas. A la práctica significaba la homologación de su sistema de fiscalización a los estándares internacionales. Entre otras consecuencias, el carné de toxicómano fue sustituido por el «carné de dosis extra terapéuticas de estupefacientes», popularmente conocido como carné extra-dosis, concebido dentro de una pauta de desintoxicación. En los años siguientes la mayoría de morfinómanos se vieron obligados a abandonar la morfina o a comprarla en el mercado negro cuando les era denegada la renovación del carné, con la consecuente marginalización. Cuando, el 1 de enero de 1978, se ilegalizó el opio para cualquier fin, eran anecdóticos quienes disponían del carné extra-dosis.

En el último lustro de los sesenta y a lo largo de los setenta, la heroína era consumida en circuitos bohemios por artistas y estudiantes procedentes de las clases acomodadas. En España, a pesar de su inusual sistema político, el clima, las playas, las islas y las farmacias funcionaron de reclamo para atraer a jóvenes procedentes de países democráticos. Las islas Pitiusas se convirtieron en el epicentro de la peregrinación de los hippies extranjeros, a los cuales se les unirían progresivamente los jóvenes españoles más díscolos (Malvido, 2004: 45-53). En estos círculos el uso de psicoactivos era habitual, principalmente cannabis y LSD, pero también heroína. Gil Muñoz (1970: 131-46) en un estudio sobre los hippies de Formentera destaca que el 17% había tomado la droga de Morfeo. Más allá de estos hippies, la mayoría de los españoles que se iniciaron en el caballo lo hicieron en el extranjero. En España, la oferta era muy limitada y el extranjero era la única ruta viable para abastecerse con garantías. González Duro (1979: 268-269) da testimonio:

Por aquellos años [1973] la adquisición de heroína o morfina, ilegalmente, era harto difícil y bastante costoso [sic]. Por lo que su consumo aquí era entonces muy minoritario, muy reducido a círculos elitistas y a gente con suficiente capacidad económica para asegurarse la dosis habitual de la droga. La heroína o la morfina, la traían clandestinamente de Holanda los «chinos» (traficantes de drogas duras), o eran los propios consumidores más necesitados los que se desplazaban al extranjero para traerlas.

Durante los estertores del franquismo, en las cabeceras españolas fueron recurrentes las campañas moralizantes contra los estupefacientes. La propaganda señalaba a los países extranjeros como responsables de «tan abyecto vicio», y consideraba que bajo ningún concepto afectaba ni afectaría España. El

**El relato mediático contribuyó a crear la representación social hegemónica: todo consumo de drogas provoca adicción y problemas.**

relato mediático contribuyó a construir el marco interpretativo que ha sido hegemónico durante décadas. En síntesis, este conceptualiza las drogas como «inherentemente peligrosas y su consumo es propio de enfermos mentales y delin-

cuentes». **España recolectó los frutos de la simiente plantada por este marco interpretativo a lo largo de los ochenta cuando la «crisis de la heroína» se convirtió en una realidad.**

### **CRISIS DE LA HEROÍNA EN EL MARCO DE LA TRANSFORMACIÓN SOCIOPOLÍTICA (1975-1992)**

La literatura sobre la historia de las drogas en España sitúa el inicio de la crisis de la heroína entre 1978 y 1980. Si bien aún estábamos lejos de «dos años duros de la heroína», consideramos oportuno situarnos en 1975 para entender los acontecimientos posteriores. El año de la muerte del dictador Franco, la heroína dejó de inscribirse exclusivamente en los entornos elitistas para comenzar su difusión entre los jóvenes procedentes de los estratos sociales más bajos.

Aquellos desencantados con el sistema de valores y el estilo de vida adulto hallaron en la heroína una herramienta eficaz para amortiguar el hastío derivado del paro juvenil y de vivir una realidad social demasiado dura. En palabras de Juan Carlos Usó esta generación prefirió «buscarse la vida» que «ganarse la vida».

Los jóvenes marginales tenían un *modus vivendi* que incorporaba actividades informales. Las personalidades más viscerales no dudaron en perpetrar

**A partir de 1975, jóvenes de clase baja se incorporan a los consumos de heroína. El nuevo perfil posibilitó la aparición de otros usos y otras implicaciones simbólicas de la heroína.**

atracos a mano armada. El relato social tiende a apuntar que los robos con violencia eran el mecanismo «natural» de los heroinómanos para conseguir dinero. Las investigaciones etnográficas han demostrado que los protagonistas de los atracos más espectaculares, en todo caso, eran ladrones convertidos a adictos a la diamorfina (Gamella, 2008). La evidencia histórica contradice el relato popularizado porque demuestra que la inmensa mayoría de heroinómanos nunca asaltó una farmacia o sucursal bancaria.

Los delincuentes ansiosos de experiencias psicotrópicas pusieron a las oficinas de farmacia en su punto de mira. El botín era el arsenal farmacológico<sup>2</sup> que por aquel entonces colmaba los anaqueles de toda botica por pequeña y provinciana que fuese. Según la Brigada de Estupefacientes en 1975 se cometieron cinco robos, en 1976 sesenta y en 1977 se alcanzaron los 529. El Colegio Oficial de

**Los atracos a farmacias propiciaron la retirada de los fármacos opiáceos y otros psicoactivos.**

Farmacéuticos de Madrid elevó la cifra hasta los 728 solamente en la capital española. La ola de atracos provocó las airadas quejas del gremio de boticarios. Exigían al Gobierno la retirada inmediata de todo producto y presentación que contuviese alguna de las sustancias codiciadas por los cuatrerros. El 1 de enero

---

<sup>2</sup> Los atracadores buscaban no solo heroína o fármacos que la contuviesen, sino que apreciaban todo fármaco con capacidad de producir algún efecto psicoactivo: «cloruro mórfico (al 1% y al 2%), morfina (pura, clorhidrato, bromuro, cloruro, sulfito), opio (extracto y tintura), Pantopón, Petisedol, Sefol, Septaom, Eucodal, Metasedín, Tutopín, Heptanal, Ipecopán, Láudano de Sydenhan, Etilmorfina, Dolantina, Diosan, Atropaver, Palfium, Pentazocina, Sosegón, preparados de codeína, coca (hoja, extracto y tintura), cocaína, Escopedal, cornezuelo del centeno, cáñamo indiano, éter, así como diversos preparados de anfetaminas, espasmolíticos, analgésicos (Tiltrate Nolotil), tranquilizantes, hipnóticos» (González Duro, 1979: 272-273).

de 1978 se prohibió la comercialización de los derivados del opio y de otras sustancias opioides. La retirada de todo el elenco de estupefacientes fue progresiva hasta culminarse en 1983 con la prohibición de las últimas anfetaminas.

En 1979 González Duro ponía en entredicho la idoneidad de retirar los fármacos estupefacientes, preguntándose «¿de qué se abastecerá el mercado negro de estupefacientes?». La respuesta la obtuvimos poco tiempo después cuando el mercado informal de opiáceos empezó a ofrecer heroína introducida por la mafia turca. La marginalidad, y en muchos casos la ruina vital, de la mayoría de los morfinómanos de los setenta, vino provocada por la retirada comercial de los fármacos opioides. Un inciso para hacer un paralelismo con el escenario actual: en los últimos años la oferta de opioides ha regresado a las boticas, sin que haya provocado una ola de pillaje. Creemos que mientras sus usuarios sigan las pautas terapéuticas, es más que probable que no detectemos controversia alguna. Pero debemos hacer una advertencia: en el caso que se decida retirar los opioides, o restringir severamente su prescripción, de bien seguro que nos tendremos que enfrentar de nuevo a la marginalidad de algunos pacientes con los trances que esta implica.

Volvamos a la época de la Transición. En 1979 el problema de «la Droga» era cada vez más una realidad y, a partir de esta fecha, la «crisis de la heroína» ya no tuvo freno hasta alcanzados los noventa. Tal como apuntamos en Martínez Oró (2016: 51-55), los ochenta remiten a heroína, resultado de un sesgo de la percepción social porque otras drogas fiscalizadas estuvieron bien presentes (cocaína, cannabis, anfetaminas...). Detectamos ocho aspectos estrechamente

**Durante los ochenta se ancla en la memoria colectiva la representación social que asocia heroína con adicción, prisión, enfermedad y en última instancia muerte.**

relacionados entre sí que ayudan a explicar por qué aún hoy en día las drogas fiscalizadas significan en la memoria colectiva epidemia, decadencia y muerte. Ninguno por sí sólo justifica la imagen peyorativa

de las sustancias, pero cada uno aporta algo significativo a la explicación. Es cabal entender los consumos compulsivos de heroína, porque las políticas de drogas en España de los últimos treinta años son deudoras de los «años de la aguja». Querer entender la situación actual sin dar cuenta del escenario de los ochenta deviene una quimera. A continuación, describimos sucintamente los ocho aspectos.

El primero. **La epidemia fue anunciada antes de que se produjera.** En 1978, en el centro de las grandes ciudades aparecieron vallas publicitarias con enormes esquelas mortuorias con el epitafio «la droga mata», pagadas por la Unión Española de Defensa contra la Droga (UEDCD). Esta «campana preventiva» colocó la cuestión de «la Droga» en la agenda política y social. Los medios de comunicación, tomando como referencia la realidad norteamericana, difundieron una imagen temible de la heroína, cuando el número de adictos y de sobredosis era irrisorio. La profecía se encarnó en el monstruo de «la Droga».

La eficacia simbólica del relato de las consecuencias funestas de la heroína implicó contradecir los efectos farmacológicos de los opioides. Durante esta época muchos jóvenes desarrollaron «enganches exprés» a una diamorfina que raramente alcanzaba el 25 % de pureza, es decir: en un período récord (menos de una semana) la adicción era abrumadora, como así lo demuestran los terribles síndromes de abstinencia que sufrían. Unos monos que en ningún caso estaban justificados fisiológicamente. La farmacología concluyó hace casi un siglo que «hace falta tomar aproximadamente un cuarto de gramo [puro] de la droga durante dos semanas para comenzar a depender levemente de ella físicamente» (Kolb, 1928: 171 en Laurie, 1984: 36). Esta aseveración está en consonancia con las carreras adictivas de los heroinómanos de la época contracultural que requirieron de largas temporadas de consumo para sufrir el primer síndrome de abstinencia severo, pero en ningún caso coherente con las carreras de los enganchados durante los ochenta.

Las implicaciones socioculturales de «la epidemia de heroína» provocaron que, en poco menos de dos años, en España fuese muy fácil convertirse en heroinómano, sin que la cuestión monetaria tuviese un papel determinante. La mayoría de los heroinómanos necesitaron escasas dosis para performativizar el estilo de vida yonki. La etnografía de Pallarés (1995: 66-67) deslinda el relato de dos usuarios, iniciados durante los ochenta, que se consideraron adictos desde la primera dosis. Discurso diametralmente opuesto al articulado por quienes empezaron a inyectarse bajo la influencia de la contracultura. Pallarés no duda en apuntar que las diferencias en las trayectorias adictivas de ambos colectivos son el resultado de la eficacia simbólica del discurso tremendista. El análisis de

la «crisis de la heroína» es un ejemplo claro de cómo las profecías se autocumplen<sup>3</sup>. En este sentido, tal como presentaremos en el punto titulado «[el riesgo que las profecías se cumplan](#)», si enunciamos el regreso de la heroína, aunque esta no sea la intención, estimulamos las implicaciones simbólicas para que así sea.

El segundo. **La transformación político-económica** acaecida durante la Transición y el primer gobierno socialista (1982-1986). Martínez Oro y Conde (2013: 43) señalan que «el mundo de la heroína fue el destino de los jóvenes excluidos hacia los márgenes de la sociedad como resultado del proceso de “dualización” social emergente». Los desajustes estructurales que se gestaron como subproducto del cambio de modelo político-económico (desigualdades sociales, reconversión industrial, crisis económica y altos niveles de paro juvenil) se disimularon bajo el «problema de la Droga» que funcionó a la perfección como chivo expiatorio. Los jóvenes de clase baja sufrieron estragos ante la imposibilidad de incorporarse al mercado laboral. Las dificultades para ganarse la vida a través del trabajo les negaron la posibilidad de subirse al tren que llevaba a los españoles hacia la modernidad, convirtiéndose el submundo de la heroína en el único espacio social donde forjar una identidad.

El tercero. **La oferta de drogas mutó radicalmente a finales de los setenta** porque las redes criminales se interesaron por el mercado español des-

**A partir de los ochenta el tráfico de heroína cae en manos de redes criminales que han garantizado la oferta durante décadas.**

abastecido recientemente de opiáceos farmacéuticos. En el caso de la heroína, los traficantes italianos y turcos pudieron proveer la demanda española sin excesivos aprietos aduaneros. Los jóvenes más hastiados constituyeron un nicho de mercado excelente para que el caballo galopase desbocado. Durante los primeros ochenta, la oferta de heroína corrió como la pólvora por todo el territorio español, e incluso llegó a puntos extremadamente remotos. Las tensiones sociocomunitarias derivadas tanto de la venta de heroína como de la demanda encarnada en escuálidos heroínómanos,

---

<sup>3</sup> Considerar que un determinado fenómeno social se desarrollará en un sentido concreto posibilita que tal consideración altere el curso los factores que dan forma al fenómeno y este se materialice en el futuro tal como fue enunciado en el pasado.

dispararon todas las alarmas sociales. Algunas voces, especialmente las vecinales, entendían que la solución al problema de «la Droga» era erradicar la compraventa mediante un férreo control policial. En un clima totalmente beligerante, las autoridades destinaron más efectivos policiales y más recursos económicos a las fuerzas de seguridad para imposibilitar la comercialización de heroína. Los resultados nos evidencian que la «lucha contra la oferta» provocó severos daños a las personas heroínómanas extremadamente vulnerables. Desde entonces hemos comprendido, tal como analizaremos en el [capítulo cuatro](#), que las dinámicas de la oferta influyen en el comportamiento de la demanda, pero en ningún caso las estrategias de control policial solucionan el «problema de la droga».

El cuarto. **La excesiva atención mediática.** Las nefastas consecuencias del consumo compulsivo de heroína fueron amplificadas por los medios de comunicación. Ante un fenómeno desconocido, estos fueron los encargados de relatarlo con grandes dosis de dramatismo y tintes dantescos. Su relato provocó una histeria colectiva desproporcionada (Pallarés, 1995: 15). Las actividades informales (prostitución, venta ambulante...) o ilegales (hurtos, robos, falsificaciones...) para costear los consumos estimularon tanto una reacción moral de desprecio como una creciente percepción de falta de seguridad ciudadana. Los heroínómanos fueron etiquetados de delincuentes, y con la irrupción del VIH, también de enfermos contagiosos. Sujetos que debían ponerse bajo control porque representaban un peligro social. El estigma hacia el consumidor fraguado durante los ochenta continuó inmutable hasta llegar a nuestros días. El estigma perdura porque los medios de comunicación lo apostillan en cualquier noticia relativa al mundo de las sustancias psicoactivas, y lo hacen con más ahínco cuando se trata de heroína o de su supuesto repunte.

El quinto. **Una respuesta comunitaria beligerante.** En ciertos barrios, el clima era de conflicto abierto contra todo aquello relacionado con la compraventa de estupefacientes. Sórdidas son las imágenes de patrullas vecinales que «luchaban contra la Droga» a base de amenazas, intimidaciones y palizas. Vecinos tan instalados en el delirio que confundían víctima con verdugo y, sin miramientos apaleaban a los heroínómanos que merodeaban por sus barrios en busca de la próxima dosis. Acciones que solo contribuían a crispar el ambiente sin encontrar en ningún momento la solución al «problema». Yonkis que fun-

cionaban a la perfección como chivo expiatorio en unos barrios faltos de recursos públicos y, en cierta medida, desatendidos por las administraciones. «La Droga» se entendió como la responsable de todos los inconvenientes. Como ha quedado demostrado en análisis sociohistóricos posteriores, el problema genuino de España era la pobreza y la desigualdad social (Romaní, Espinal, Ro-

**Las acciones vecinales «contra la Droga» solo crisparon el ambiente sin aportar ninguna solución.**

vira, 1989; Gamella, 2008). Hoy en día, tal como explicaremos en el punto [«el fenómeno de los narcopisos»](#) la lucha de los vecinos ha vuelto a recrudecerse en aquellos barrios en que «la Droga» está presente.

Han pasado más de dos décadas y las estrategias para combatirla son sustancialmente diferentes, entre otros motivos porque en la actualidad, en gran medida, las comunidades han dejado de confundir víctima con verdugo.

El sexto. **La cuestión residencial y generacional.** La inmensa mayoría de heroinómanos ochenteros nacieron entre 1955 y 1969, y muy especialmente entre 1960 y 1965. No es baladí el año de nacimiento, ni tampoco el barrio de residencia: la casi totalidad de heroinómanos crecieron en un barrio periférico de una gran conurbación y se engancharon a la heroína durante la época de transformación político-económica. En la actualidad, la casi totalidad de heroinómanos son esos jóvenes de las periferias urbanas enganchados a la heroína desde los años ochenta o principios de los noventa. Esos jóvenes, ahora envejecidos, cuentan con una carrera adictiva de veinte, treinta e incluso más años a sus espaldas y venas.

El séptimo. **El desencanto político.** Finalizada la Transición, algunos jóvenes implicados en partidos de extrema izquierda consideraron que los resultados obtenidos eran pírricos y lejos quedaban de las expectativas creadas, con la lógica sensación de fracaso y desánimo. Como estrategia de autoatención, algunos encontraron en la heroína el bálsamo necesario para mitigar sus males existenciales. García Pardo (2002) ilustra la relación entre heroína y jóvenes desencantados políticamente, la mayoría de los cuales se engancharon durante el servicio militar. El desencanto existencial, sea de naturaleza política o de cualquier otra índole, puede catalizar el uso de sustancias. En la actualidad, la inmensa mayoría de jóvenes emplean otros mecanismos para mitigar su malestar emocional y únicamente una minoría recurren a drogas como la heroína con estos propósitos.

El octavo, y último, pero no por eso menos importante, aunque habitualmente excluido de los análisis relativos a la «crisis de la heroína»: **la transformación de los valores**. Los sectores más conservadores entendieron el «problema de la Droga» como resultado del exceso de libertad que había traído consigo la democracia (Usó, 2015: 80; Hidalgo, 2007: 63). Los «excesos» en nada influyeron en la drogadicción, sino que el embrollo yacía en el sistema de valores en que se socializaron los yonkis. Su infancia se desarrolló bajo el implacable control del nacionalcatolicismo, educados en familias patriarcales y en escuelas diferenciadas por sexos donde era imposible discernir entre enseñanza y adoctrinamiento. La violencia y el miedo fueron ingredientes habituales en su infancia, valores que comportaron, en infinidad de casos, que crecieran con una miseria emocional galopante. El cambio de modelo político, la transformación de los valores y la llegada de discursos progresistas les coincidió con el ritual de paso que significa la adolescencia. Un cúmulo de cambios entre adolescentes ansiosos de libertad y nuevos horizontes. Experimentar, explorar, conocer, subvertir, protestar, luchar, entre otros verbos prohibidos hasta el momento, fueron conjugados hasta la saciedad por adolescentes que descubrían el mundo cuando España se despertaba del largo letargo franquista. Y, como las drogas simbolizaban transgresión, algunos las abrazaron sin titubear, aunque no tuviesen ningún tipo de información ni la más remota idea de las consecuencias que les provocarían.

En algunos jóvenes, la deficiente educación emocional catalizó el uso compulsivo de heroína.

Durante los ochenta España experimentó una crisis de heroína sin parangón. A grandes rasgos, siguiendo a Hidalgo (2007: 67), de los pocos morfínomos institucionalizados de los setenta se pasó a mediados de los ochenta a contabilizar entre sesenta mil y ciento veinticinco mil heroínómanos. La vía parenteral dejó de representar una rareza para convertirse en la predilecta del 93% de los usuarios de heroína. Los decomisos aumentaron espectacularmente, de pocos gramos a principios de los sesenta a 886 kilos en 1990. A principios de los setenta eran anecdóticas las detenciones por tráfico de heroína, en 1984 hubo 3.468 detenidos y 11.772 en 1992. En 1976 se notificó la primera muerte por sobredosis de heroína, en 1991 se alcanzaron las 813. En 1981 se detectó en Barcelona el primer caso de SIDA en España. En 1984 se notificaron diecinueve entre usuarios de la vía parenteral. En 1992 se alcanzaron los 3.103. En

1976 veintidós personas estaban en tratamiento por adicción a las drogas duras en el dispensario antialcohólico de Barcelona; entre 1975 y 1977 el Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid atendió treinta demandas de deshabitación a la heroína. En 1990 había 20.017 personas haciendo su primer tratamiento por adicción a la heroína. A finales de los setenta los servicios de

**Los datos muestran que España sufrió una crisis de heroína sin parangón. A mediados de los ochenta había más cien mil heroínómanos.**

Psiquiatría, y algún que otro centro hospitalario privado, ofrecían alguna atención asistencial. En 1991 había 325 dispositivos de atención ambulatoria, cuarenta y siete hospitales disponían de unidad de toxicomanías y existían sesenta y nueve comunidades tera-

péuticas homologadas. En definitiva, una crisis en todos los sentidos.

De la «epidemia» de la heroína de los ochenta, para los propósitos de este trabajo, destacamos tres elementos. El primero: la respuesta asistencial y los programas de reducción del daño fueron primordiales para amortiguar los estragos (Adán y Cura, 2013). La oferta asistencial actual mantiene formas y fondos que enraízan, con sus pros y sus contras, con la manera de proceder de los años ochenta. El segundo: «la Droga» provocó una gran alarma social y, en consecuencia, se apuntaló la representación social que asocia heroína con adicción, enfermedad, delincuencia y muerte. Todo aquello que remetiese a droga provocaba la más enérgica repulsa de la opinión pública. Esta representación se ha mantenido extremadamente estable a lo largo del tiempo y ha llegado a nuestros días casi intacta. El tercero: los precios de la sustancia implican que algunos consumidores infrinjan la ley (robos, hurtos, timos, falsificaciones, etc.) para costársela. Los programas de mantenimiento con metadona representan, para una parte importante de pacientes, un sustitutivo eficaz porque permiten estabilizarlos y alejarlos de las actividades informales. En algunos consumidores de largo recorrido la metadona es insuficiente para desvincularlos del estilo de vida del heroínómano. En estos, es habitual que después de un tiempo de mantenimiento con metadona empiecen a alternarla con la heroína. En consecuencia, desde la lógica asistencial, sus avances terapéuticos son pírricos o nulos. El consumidor considera que debe lidiar con los breves derivados del uso de dos opioides y en consecuencia se siente enganchado por partida doble. Para este perfil de heroínómano, los programas de mantenimiento con heroína farmacéutica representarían una alternativa eficaz a la metadona.

**La crisis de la heroína, en resumen, provocó la consolidación de una red asistencial solvente, la creación de la representación social que asocia heroína con problemas y la implementación de programas de metadona.**

## **LA HEROÍNA EN EL ESCENARIO DE LA NORMALIZACIÓN DE LAS (OTRAS) DROGAS (1992-2008)**

En este breve apartado queremos describir someramente los aspectos generales de los consumos de opioides durante los años comprendidos entre 1992, momento en que la crisis de la heroína empieza a remitir, y 2008, año en que da inicio la crisis socioeconómica. En el siguiente capítulo analizaremos las tendencias actuales, lo que nos obligará a rescatar la realidad de los años inmediatamente anteriores, es decir, el momento histórico en que la heroína fue perdiendo protagonismo mientras se consolidaba el modelo de normalización sociocultural de las sustancias (Martínez Oró, 2015; Martínez y Arana, 2016; Pallarés, 2008).

El elemento definitorio de los consumos de heroína durante la fase de normalización es su invisibilización y marginalización. Los heroínomanos fueron desplazados a los poblados de chabolas de las periferias de las conurbaciones urbanas, conocidos por aquel entonces como «hipermercados de la droga» (Romaní e Ilundain, 2009; Clua, 2016). La invisibilización provocó que la sociedad española olvidase el «problema de la droga», por eso, en los últimos años, cuando el sector de la comunicación informaba sobre la heroína, enunciaba «su regreso».

Durante el proceso de normalización, las diferentes comunidades autónomas consolidaron una red asistencial de calidad, eficaz y universal. Los programas de mantenimiento con metadona propiciaron que un gran nombre de heroínomanos empezase un tratamiento de deshabituación. La consolidación de la representación social de la heroína como sinónimo de muerte implicó que las nuevas incorporaciones descendieran drásticamente. Durante estos años, a la vista que algunos usuarios no podían abandonar la heroína, los programas de

reducción de daños se consolidaron en algunas ciudades españolas con el objetivo de mitigar su situación de marginalidad, aplacar las infecciones por VIH/SIDA y convertir la cuestión de las sustancias en un fenómeno a abordar desde la lógica de la Salud Pública y no desde el Derecho Penal.

**Es impreciso hablar del regreso de la heroína. No puede volver porque nunca se fue. Permanecía invisible a los ojos de la opinión pública, pero presente en contextos marginales.**

### 3. TENDENCIAS ACTUALES DE LOS OPIOIDES

El presente capítulo examina las tendencias del consumo de opioides, con especial atención a aquellas que potencialmente podrían desencadenar problemas en el futuro. El análisis debe ofrecernos suficientes indicios para dilucidar hasta qué punto estamos en la antesala de un nuevo ciclo de problemas derivados del uso compulsivo de heroína. A continuación, abordaremos: **los indicadores epidemiológicos, el fenómeno de los «narcopisos», las tendencias de las vías de consumo, el estado del empleo de fármacos opioides, la situación del mercado negro del fentanilo y análogos, las implicaciones del consumo de cocaína y benzodiacepinas, el papel de los medios de comunicación y el riesgo de que la profecía del repunte se cumpla.** Estos temas son los más importantes para cumplir los objetivos planteados. Hemos detectado otros aspectos imbricados con el mundo de la heroína que requieren de atención para mejorar la calidad de vida de las personas adictas, como por ejemplo el estancamiento de los tratamientos en drogodependencias en usuarios de largo recorrido, las consecuencias de su envejecimiento, las desigualdades de género en los recursos asistenciales, la inexistencia de centros pensados para las mujeres, los déficits de la reducción de daños en la mayoría de comunidades autónomas, entre otros temas. Estos se nos escapan de los objetivos diseñados, pero no cabe duda que es necesario generar más conocimiento sobre estas cuestiones para implementar intervenciones ajustadas a la realidad y a las necesidades de las personas consumidoras.

#### ANÁLISIS DE INDICADORES RELACIONADOS CON EL USO DE OPIOIDES

A continuación, examinamos los indicadores relacionados con el consumo de heroína y/u opioides, complementados por los datos cualitativos surgidos de las entrevistas a profesionales. El análisis de ambos nos evidencia la falta de sustento empírico de las afirmaciones que enuncian el repunte de la heroína o una crisis a la norteamericana. Veamos.

##### **Prevalencias de consumo**

La evolución de las prevalencias de consumo de una sustancia es un indicador excepcional para captar las tendencias pasadas y predecir, si tenemos en

cuenta otras variables, las futuras. El principal hándicap de este indicador es el «retraso» en que nos ofrece la información. En la actualidad, las prevalencias de consumo de heroína disponibles hacen referencia a 2017 para la población general y a 2016 para la población escolar, es decir, una demora de dos y tres años respectivamente. Los datos del gráfico 1, procedentes de la encuesta EDADES (2017), nos muestran que las prevalencias de consumo de heroína en cualquier serie temporal son casi insignificantes. Únicamente el 0,1% de la población ha consumido en los últimos treinta días. Tendencias totalmente estables desde 1995.

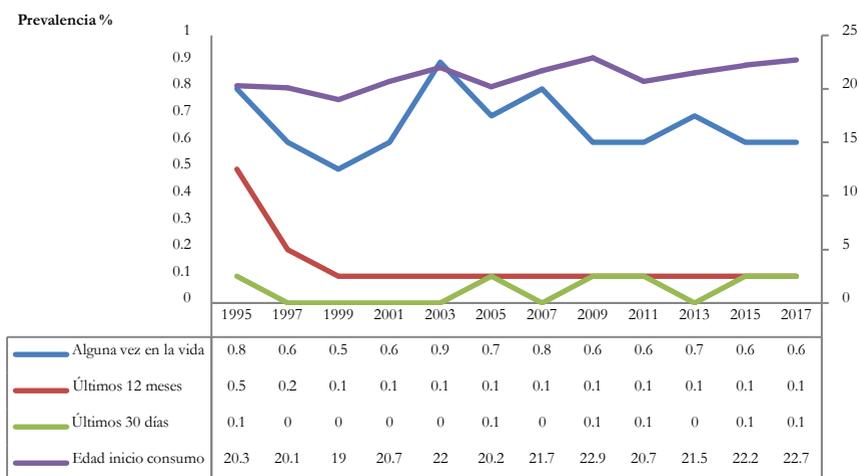


Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de heroína (porcentajes) y edad media de inicio (años) en el consumo de heroína en la población de 15-64 años. España, 1995-2017. Elaboración propia a partir de los datos del «Informe EDADES 2019» del OEDA de la DGPNSD.

En relación con la población escolar (14-18 años), el gráfico 2 nos evidencia que las prevalencias de consumo de heroína se han mantenido constantes desde 1994. En 2016, sólo el 0,3% de los escolares españoles la habían consumido en el último mes, porcentaje similar al mínimo histórico de 1994 (0,2%) y alejado del máximo de 2012 (0,6%). Estos datos ofrecen unas tendencias que, trianguladas con los datos cualitativos, nos permiten afirmar que en España no hay atisbo de ningún repunte en el sentido que ha sido vaticinado por los medios de comunicación.

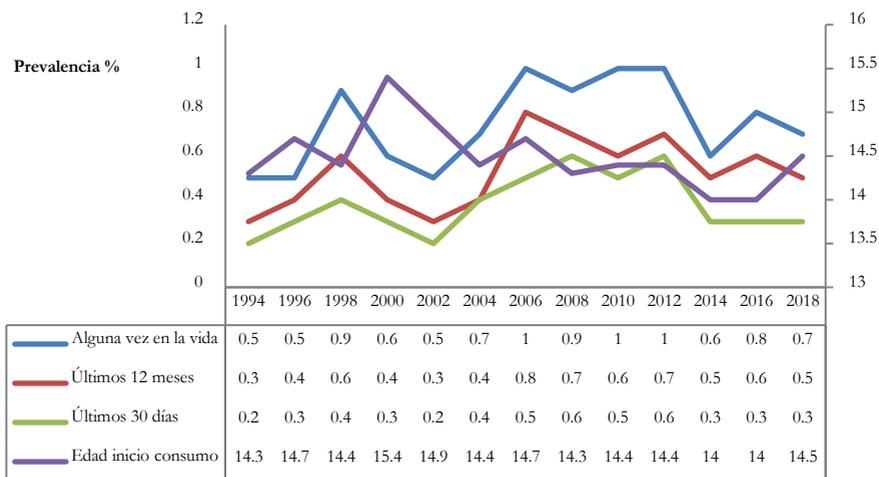


Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de heroína (porcentajes) y edad media de inicio (años) en el consumo de heroína en la población de 14-18 años. España, 1994-2016. Elaboración propia a partir de los datos del «Informe 2019» del OEDA de la DGPNSD.

Una vez la crisis de la heroína empezó a amainar, allá por 1992, el número de nuevos consumidores disminuyó hasta que a finales de los noventa las nuevas incorporaciones eran una rareza. A pesar del descenso, durante las dos últimas décadas un goteo de consumidores, minoritario pero constante, se ha iniciado a los consumos de heroína. A pesar de la invisibilización y la marginación, los viejos heroínomanos que la abandonaban o fallecían han sido reemplazados por efectivos más jóvenes. **Los datos cualitativos desmienten que en los dos últimos años hayan aumentado las nuevas incorporaciones. Tampoco disponemos de ninguna evidencia solvente que nos señale que vayan a crecer a corto o medio plazo.** Es improbable que la siguiente EDADES

en 2020 o la ESTUDES en 2021 muestren, ni que sea extremadamente tímido, un repunte de la heroína u otros opioides. Veremos si entre algunos encuestados se produce el efecto ilustración (Gergen, 1998), es decir: que de tanto enunciar el retorno de la heroína, estos respondan las preguntas con la voluntad de cebar el miedo que provoca el repunte, en consonancia con la profecía, aunque nunca la hayan consumido.

### **Urgencias hospitalarias por reacción aguda por heroína y otros opioides**

Las urgencias hospitalarias son más habituales en drogas con un escaso margen de seguridad y una farmacodinámica con capacidad para alterar las constantes vitales, como es el caso de la heroína y otros opioides. Cabe esperar que si el consumo de estas sustancias fuese más prevalente, las urgencias se habrían disparado. El gráfico 3 muestra la tendencia a la baja del porcentaje de urgencias provocadas por la heroína y otros opioides. En 2015 se registraron 560 y 371 respectivamente, en cambio en 2017 (último dato disponible) la heroína descendió hasta los 384 y los otros opioides se situaron en 442. En 1996, el 56,1% de las urgencias vinieron motivadas por la diamorfina, mientras que en 2017 representaron únicamente el 9%. El indicador de urgencias hospitalarias también nos disuade de pensar que España está ante un repunte de heroína o de un aumento desaforado del uso de otros opioides.

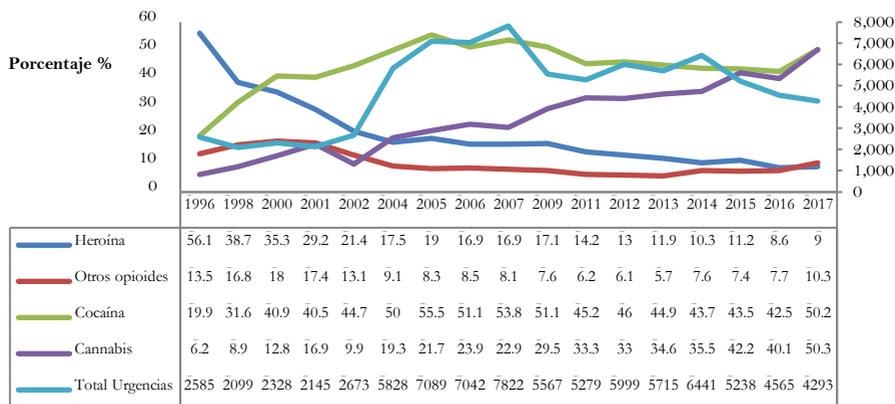


Gráfico 3. Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España. 1996-2015. Elaboración propia a partir de los datos del «Informe 2019» del OEDA de la DGPNSD.

Los datos cualitativos nos muestran dos posibles factores que pueden influir en el número de urgencias hospitalarias. Por una parte, el empleo de fármacos opioides, que en el último año ha alcanzado máximos históricos. Aunque detectamos que la casi totalidad de pacientes los emplean según las pautas de uso indicadas por los galenos, es probable que algunos hayan abusado y hayan requerido de atención hospitalaria urgente. Los datos de los años venideros nos contrastarán la fiabilidad de esta hipótesis. Por otra parte, la presión ejercida sobre los puntos de venta, especialmente los ocupados («narcopisos»), ha provocado el desplazamiento de usuarios hacia zonas más remotas, pero a la vez más riesgosas. Las zonas alejadas disponen de una precaria, sino nula, atención sanitaria, y si los usuarios no disponen de naloxona cualquier «susto» termina en urgencia hospitalaria (Clark, Wilder y Winstanley, 2014). Si a esto le unimos que el SEAT ha detectado, aunque incipientemente, lotes de heroína adulterados con derivados del fentanilo, hipotetizamos que es más que factible que las urgencias por estas drogas hayan sido más numerosas durante el binomio 2017-18.

## Índice de mortalidad

El número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de drogas es un indicador complejo. Este recoge la mera presencia de sustancias psicoactivas/metabolitos en los fallecidos mediante el análisis toxicológico, pero la etiopatogenia de la reacción aguda «puede ser muy variada (sobredosis, reacción anafiláctica, adulterantes, policonsumo), y con frecuencia resulta difícil establecer el mecanismo exacto de la muerte» (Pereiro, Bermejo y López, 2005 en Miguel-Arias, *et al.*, 2016: 81).

**Las muertes por heroína tienden a la baja. España es uno de los países europeos con una tasa inferior de mortalidad por drogas: 14,8 muertes por cada millón de habitantes.**

Esta casuística puede implicar que la muerte sea el resultado de la imbricación de múltiples factores que van más allá de los estupefacientes. Otra limitación del indicador es que su notificación a la DGPNSD por parte

de las comunidades autónomas ha sido desigual a lo largo de la serie histórica. En cada uno de los sucesivos informes del OEDA más comunidades autónomas lo han comunicado. En 2017 todas lo reportaron menos Asturias. Teniendo en cuenta estas limitaciones, en 2017 se notificaron 696 muertes por reacción aguda, una cifra mayor que en 2016 (613 fallecimientos). De las 695 muertes, 404 presentaban metabolitos de opioides. En términos absolutos el número de muertes en que fueron hallados opioides es similar al de años anteriores, por ejemplo, 396 en 2016 o 408 en 2010, pero proporcionalmente es inferior, ya que en 2017 se detectaron opioides en el 58,1% de las muertes mientras que 2016 representaban el 63,9% y en el 2010 se alcanzó el 79,1%.

El EMCDDA recoge las muertes por sobredosis en los países miembros de la Unión Europea, Turquía y Noruega. La metodología que emplea para atribuir la causa de una muerte a las drogas se fundamenta en la lista de códigos de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) elaborada por la OMS. Este criterio comporta que los datos españoles sean incompletos porque el indicador de causa de muerte del INE no discierne la causa T40 (envenenamiento por drogas de abuso) en las causas X41 y X42 (envenenamiento accidental) y Y11 y Y12 (envenenamiento intencionado), por tanto, para España solamente podemos conocer el número de envenenamientos (intencionados o accidentales) sin esclarecer cuáles se deben a drogas de abuso en

general y cuáles a los opiáceos y opioides en particular<sup>1</sup>. A pesar de estas limitaciones el EMCDDA realiza un conjunto de correcciones que le permiten establecer en 483 las muertes por sobredosis en el año 2016 en España. Número notablemente superior a las 390 de 2015, pero aún por debajo de las 540 de 2008. La sustancia causante de la muerte no está desglosada. Si tomamos como referencia que en el conjunto de la Unión Europea en el 78% de las muertes inducidas por drogas se detectó algún opioide, podemos deducir que, en España, en 2016, se habrían producido 377 muertes por drogas con presencia de opioides (EMCDDA, 2019: 81).

**Con datos relativos a 2017, España ocupa la posición número diecisiete de la Unión Europea en el número de consumidores de opioides de alto riesgo. La proporción de 2,2 por cada mil habitantes es relativamente baja, y más si la comparamos con el 8,4 del Reino Unido (EMCDDA, 2019: 89).** Nuestro país también ostenta una baja tasa de mortalidad por drogas. Esta es de 16 muertes por cada millón de habitantes (15-64 años), más ocho veces inferior a las 130 de Estonia (EMCDDA, 2019: 82).

En definitiva, el indicador de muerte por reacción aguda o sobredosis parece mantenerse estable. A la espera de los datos para el período 2018-2020 no detectamos indicio alguno (notas de prensa, artículos científicos, discursos profesionales, etc.) de que las muertes por sobredosis de opioides vayan a dispararse. Este indicador también disuade cualquier duda de que el supuesto repunte sea o vaya a convertirse en una realidad.

## **Demanda de tratamiento por heroína u otros opioides**

En determinadas sustancias, como la heroína y los otros opioides, las demandas de tratamiento representan un indicador válido para conocer la magnitud de los problemas asociados, aunque el período de latencia<sup>2</sup> provoca que este capte la tendencia con cierta demora. A pesar de tal limitación, si España estuviese gestando una nueva crisis de heroína, ni que fuese tímidamente, el indicador habría aumentado, o al menos los recursos asistenciales dispondrían de alguna evidencia mínimamente fundamentada de que algo se mueve.

---

<sup>1</sup> En el siguiente link puede consultarse la metodología empleada para calcular las muertes relacionadas por drogas <https://bit.ly/2AHStE>

<sup>2</sup> Tiempo entre que una persona se inicia en los consumos y demanda tratamiento.

El gráfico 4 nos muestra la evolución de las demandas de tratamiento por heroína en el período 1991-2015. Observamos que desde 1998 aquellas con tratamiento previo tienden a la baja, hasta situarse en los 7.775 casos en 2017. Las demandas sin tratamiento previo, después de un período de descenso, se estancan a partir de 2011, reportándose 2.259 en 2017. Otro indicador más sin rastro del repunte.

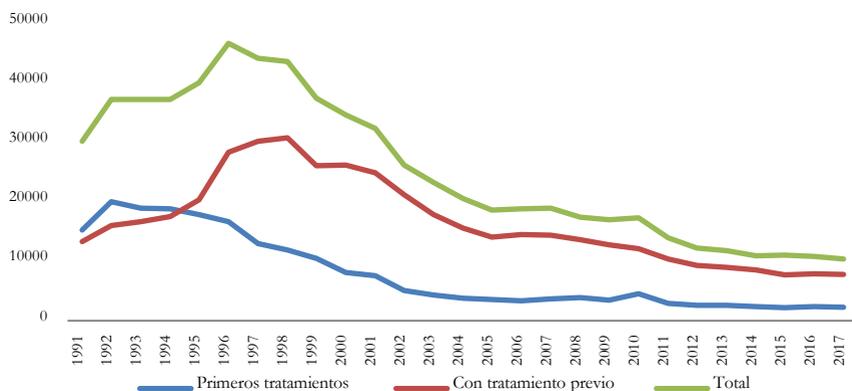


Gráfico 4. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2015. Elaboración propia a partir de los datos del «Informe 2019» del OEDA de la DGPNSD.

Cataluña experimentó un ligero descenso de las demandas de tratamiento por heroína en 2018 (1540) respecto 2017 (1.754), muy similar a 2016 (1.561). Estas sutiles variaciones no son indicio suficiente para concluir que estamos ante una nueva epidemia. En 2018 solamente el 11% (169 personas) nunca había realizado un tratamiento, porcentaje similar al de los últimos años. El grueso de los demandantes (72%) son consumidores de largo recorrido con múltiples intentonas de deshabituación (SID, 2019: 11).

## **Sanciones administrativas por tenencia y detenciones por compraventa**

Un incremento de los consumos de heroína implicaría necesariamente más denuncias por posesión y/o consumo en la vía pública, así como más detenciones por tráfico de pequeñas cantidades. El Anuario estadístico 2017 (del Ministerio del Interior apunta: «no se aprecian indicios de aumento del consumo [de heroína] en nuestro país, permaneciendo estables las denuncias por tenencia o consumo en vías públicas, así como las incautaciones y detenciones asociadas al pequeño tráfico». En otras palabras, las acciones policiales contra los «narcopisos» no han provocado que en el conjunto del Estado se produzcan más detenciones por vender heroína al detalle. Las detenciones practicadas en las operaciones de desmantelamiento de «narcopisos» se hubiesen realizado de todas formas sin el foco mediático, ya sean en el Raval, en Vallecas o en otros barrios. Otro indicador más, y este muy actual, que nos contradice el fantasma del repunte.

**El número de detenciones por venta al por menor de heroína y las sanciones administrativas por tenencia y consumo en vía pública se mantienen estables. Este indicador también descarta cualquier supuesto repunte.**

Los vecinos interpretan las escasas detenciones relacionadas con el menudeo como un claro reflejo de la pasividad de las fuerzas de seguridad hacia el fenómeno de «la Droga» en general y de los «narcopisos» en particular. Algunos se sienten agraviados respecto a otros barrios y apuntan que, si estos estuviesen en barrios como, por ejemplo, el de Salamanca en Madrid o el de Gracia en Barcelona, los puntos de venta al por menor se hubiesen erradicado con suma celeridad. La percepción subjetiva de agravio les hace elaborar este tipo de afirmaciones sin mayor fundamento que su experiencia vivencial. No cabe duda de que el control de la oferta es similar en todos los barrios y se intensifica en aquellos donde el conflicto es mayor. Y, aunque la mirada de algunos vecinos no lo capte, la presión policial ha provocado que en enero de 2019 el conflicto de los «narcopisos» en Vallecas sea anecdótico y, en el Raval, aunque perdure la tensión, se hayan desmantelado multitud de «narcopisos», a destacar los veintisiete en la macrooperación policial de 29 de octubre de 2018.

La eficacia del control policial para finiquitar la oferta es limitada en todos los casos, pero en el caso de los **narcopisos** aún es más ineficiente porque la

naturaleza del problema imbrica con conflictos urbanos de rango macrosocial que superan la lógica de la compraventa de drogas.

## Decomisos

Un número nada desdeñable del largo elenco de noticias que dan por cierto el regreso de la heroína recurre al volumen de decomisos para justificarlo. Las aprehensiones de una determinada sustancia son un indicador indirecto que refleja de manera muy tenue el estado de la demanda, e incluso en muchos casos no podemos considerarlo ni indicador porque no existe correlación alguna, como es el caso de los alijos de hachís y cocaína intervenidos en nuestro país,

**El volumen de decomisos de heroína se desvincula de cualquier relación con la demanda.**

porque la casi totalidad del monto se destina a abastecer los mercados europeos. En el caso de la heroína, los expertos habían considerado que los decomisos po-

dían correlacionar con la demanda. Asumían que España era destino final porque llegaba de Turquía a través de la ruta terrestre de los Balcanes. Este itinerario ya no es el único.

«La crisis de los refugiados» iniciada en 2015 implicó el blindaje de las fronteras de Serbia, Hungría y Macedonia, además de un férreo control de las lindes de Grecia, Albania, Croacia o Eslovenia. Los comerciantes han encontrado en la vía marítima del Mediterráneo occidental la alternativa a la ruta balcánica. Los puertos españoles, concretamente Valencia, Algeciras y Barcelona, se han convertido en la puerta de entrada para abastecer los mercados del viejo continente. El itinerario marítimo implica que el indicador de decomisos pierda cualquier validez para intentar cotejar la demanda. El decomiso de 331 kilos de heroína

**España se ha convertido en puerta de entrada de la heroína a Europa. El cierre de las fronteras balcánicas a tenor de la «crisis de los refugiados» impulsó la ruta marítima.**

en el puerto de Barcelona procedente de Turquía en noviembre de 2017 es una evidencia robusta del cambio de ruta. El jefe del grupo era turco, y se descartó

cualquier conexión con bandas criminales españolas. La heroína hubiese sido descargada en la Ciudad Condal y distribuida por carretera a toda Europa, muy probablemente sin abastecer ni un gramo de la demanda española. En definitiva, ante el nuevo escenario de las rutas internacionales de tráfico de heroína, relacionar decomisos con repunte carece de cualquier sentido.

## EL FENÓMENO DE LOS «NARCOPISOS»

El relato mediático sobre el repunte de la heroína incardina con los «narcopisos»<sup>3</sup>. Es habitual que los periodistas, en la presentación de los sucesos, recurran a una simplona relación causal que da a entender que la mayor demanda propicia la aparición de «narcopisos», a la vez que estos estimulan los consumos. Según el sentir de algunos reporteros, la irrupción de «narcopisos» y el consecuente trasiego de adictos por las calles aledañas es la evidencia irrefutable e incontestable del repunte. **Explicar la presencia de los «narcopisos» a partir de las dinámicas de la oferta y la demanda resulta parcial porque reduce la complejidad del fenómeno.** Los «narcopisos» son producto de las lógicas financieras globales. Veamos.

Sassen (2015) apunta que el sector financiero trabaja para desarrollar instrumentos que permitan financiar cualquier actividad económica, entre ellas la subsistencia de las poblaciones más pobres, como en el caso de las hipotecas *sub-prime* en Estados Unidos. Las finanzas no son intrínsecamente destructivas. Se podrían aplicar para fortalecer el bienestar de la sociedad, pero como se orientan a obtener pingües beneficios «casi siempre han servido para desmembrar lo social a través de la desigualdad extrema, para destruir buena parte de la vida de clase media prometida por la democracia liberal, para expulsar a los pobres y a los vulnerables de tierras, empleos y hogares» (Sassen, 2015: 15). **Las expulsiones son la expresión más salvaje de las dinámicas de financiarizar la vida cotidiana.** Expulsiones de diferente naturaleza, producidas en múltiples contextos, pero con un hilo conductor común: en todo proyecto financiero primará cumplir con sus objetivos, especialmente obtener beneficios, aunque sea a costa de reventar las dinámicas colectivas y de expulsar aquellas poblaciones que constituyen un impedimento para cumplirlos. En las últimas dos décadas las expulsiones se han convertido en una constante mundial. En España, por ejemplo, han cuajado mediante los desahucios que desde 2008 han desalojado más de un millón de pisos.

---

<sup>3</sup> El presente apartado analiza exclusivamente en qué medida los «narcopisos» contribuyen al repunte de la heroína y cómo influyen en la oferta y la demanda de drogas, aunque no renunciamos a presentar las características esenciales y a dilucidar cuál es el motivo de su aparición. No es objetivo realizar un análisis minucioso del desarrollo que han tenido desde su emergencia hasta la actualidad, ni de la controversia ni de la respuesta comunitaria que han provocado.

Los análisis superficiales conceptualizan a los «narcopisos» como un fenómeno propio del «mundo de las drogas». Estos razonamientos fundamentados en aspectos formales representan un trampantojo sociocultural. Los «narcopisos» no son causa ni consecuencia de nada relacionado con las drogas en general, ni del repunte de heroína en particular. Estos han aparecido como subproducto de los intereses económicos de grandes corporaciones financieras en el sector inmobiliario de las ciudades globales. Los beneficios empresariales implican la expulsión, por sobrante y molesta, de aquella población que es incompatible con el nuevo escenario urbano diseñado por y para las compañías transnacionales (Sassen, 2008). Los vecinos con un poder adquisitivo insuficiente para sufragar los costos de la vivienda son expulsados de los barrios codiciados por los magnates inmobiliarios. **El nuevo modelo urbano de las ciudades globales españolas (Madrid y Barcelona) implicó como consecuencia no prevista la irrupción de los «narcopisos».** Estos son un síntoma peculiar, y casi anómalo, del proceso de expulsión de los vecinos producto de la especulación inmobiliaria perpetrada por los «fondos buitre». Mientras haya pisos, y sobre todo edificios vacíos, propiedad de empresas de inversión inmobiliaria, los «narcopisos» continuarán formando parte del paisaje urbano. Cuando consideren que es el momento oportuno desalojarán sin miramientos los ocupas (con c) para convertir las antiguas fincas en nuevos edificios de alto *standing*. Entonces los «narcopisos» desaparecerán.

**La escasez de vivienda y la escalada de precios en Madrid y Barcelona provocan la expulsión de los vecinos con menos recursos económicos. Esta realidad es producto de la imbricación de tres factores emergentes en las ciudades globales españolas.**

- **El primero.** Las empresas transnacionales fijan su sede y/o delegaciones en las ciudades globales, con la consecuente inversión de capitales. En el caso español, Barcelona se consolida como *hub* tecnológico y vivero de *startups*. Madrid es un referente del sector de las finanzas y las sociedades de inversión. Una proporción nada desdeñable de los trabajadores de las multinacionales son extranjeros, como su capacidad económica es notablemente superior a la de la mayoría de los españoles, pueden pagar sumas significativas para comprar o alquilar viviendas en las zonas céntricas.
- **El segundo.** Las ciudades globales, por sus prestaciones, y más las españolas por su clima, gastronomía y cultura, son un reclamo para el turismo

internacional. Año tras año, tanto Madrid como Barcelona superan el récord de visitantes del año anterior. La demanda de alojamiento temporal provoca la construcción de hoteles en solares donde antes había bloques de viviendas. Además, un número importante de pisos, anteriormente destinados al arrendamiento de los vecinos del barrio, se transforman en hospedajes turísticos.

- **El tercero.** El sector inmobiliario es uno de los más rentables para las finanzas. Invertir en solares, bloques y bienes inmuebles de todo tipo representa una estrategia a medio y largo plazo para multiplicar los valores iniciales. Este tipo de operaciones financieras provocan que durante años las fincas estén en desuso con la consecuente degradación del barrio. Una vez se ponen en circulación, normalmente con un precio elevado, sólo pueden pagarlas las personas con rentas altas y el sector turístico.

Ante este escenario urbano, los vecinos han conceptualizado los «narcopisos» como un elemento que estimula su expulsión del barrio. La comunidad se organiza para luchar contra los puntos de venta mediante diferentes estrategias (manifestaciones, tapiar pisos, escraches, denuncias mediáticas, grupos de apoyo mutuo, etc.). Los medios de comunicación han dado eco a las acciones vecinales, pero habitualmente en clave tremendista, lo que ha contribuido a reforzar el estigma de los usuarios y de los barrios. Y, como hemos anotado, los «narcopisos» funcionan como evidencia de que: «el caballo vuelve a trotar por las calles españolas». **En ningún caso los «narcopisos» son el producto o la causa del repunte de la heroína, sencillamente son el reflejo de cómo la oferta de drogas aprovecha el conflicto urbano de la vivienda para continuar operando.**

El elemento definitorio del «narcopiso» es la condición de vivienda ocupada, pero sin las connotaciones ideológicas del movimiento okupa. Los vendedores aprovechan los pisos deshabitados para instalar sus negocios. La mayoría de las viviendas son propiedad de fondos de inversión que las compraron como inversión a medio o largo plazo. Un porcentaje inferior pertenecen a entidades bancarias después de que sus antiguos propietarios fuesen expulsados por impago de la hipoteca o el alquiler. A estos propietarios poco les importa que el piso esté regentado por vendedores de drogas. Hacen caso omiso a las demandas de la comunidad para que tomen cartas en el asunto o al menos denuncien

la ocupación para empezar el proceso judicial que permita desalojarlo. No destinarán ningún recurso para desalojarlo mientras no consideren que es el momento idóneo para reformarlo y venderlo. Los ocupas, con unas actividades incompatibles con la convivencia comunitaria, estimulan la expulsión de los vecinos y, de manera más o menos indirecta, ayudan a cumplir con los objetivos de los fondos buitres. Hay quien apunta que forman parte del entramado especulativo de las inmobiliarias. No disponemos de indicio alguno que nos permita

Un «narcopiso» es una vivienda ocupada donde se venden drogas. La mayoría están instalados en propiedades de fondos de inversión, lo que dificulta su desalojo.

afirmar la existencia de alguna relación entre unos y otros, pero no cabe duda de que los «narcopisos» son viento de cola para los especuladores.

En el distrito madrileño de Vallecas y el barrio barcelonés del Raval localizamos

los dos epicentros del fenómeno de los «narcopisos». El trabajo de campo realizado en ambas zonas nos permite afirmar que ni ha aumentado la demanda de drogas ni existe un número mayor de puntos de venta, más allá de lógicas oscilaciones inherentes a un fenómeno tan dinámico y cambiante como es el consumo de drogas. **En el marco del conflicto de la vivienda, las reacciones airadas contra los «narcopisos» son producto de la mayor visibilidad, tanto de la oferta como de la demanda.** Protestas comunitarias que en el plano emocional se traducen en angustia porque si la heroína ha vuelto, los vecinos asumen que también volverán las consecuencias funestas de la «epidemia de la Droga».

El rasgo diferencial es que si históricamente en Vallecas, el Raval y en tantas otras barriadas la oferta se había dado en pisos de alquiler o de propiedad en que los regentes exigían a sus clientes discreción y modales, la ocupación de pisos permite instalar despachos más «descarados». El conflicto entre vendedores, las trifulcas, la suciedad, el trasiego continuo, el abandono de jeringuillas y, en general, las dinámicas derivadas de la venta de drogas en contextos marginales junto a ciertos estilos de vida de los adictos contumaces que vulneran las normas más básicas de convivencia convierten los «narcopisos» en hervideros que despiertan la más enérgica repulsa de los vecinos. La percepción de degradación provocó que múltiples agentes comunitarios empezasen a denominar «narcopisos» a estos puntos de venta, con un claro componente estigmatizador al hacer referencia a un significante tan despectivo como es el narcotráfico. Con la difusión mediática, el concepto de «narcopiso» empezó a aplicarse a cualquier

punto de venta de drogas, sin importar la ciudad (Bilbao, Elche, León, Valencia, Vigo, La Coruña, Zaragoza, Huelva, etc.), a pesar de que ni en la forma ni en el fondo tengan parecido alguno con los «narcopisos» de las ciudades globales.

Uno de los rasgos definitorios de la oferta de drogas es la perenne necesidad de adaptarse a una sociedad que la censura, persigue y castiga penalmente. Esta realidad la obliga a reestructurarse, desplazarse y moverse según la presión que se ejerce sobre ella. La dinámica de trasladarse a otros contextos para continuar operando y la oportunidad de instalarse en pisos vacíos propiciaron que los vendedores empezasen a vender al por menor en pisos ocupados. A grandes rasgos, podemos dividir los implicados en **la venta en «narcopisos» en dos grandes perfiles. El primero, adictos que revenden sin ninguna vinculación a organización criminal. El segundo, vendedores que son el último eslabón de una estructura delictiva jerárquica más o menos compleja.**

Los primeros son usuarios de largo recorrido que, de la misma manera que otras personas en situación de exclusión social, optan por ocupar un piso («vivir de patada»). Como saben que su estancia será temporal, no hay motivo alguno que impida vender sustancias y consumir en su interior. Los segundos utilizan los pisos vacíos para establecer puntos de distribución hasta que son desalojados o se mudan a otros lugares ante la presión vecinal y policial. Dentro de la estructura jerárquica, los «punteros»<sup>4</sup> son los encargados de la venta al detalle. En caso de detención asumen todos delitos derivados del tráfico de drogas. En consecuencia, la estructura criminal difícilmente se ve afectada, más allá del cierre temporal de una «oficina». Los líderes continúan en libertad, disponen de múltiples puntos de venta y encuentran fácilmente nuevos «punteros».

Los «narcopisos», gestionados por unos u otros, en la forma son relativamente parecidos: pisos ocupados en fincas antiguas, desaliñados, con suministros ilegales de agua y luz, etc. El *modus operandi* también presenta similitudes: almacenan cantidades mínimas de sustancias (en caso de registro el decomiso es irrisorio y consecuentemente las penas, si las hay, también lo son) y disponen de la parafernalia necesaria para consumir porque habitualmente lo permiten. Les importa poco la convivencia, pero la presión policial y vecinal les obliga a intentar operar con discreción. En los últimos meses hemos hablado demasiado

---

<sup>4</sup> En palabras de Rafael Clua: «Usuarios de drogas que organizan el acceso a los puntos de venta a cambio de dosis de heroína y/o cocaína».

de los «narcopisos» y, como la premisa básica de la distribución de drogas fiscalizadas es evitar situarse en el punto de mira, sobre todo de la policía, progresivamente se han vuelto invisibles.

En relación con la demanda, **el número de usuarios no presenta tendencia alcista, pero los «narcopisos», al estimular la percepción selectiva, los han visibilizado.** Los consumidores han experimentado una situación paradójica en su estilo de vida: por una parte, emplean los pisos para consumir con tranquilidad, pero por otra, **la atención mediática los ha situado bajo su mira, ya sea como víctimas o como verdugos, pero siempre en el centro.** Los usuarios buscan espacios calmados para inyectarse y descansar mientras están colocados. Consumir en espacios públicos («chutaderos») escondidos de miradas indiscretas siempre representa un riesgo. Hacerlo en contextos privados es la mejor opción, por eso los «narcopisos» son un espacio magnífico porque les permiten disfrutar de las sustancias sin el trance de ser molestados. Además, evitan un posible registro policial que puede interceptarles su dosis, con el consecuente apuro de volver a empezar el ciclo de «buscarse la vida» para comprar una nueva dosis.

**Las acciones policiales contra los «narcopisos», «la Droga» y «el narco» se encarnan en los cuerpos de los consumidores que, aunque involuntaria e indirectamente, son quienes más han soportado el peso del control policial y del revuelo mediático.** A destacar: dificultades para comprar con el consecuente síndrome de abstinencia, registros, multas, estigma, desprecio y desconfianza de una parte de la ciudadanía. La coacción sobre los consumidores representa una amenaza para la salud pública porque solo consigue esconderlos y hacerlos más reactivos a los recursos asistenciales. Además, las prácticas de reducción del daño son imposibles si no disponen de material higiénico para consumir y, como bien sabemos, compartir material implica aumentar exponencialmente el riesgo de contraer enfermedades contagiosas (Borràs y Trujols, 2013).

Un último detalle de carácter político. Una parte importante de las críticas hacia los «narcopisos» esconden motivos meramente ideológicos. **Entre algunos vecinos, su presencia ha funcionado como estratagema ideal para justificar la campaña de descrédito hacia los consistorios municipales, con la única voluntad de mellarlos políticamente.** Los ciudadanos ideológicamente alejados del equipo de gobierno consideran que los «narcopisos» son el resultado del abandono político y que su presencia muestra la incompetencia

del ayuntamiento y evidencia su falta de diligencia. Está claro que si no hubiese sido «la Droga» hubiese sido otro fenómeno el que hubiese propiciado los ataques políticos. Las críticas contra la gestión del conflicto de los «narcopisos», desde nuestro punto de vista, pueden admitirse por cuestiones de forma, pero en ningún caso por aspectos de fondo. Ningún gobierno municipal, sea del color que sea, con el alcance actual de las políticas locales, puede solucionar las corrientes subterráneas que han provocado el fenómeno de los «narcopisos».

La presión vecinal y policial ha permitido, en gran medida, aplacar la actividad de los «narcopisos», sobre todo si la comparamos con la del verano de 2017 en Barcelona y la del otoño del mismo año en Madrid. **Las operaciones policiales han conseguido dismantelar algunos «narcopisos» pero han provocado dos consecuencias indeseadas.** La primera, el **efecto globo**, es decir: la presión policial o comunitaria hacia la oferta no provoca el cese de la actividad sino su desplazamiento hacia zonas menos controladas (hasta nuevo aviso). En el caso del Raval de Barcelona, la macrooperación de octubre de 2018 trasladó la demanda hacia el barrio de la Mina en Sant Adrià de Besòs. Un ejemplo de manual del efecto globo porque ni la oferta ni la demanda desaparecen: solo se desplazan<sup>5</sup>. La segunda, la **invisibilización de los usuarios** de heroína/ cocaína que continúan sin obtener respuestas sociosanitarias sostenidas en el tiempo que les permitan mitigar su extrema exclusión social. Los planes de choque contra los «narcopisos» aprobados por los consistorios municipales, en Madrid en diciembre de 2017 y en Barcelona en mayo de 2018, contemplaban tanto acciones policiales como estrategias de intervención comunitaria para mejorar la convivencia y la calidad de vida de los consumidores. No cabe duda de que las administraciones locales trabajan para mejorar el bienestar. Por ejemplo, en Barcelona se decidió mantener abierto el CAS Baluard (con sala de venopunción en el barrio del Raval) las veinticuatro horas. En este sentido, la atención a los usuarios debe continuar,

La presión sobre los «narcopisos» ha provocado el desplazamiento de la oferta y la invisibilización de los usuarios que siguen sin recibir una respuesta integral.

---

<sup>5</sup> «Sant Adrià lanza un SOS por el “alud” de la droga y la pobreza en La Mina. “Diez mil vecinos soportan una presión por el consumo de drogas muy superior a la de Barcelona”, denuncia el alcalde». [El País, 17 de enero de 2019.](#)

sobre todo cuando el foco mediático desaparezca y cuando los «narcopisos» dejen de existir.

## TENDENCIAS DEL EMPLEO DE MEDICAMENTOS OPIOIDES

La encuesta EDADES 2017 incorporó por primera vez preguntas sobre el uso de analgésicos opioides entre la población española (15-64 años). En términos generales la difusión de estos fármacos es notablemente minoritaria. Los más utilizados (alguna vez en la vida) son el tramadol (5,2%), la codeína (10%) y la morfina (2,1%). Es marginal el uso de fentanilo (0,3%), oxycodona (0,3%) o tapentadol (0,2%). El consumo en el último mes es extremadamente bajo, solo el tramadol (1,1%) y la codeína (1,6%) presentan prevalencias reseñables. Las sustancias protagonistas de la crisis de opioides en Estados Unidos son totalmente marginales, tanto el fentanilo como la oxycodona. Estas solo fueron consumidas en el último mes por un 0,1% de la población general española. Además de la escasa incidencia, debemos destacar que el 95,7% de quienes han recurrido a los opioides alguna vez en la vida los obtuvieron mediante receta médica. Comprarlos en el mercado negro es radicalmente anecdótico.

En febrero de 2017, la AEMPS publicó el informe «Utilización de medicamentos opioides en España durante el período 2008-2015». Este analiza la evolución de la prescripción de opioides durante el mismo lapso temporal en el cual se había desatado la crisis en Estados Unidos.

**En España el consumo de fármacos opioides pasó de 7,25 DHD en 2008 a 13,31 DHD en 2015, un aumento del 83,5% en siete años.**

En España el consumo de analgésicos opioides pasó de 7,25 DHD en 2008

a 13,31 DHD en 2015, esto es, un aumento del 83,59% en cuestión de siete años (gráfico 5). Dato notorio que invitó a la reflexión, e incluso despertó cierto grado de preocupación, a gran parte de la comunidad sanitaria española.

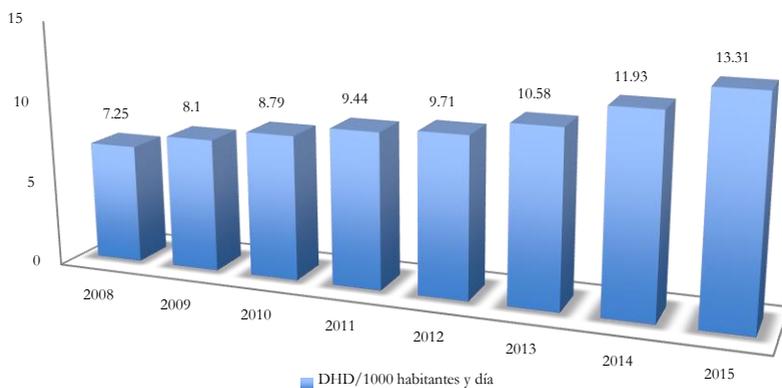
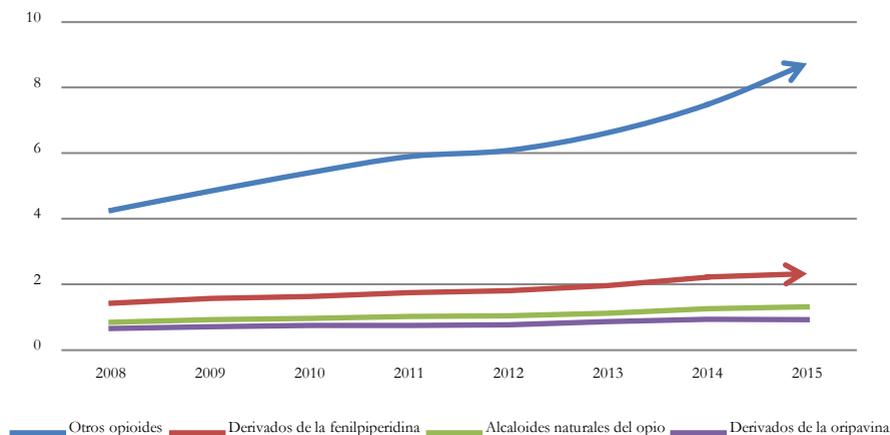


Gráfico 5. Evolución del consumo de opioides en España (2008-2015) según Dosis diaria definida (DHD) por mil habitantes y día. Elaboración propia a partir del informe «Utilización de medicamentos opioides en España durante el período 2008-2015» de la AEMPS.

La AEMPS justifica el incremento del consumo de opioides porque se «han comercializado nuevas presentaciones farmacéuticas para fentanilo, tanto orales (comprimidos sublinguales, películas, comprimidos bucales...) como nasales. Además, «ha aumentado también el número de presentaciones (hidromorfona, oxycodona, fentanilo, buprenorfina)» (AEMPS, 2017: 2). El gráfico 6 muestra que el subgrupo más utilizado es el denominado «otros opioides» (tramadol y tapentadol) que incrementó de 4,26 DHD en 2008 a 8,74 DHD en 2015. Este subgrupo representa el 65,66% del total de opioides administrados. El segundo subgrupo más empleado es el de los «derivados de la fenilpiperidina», con un 17,51%. El fentanilo es el único principio activo de este subgrupo, del cual se consumieron 2,33 DHD en 2015, sobre todo mediante su presentación transdérmica (84%). El subgrupo de los «alcaloides naturales del opio» pasó de 0,85 DHD en 2008 a 1,32 DHD en 2015, y el crecimiento se justifica por la autorización en 2010 de la «oxycodona en combinación» que en 2015 representaba el 32,58% de este subgrupo. La codeína es el fármaco más consumido de los «alcaloides naturales» aunque, farmacológicamente hablando, perdió terreno respecto la oxycodona: pasó de 0,61 DHD en 2008 a 0,51 DHD en 2015. La morfina experimentó un ligero aumento, de las 0,15 DHD en 2008 a las 0,21 DHD en 2015. **El principio activo más utilizado de todo el grupo de los opioides**

es el tramadol (62,21%), seguido del fentanilo (17,51%) y en tercera posición, pero a gran distancia, encontramos la buprenorfina (6,91%). Estas tres presentaciones representan el 86,63% del total de fármacos opioides empleados por los españoles. Sí, son los más utilizados, pero debemos advertir que todos los grupos de opioides, con mayor o menor brío, tienden al



alza.

Gráfico 6. Utilización de opioides en España. Datos expresados en DDD/1.000 habitante y día. Elaboración propia a partir del informe «Utilización de medicamentos opioides en España durante el período 2008-2015» de la AEMPS.

En cierta medida los datos de 2015 de la AEMPS son antiguos, pero aún ofrecen una radiografía válida de las tendencias del uso de opioides. Para Cataluña disponemos de estadísticas relativas a 2018 (SID, 2019) del Departamento de Salud catalán. La comunidad catalana presentaba en 2015 un empleo de opioides inferior a la media del conjunto del Estado. En 2015, en España el consumo de tramadol fue de 5,29 DHD y en Cataluña de 4,76 DHD, el de fentanilo de 2,33 DHD y de 2,31 DHD y de buprenorfina de 0,92 DHD y 0,61DHD, respectivamente. Los usos en Cataluña aumentaron en 2018 respecto 2015. En el caso del tramadol de forma notable, hasta alcanzar las 5,87 DHD y tímidamente en el caso del fentanilo (2,63 DHD). A la vista de estos

datos, cabe preguntarnos: si en 2018 en Cataluña creció la prescripción de opioides ¿también lo hizo en el resto del país? A la espera de disponer de datos actualizados podemos afirmar que es más que probable que así sea, ya que tendencias de consumo entre los años 2008 y 2015 eran similares entre España y Cataluña. Sin más datos disponibles para 2019, pero a tenor del discurso de los profesionales expertos en medicamentos opioides y a la vista de las acciones preventivas puestas en práctica por diferentes entes<sup>6</sup>, **nos aventuramos a afirmar que 2018 fue el año que España alcanzó el máximo histórico en prescripción de fármacos opioides, para empezar a descender a partir de 2019.**

El análisis del discurso de los profesionales nos evidencia cierta polarización a la hora de dilucidar cómo evolucionarán las tendencias de los opioides. Por una parte, encontramos los profesionales, normalmente médicos especialistas, que razonan que los organismos competentes han activado los mecanismos oportunos para controlar y garantizar la óptima prescripción. Estos pronostican que el uso de opioides tenderá a estabilizarse, pero en el caso que continúe la tendencia alcista, se deberá a diagnósticos médicos justificados. En un sentido opuesto, normalmente «adictólogos», reflexionan que España, con el fentanilo de protagonista, se enfrentará a una «epidemia a la americana». Para pronosticar este desalentador escenario recurren a tres evidencias. La primera, el indiscutible aumento de la prescripción de opioides. La segunda, la banalización de los efectos secundarios, especialmente de la adicción. La tercera, la mayor incidencia de pacientes excesivamente demandantes. La imbricación de los tres elementos, considerados como evidencias, les fuerza a articular discursos sumamente pesimistas porque según su parecer, a pesar de la implementación de ciertas estrategias de control, no hay visos que el futuro inmediato revierta el escenario actual. Por extensión, España soportará

**Los médicos especialistas consideran que los mecanismos de control dificultarán que España experimente una crisis de opioides.**

---

<sup>6</sup> Los más ilustrativos son: 1. «Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides» (Guàrdia, 2017) promovida por la sociedad científica Sociodrogalcohol. 2. «Consens català de dolor crònic no oncològic» (Manresa y Samper, 2017) de la Societat Catalana del Dolor. 3. La nota informativa para profesionales sanitarios de la AEMPS «Fentanilo de liberación inmediata: importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas» de febrero de 2018.

los estragos derivados del abuso de opioides, que se traducirán en una incidencia nada desdeñable de adictos.

¿Hasta qué punto se cumplirán las predicciones de cada una de las dos posiciones profesionales? Para dar respuesta a esta pregunta debemos trazar la genealogía del uso de opioides en la clínica española. A nuestro entender son cinco los factores cardinales que permiten dar cuenta del actual escenario. Veamos.

El primer factor. **Los cambios acaecidos en la representación social de los fármacos opioides.** Antes de 2008, cuando la morfina era prácticamente el único opiáceo disponible, existía cierta opiofobia, es decir, resistencia e incluso rechazo a emplearla. La opiofobia es producto de la imbricación de múltiples factores sociopolíticos gestados a lo largo del siglo XX. Entre los facultativos provocó un profundo reparo prescribir morfina porque la consideraban extremadamente adictiva. Las reticencias galenas posibilitaron que durante décadas el opiáceo se reservase exclusivamente a pacientes oncológicos terminales. Su prescripción para paliar otras dolencias era anecdótica. En los enfermos terminales de cáncer la opiofobia facultativa era superada por la cruda certeza de que

**Los nuevos opioides se desvinculan del significado peyorativo de la morfina que la asociaba a enfermedades terminales.**

morirían en poco tiempo. Entonces, cuando la hipotética adicción al mórfico perdía relevancia clínica, recurrían a ella con fines compasivos. Reservarla para situaciones tan concretas provocó que

emergiese la representación social que la asociaba con la enfermedad terminal y, por extensión, con la muerte (Eliás, 2009). Con una imagen tan negativa los pacientes casi nunca la demandaban, evitaban tomarla, y si lo hacían la abandonaban tan pronto como fuese posible. En la actualidad aún perdura la representación perversa de la droga de Morfeo, pero no existe ninguna representación similar que aplique sobre los otros opioides. La aparición de nuevos opioides, con una imagen social neutra, ha facilitado que la inmensa mayoría de pacientes los empleen sin remilgos y sigan, casi acríticamente, las indicaciones facultativas.

El segundo factor. **La consolidación de la receta electrónica,** porque permite superar los hándicaps asociados a la «vieja» receta de estupefacientes y en consecuencia los opioides son prescritos con menos reparo. Resultado de la opiofobia, las antiguas autoridades sanitarias establecieron que los médicos debían emitir dos recetas para prescribir un opioide: la general y la de estupefacientes. Las recetas de estupefacientes eran codiciadas por los adictos porque con ellas se abría el arsenal farmacológico de las oficinas de farmacia, por eso

los boticarios las examinaban con lupa. No es baladí que el robo o falsificación de documento oficial, como son las recetas, fuese una de las condenas más habituales de los heroinómanos. Las características y el riesgo que suponía disponer de un talonario de estupefacientes comportaron que algunos facultativos, especialmente los de atención primaria, ni siquiera poseyesen uno, y quienes disponían de él, lo guardaban bajo llave para desenfundarlo en los casos totalmente justificados. Esto implicaba que su prescripción quedase, en gran medida, circunscrita a médicos especialistas.

**La receta electrónica facilita la prescripción de opioides porque no implica las connotaciones y el riesgo propio del talonario de recetas estupefacientes.**

La receta electrónica evita los robos y dificulta extremadamente la falsificación. Sin la responsabilidad de velar por el talonario de estupefacientes, los médicos prescriben opioides con mayor desenvoltura. La receta electrónica y la mayor oferta de opioides han permitido superar la «opiofobia» y normalizar su uso. Algunos especialistas denuncian que los profesionales de atención primaria los prescriben en exceso cuando, según su parecer, hace poco más de una década lo hacían de manera anecdótica. Esto les hace concluir que algunos de sus colegas, más que normalizar, han banalizado los efectos secundarios, especialmente la adicción.

El tercer factor. **La mayor oferta de fármacos opioides y la diversificación de presentaciones.** Como es bien sabido, para que un fármaco pueda comercializarse debe acreditar su seguridad y eficacia ante los estrictos controles de la AEMPS. En la última década se han autorizado un número significativo de opioides y, en consecuencia, el vademécum ha incorporado múltiples presentaciones de fentanilo, oxicodona, hidromorfona, tramadol, tapentadol, dihidrocodeína, petidina, etc. Los profesionales entrevistados apuntan que **la comercialización de estas presentaciones, especialmente las de fentanilo, marcó un antes y un después.**

El cuarto factor es producto del impacto de **los discursos consumistas sobre el «yo».** En las últimas décadas, las sociedades occidentales han consolidado un sistema de valores cimentado sobre el consumismo y el hedonismo que han relegado a un discreto segundo plano los valores judeocristianos, hegemónicos durante siglos (Rodríguez, 2016). En el caso que nos ocupa, la transformación de los valores provoca que gran parte de la población quiera gozar de buena salud, evitar el sufrimiento y experimentar situaciones placenteras en

cualquier momento de su vida y, en la medida de lo posible, con el mínimo esfuerzo posible. Como el *homo consumens* se niega a sufrir, los opioides constituyen la familia farmacológica que mayores prestaciones le ofrece para evitar el dolor. En la actualidad, recurren a los opioides ciertos colectivos que en un pasado reciente los desconocían, a destacar: personas con dolor crónico, supervivientes de enfermedades que hasta hace nada eran mortales o ancianos con dolencias propias del envejecimiento (Elias, 2009). La demanda de una mejor calidad de vida es contestada en forma de opioides. Una respuesta médica a una petición de naturaleza sociocultural emborrona los fundamentos hipocráticos y galénicos de la práctica clínica, como, por ejemplo, cuando el opioide es prescrito para mitigar dolencias que no justifican su uso o cuando el paciente lo emplea sin atender a las indicaciones del facultativo. En el trabajo de campo hemos detectado algunos casos que se resisten a abandonarlos a pesar de que el médico insiste en hacerlo. Esta controversia galeno-paciente en ocasiones se resuelve con la prescripción de otro fármaco opioide, así se consigue que el paciente palíe sus dolencias (y se dé por satisfecho) y el facultativo evita los efectos secundarios que aparecen después del uso sostenido.

El quinto factor. **La necesidad de reducir el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) entre pacientes no oncológicos.** El uso continuado de AINE provoca afecciones cardíacas, renales, hemorragias digestivas, entre otros

**La necesidad de reducir la prescripción de fármacos AINE en pacientes crónicos no oncológicos catalizó el empleo de opioides sin atender al potencial adictivo.**

achaque. La premura por buscar alternativas a los AINE entroncó con la buena prensa de los nuevos opioides, que los tildaba de eficientes y seguros. En consecuencia, los facultativos entendieron los mórficos como una alternativa terapéutica aceptable a los AINE. Su prescripción descendió, pero creció la de opioides, especialmente la de tramadol. Algunos profesionales apuntan a esta casuística como la responsable de que los pacientes no oncológicos usen en mayor medida presentaciones de fentanilo de liberación inmediata, a pesar de que en su ficha técnica indique que deben reservarse para paliar el dolor irruptivo oncológico.

La interrelación de todos estos factores provocó sobre prescripción, malas prácticas y usos no contemplados de los fármacos opioides, como por ejemplo colocar el parche de fentanilo sobre la zona que causa dolor cuando no necesariamente éste es el mejor lugar para aplicarlo, aumentar la dosis (en ocasiones hasta cuadruplicarla) o recetar opioides más potentes sin que las nuevas pautas

y/o fármacos sean más efectivos. La adicción es más probable cuando los pacientes reciben del especialista una pauta de tratamiento con opioides *sine die* que el médico de cabecera renueva cada tres meses sin cuestionarla porque «no se atreve» a modificarla. Es especialmente llamativo el riesgo de adicción de los pacientes no oncológicos que emplean presentaciones de fentanilo de liberación inmediata (ultrarrápidos)<sup>7</sup> sin seguir las pautas facultativas.

Los opioides son fármacos con excelentes prestaciones para paliar múltiples dolencias. Los actuales desajustes no pueden funcionar de treta para demonizarlos y desterrarlos de la práctica clínica. Se trata de mejorar ciertos procesos para aplacar su banalización y alcanzar la prescripción idónea (Guàrdia, 2017). Los usos anómalos de fármacos opioides han despertado la atención de profesionales, Sociedades Científicas, Colegios Oficiales de Médicos y de la misma AEMPS. La alta prescripción y la evidencia de abuso en la clínica española, con el telón de fondo de la crisis de opioides en Estados Unidos, comportó que el 21 de febrero de 2018 la AEMPS emitiese una nota informativa en la cual destacaba «la importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas para minimizar el riesgo de abuso y dependencia con los medicamentos que contienen fentanilo de liberación inmediata». El texto de la AEMPS (2018) representa un toque de atención a los profesionales sanitarios. Esta alerta:

«El uso de fentanilo de liberación inmediata en dolor no oncológico supuso más de un 40% de los pacientes con una primera prescripción de fentanilo en atención primaria en 2016, aunque no se puede determinar el ámbito en el que se ha iniciado el tratamiento [...]. Se ha constatado un aumento del uso de las presentaciones de fentanilo de liberación inmediata y que un elevado porcentaje de estas no cumple con las condiciones de uso autorizadas para estos medicamentos, con el consiguiente riesgo de abuso y dependencia para los pacientes»

Más allá de la constatación de usos indebidos, el actual estado de prealerta encuentra resortes en los medios de comunicación. Por ejemplo, [El Correo, el 28 de mayo de 2018](#) alertaba que doscientos pacientes vascos fueron derivados

---

<sup>7</sup>Como los comprimidos para chupar con aplicador integrado (Abtentiq® y Actid®, coloquialmente piruletas) o la película bucal soluble (Breakyl®, gelatinas).

a los recursos de tratamiento debido a su adicción a los opioides. Otro ejemplo, [El Diario, el 13 de setiembre de 2017](#) entrevistaba a una profesional de Toledo que exponía que en tres años habían atendido en su centro hospitalario a veinticinco pacientes por adicción a analgésicos opioides. Otra vez más, el papel de los medios de comunicación es capital para despertar la atención de la opinión pública sobre ciertos fenómenos.

**Ante una hipotética epidemia de opioides ¿cabe la posibilidad, tal como pasó en Estados Unidos, que pacientes adictos a estos fármacos empiecen a consumir opioides ilegales como la heroína? La respuesta, lisa y llanamente, es no.** Y continuará siendo no mientras el sistema nacional de salud mantenga sus prestaciones actuales. **Ningún usuario «saltará» a los mercados informales mientras reciba los opioides a través de su médico de cabecera, por muy grave que sea su adicción.** En el [capítulo siete](#) veremos las diferencias entre el escenario norteamericano y el español.

A pesar de los indicios de uso abusivo, las demandas de tratamiento presentan unos índices extremadamente bajos. Según el OEDA, el 1,1% de las demandas de tratamiento durante el 2017 fueron por opioides diferentes a la heroína y la metadona, lo que supone un total de 807 solicitudes de tratamiento. A la espera de los datos más recientes, el SID de Cataluña constata que en 2018 los tratamientos por opioides fueron marginales: seis por fentanilo y análogos, siete por tramadol, cuatro por buprenorfina y cuatro por otros opioides sintéticos. Veintiún casos en una comunidad con 13.944 inicios de tratamiento por drogodependencias. Tal vez, el período de latencia esconde el grueso de personas adictas a los fármacos opioides. A medio plazo podremos verificar o descartar la hipótesis enunciada por los «adictólogos» que consideran que España está en la antesala de una epidemia de opioides o, por el contrario, se cumplirá la opinión de los médicos especialistas y los mecanismos de control (evitar la cronificación, seguimiento del paciente, cribaje de pacientes con potencial adictivo, prescripción adecuada, etc.) reportarán resultados satisfactorios y los casos de adicción serán anecdóticos.

Antes de analizar la situación internacional debemos realizar un apunte sobre las alternativas a los opioides. Algunos pacientes, ante los malestares que experimentan con los mórficos, buscan otros tratamientos farmacológicos. En nuestro trabajo de campo hemos detectado (ex)usuarios de opioides con múltiples dolencias, especialmente para paliar el dolor crónico, que sustituyen los opioides por cannabinoides. Más allá de las evidencias científicas disponibles,

quienes utilizan marihuana la consideran más útil, eficaz y segura que los opioides. El cannabis como alternativa terapéutica es un fenómeno que requiere de mayor atención y profundidad investigadora que las aquí esgrimidas. Este tema se escapa de los objetivos planteados, pero esta realidad nos abre una línea de investigación sumamente interesante.

En algunos países europeos el abuso de opioides, aunque lejos de la realidad norteamericana, es más problemático que en España. En 2017, el 22% (37.620 usuarios) de demandantes de tratamiento por opioides en Europa lo hicieron por uno distinto a la heroína: 0,5% por fentanilo, 5% por buprenorfina, 9% por metadona y 7% por otros opioides (morfina, tramadol y oxicodona, principalmente) (EMCDDA, 2019: 58). En Estonia, la mayoría de los inicios de tratamiento fueron por fentanilo. En Finlandia la buprenorfina es el opioide que más demandas provoca. En la República Checa el 22% de consumidores de opioides consumen buprenorfina. En Alemania el 33% y en Dinamarca el 22% de los usuarios de opioides abusan de la metadona. En Chipre entre el 20 y el 50% de demandantes de tratamiento por opioides lo hacen por oxicodona. En Polonia también entre el 20 y el 50% pidió tratamiento por «kompot» (heroína elaborada con paja de adormidera) (EMCDDA, 2019: 59).

## MERCADO INFORMAL DE FENTANILO Y SUS ANÁLOGOS

A nivel internacional, el fentanilo es la sustancia que más inquietud genera entre los expertos. Su potencia (entre cincuenta y cien veces mayor que la morfina) y su escaso margen de seguridad son los responsables de que Estados Unidos sufra unos índices escalofriantes de muertes por sobredosis. La situación se vuelve más dramática con sus análogos no autorizados (entre paréntesis las veces que son más potentes que la morfina): remifentanilo (250), sulfentanilo (1.000), carfentalino (10.000). El fentanilo y análogos poseen un peligro intrínseco de riesgo de sobredosis, también en consumidores con alta tolerancia a la heroína. Estas son extremadamente más peligrosas porque se requieren dosis elevadas y continuas de naloxona para revertir la depresión cardiorrespiratoria (Fairbairn, Coffin y Walley, 2017). En España, entre 2008 y 2016, trece fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas presentaban en los análisis toxicológicos *post mortem*, entre otras sustancias, fentanilo o análogos. Una cifra minúscula comparada con la de los Estados Unidos pero que en el actual escenario

obliga a realizar un seguimiento atento de los análogos del fentanilo (SEAT, 2018).

El fentanilo (y análogos) presenta tres tendencias que pueden implicar una amenaza para la salud pública: abuso como fármaco, su difusión como droga recreativa, como adulterante de otras sustancias. El fentanilo no está en el acervo psicoactivo de la inmensa mayoría de usuarios. Una minoría, con antecedentes de adicción a la heroína, aducen ante el facultativo sufrir algún tipo de dolencia susceptible de mitigarse con opioides (fentanilo, morfina y oxycodona, principalmente), para consumirlos con finalidades lúdicas<sup>8</sup>. Los usuarios que compran fentanilo en la *deep web* son usuarios iniciados (psiconautas) que lo consumen siendo conscientes de sus características y peligrosidad. Estos no dudan en afirmar que es un psicoactivo «de otra liga» porque sus potentes efectos pueden dejarlos inconscientes con facilidad. La evolución del fentanilo como droga recreativa vendrá determinada por los avatares de la *deep web* y por cómo los usuarios connoten sus usos.

**El fentanilo y sus análogos pueden representar una amenaza para la salud pública por tres motivos: uso como fármaco, consumo como droga recreativa y empleo como adulterante.**

Relativo al fentanilo (o análogos) como sustancia contaminante (o adulterante) de otras drogas, el SEAT emitió en abril de 2018 la «Alerta sobre derivados del fentanilo en consumidores de heroína». En ella destaca «la posible presencia de adulterantes de la familia de los fentanilos en la heroína que circula por el territorio nacional». **El SEAT ha detectado tres análogos del fentanilo como adulterantes de sustancias compradas en la *deep web*<sup>9</sup>:** ocfentanilo en dos ocasiones, en octubre de 2015 y abril de 2018, vendido como heroína (Quintana *et al.*, 2017); furanilfentanilo, en cuatro ocasiones entre octubre de

---

<sup>8</sup> Hemos detectado algún caso, muy minoritario y particular, de reventa de opioides por parte de falsos pacientes, es decir, personas que aducen ante el médico ciertos síntomas para conseguir opioides. También se da el caso de pacientes lícitos de opioides, pero como les recetan una cantidad por encima de la que precisan, venden el excedente. El mercado negro de fármacos opioides es totalmente anecdótico, casi marginal, y no consideramos que tienda a la difusión en los próximos años.

<sup>9</sup> Tal como apunta la nota del SEAT «la identificación de la sustancia fue realizada gracias a la colaboración de los servicios de análisis de drogas de Energy Control».

2016 y abril de 2017, vendido como algún otro derivado del fentanilo; clopropilfentanilo, en una ocasión en abril de 2018, comprado como heroína (Doctor X *et al.*, 2018). **Estos casos los podríamos considerar irrisorios, si tenemos en cuenta que cada año en España se producen millones de transacciones de compraventa de sustancias, pero no podemos hacer caso omiso porque pueden representar la vanguardia de una realidad que nos alcanzará en breve.**

El escenario en nuestro entorno europeo es más desconcertante. En Estados Unidos el uso de opioides, con el fentanilo como protagonista, provocó que Washington, el 26 de octubre de 2017, declarara la crisis de opioides como emergencia nacional de salud pública. Desde 2012 el Early Warning System del EMCDDA ha hallado cuarenta y nueve opioides sintéticos distintos, la mayoría de ellos en los tres últimos años (once en 2018, trece en 2017 y nueve en 2016) (EMCDDA, 2019: 36). Los análogos del fentanilo son el grupo de opioides más prevalente, con treinta y cuatro notificaciones desde 2012 (seis en 2018, diez en 2017 y ocho en 2016). Su mercado aún es marginal porque solo representa el 2% del total de notificaciones del Early Warning System y el 0,2% del volumen de decomisos en Europa. Veintinueve países notifican las nuevas sustancias al EMCDDA. Veintitrés han detectado algún tipo de análogo del fentanilo, a destacar Eslovenia, Suecia y Finlandia con más de diez alertas (EMCDDA, 2018).

El mercado de la familia de la fenilpiperidina es difícil de monitorizar porque la mayoría está libre de fiscalización. Puede venderse sin incurrir en ninguna ilegalidad, como así lo hacen las empresas chinas que los envían a Europa por correo postal. **El riesgo de intoxicación y sobredosis aumenta dramáticamente cuando los consumidores, normalmente adictos en situación de marginalidad, consumen heroína adulterada con análogos del fentanilo.** Las adulteraciones también se han detectado en lotes de cocaína, anfetaminas o benzodiacepinas. A destacar, el caso de Suecia, donde ochenta personas murieron en 2017 por consumir Xanax® (alprazolam) contaminado por ciclopropilfentanilo. Según el EMCDDA (2018), a lo largo de 2017, los análogos del fentanilo estuvieron involucrados en al menos 250 muertes. En 2018 solo el ciclopropilfentanilo y el metoxiacetilfentanilo estuvieron relacionados con noventa muertes (EMCDDA, 2019: 75)

En Estados Unidos, entre 1979 y 1988, se detectaron en el mercado negro más de diez análogos vendidos como heroína o «heroína sintética» que provocaron más de cien muertos (Henderson, 1991). A lo largo de la primera década

del siglo XXI se difundió la venta de análogos del fentanilo como heroína o mezclados en ella. La consecuencia: un aumento exponencial de sobredosis que provocaron cientos de muertes (Schumann *et al.*, 2008). Durante aquella época, los problemas en Europa fueron muy limitados a excepción de Estonia, donde el metilfentanilo y el propio fentanilo fueron responsables de una epidemia de intoxicaciones (EMCDDA, 2018). En la actualidad la tendencia ha cambiado y, aunque incipientemente, Europa empieza a recibir los resortes de la crisis norteamericana. Por ejemplo, en el Reino Unido las muertes por fentanilo y análogos pasaron de 58 en 2016 a 75 en 2017 (EMCDDA, 2018). Las autoridades británicas han detectado en tiempos recientes numerosas muestras, tanto de heroína como de otras drogas, adulteradas con fentanilo o análogos.

En la actualidad la situación en Estados Unidos es particularmente dramática (CDC, 2018, 2015). En 2017 murieron 47.600 personas a causa de opioides (excluida la metadona), 28466 por fentanilo y sus análogos y 15.482 por heroína. 17.029 por opioides prescritos por un facultativo, los otros 30.571 por opioides comprados en el mercado informal. Desconocemos cuántos se debieron por heroína adulterada con fentanilo (CDC, 2018). La mayoría de los usuarios son conscientes de la probabilidad que la heroína contenga fentanilo o análogos, por eso ponen en práctica estrategias de reducción de daños, sobre todo evitan inyectarse en solitario y disponer de naloxona (Ciccarone, Ondocsin y Mars, 2017; Ciccarone, 2017). El motivo de la adulteración de la heroína (y otras drogas), en gran medida, es una incógnita. En los casos de cocaína y otras drogas diferentes a la heroína, se hipotetiza que se trata de contaminaciones debidas al almacenamiento y transporte, **sin descartar adulteraciones *ex profeso* para desprenderse de lotes de análogos del fentanilo con escasa demanda o con la infame intención de potenciar la capacidad adictiva.** Esto parece bastante inverosímil, pero en el caso que fuese cierto representaría una estrategia comercial inaudita hasta el momento: no tenemos constancia que ningún amigo del comercio quiera finiquitar a sus clientes. La hipótesis con más fundamento apunta que en la actualidad alguna heroína se sintetiza a partir de fármacos opioides, pero como el proceso es imperfecto, en el producto final quedan

análogos del fentanilo como subproducto de síntesis (Harris, Forseth y Rhodes, 2015).

**El alcance de los problemas relacionados con el fentanilo, especialmente como adulterante de heroína, cocaína u otras sustancias, acaecidos en Estados Unidos, Canadá y en menor medida en algunos países de nuestro entorno europeo, representa un reto internacional en clave de salud pública. Esta situación aún es anecdótica en España, pero a tenor de la globalidad de los mercados, es probable que aparezcan lotes de heroína adulterados con fentanilo y análogos.**

### **LAS VÍAS DE CONSUMO COMO MARCADOR DE CAMBIO. INYECTARSE, FUMAR Y ESNIFAR**

A la hora de anunciar el regreso de la heroína, algunos medios de comunicación han puesto el acento en que el «nuevo consumidor» ya no se la inyecta, sino que la esnifa o la fuma. Es bien cierto que durante años la vía fumada ganó adeptos en detrimento de la parenteral. A pesar de los problemas acaecidos en los años 2014 y 2015 en la notificación del indicador «número de inyectores», observamos que después de más de quince años de claro descenso, el número total de inyectores se mantiene estable desde 2012. En 2017, 5.946 personas admitidas a tratamiento (con tratamiento previo) por cualquier sustancia se habían inyectado alguna vez en la vida, mientras que 2.691 lo habían hecho en los últimos doce meses previos, cuando 10.384 personas demandaron tratamiento por heroína en el conjunto del Estado<sup>10</sup>. **Los datos no avalan el regreso de la heroína a través de la vía fumada.**

La vía inyectada sufrió un severo descenso durante los primeros años del siglo XXI, en gran medida como resultado de las estrategias de reducción del daño, que pusieron especial énfasis en mitigar las enfermedades contagiosas

---

<sup>10</sup> Los datos presentados son los disponibles en el Informe 2019 del OEDA. Como hemos apuntado existieron ciertas anomalías en la notificación del indicador. Esto nos hace poner en duda la fiabilidad de las cifras. No cabe duda de que la vía parenteral pierde adeptos, pero estos datos contradicen nuestra experiencia etnográfica. Nos cuesta creer que de las más de diez mil personas que pidieron tratamiento por heroína, de las cuales 7.775 con tratamiento previo, es decir, la inmensa mayoría consumidores de la vieja guardia, ni la mitad se hayan inyectado alguna vez en la vida y poco más de dos mil lo hayan hecho en el último año.

(VIH/SIDA, hepatitis y tuberculosis) (Llort, 2013). El resultado cristalizó en la sustitución, lenta pero progresiva, de la vía inyectada por la fumada. También es responsable del descenso el estigma asociado al uso de la jeringuilla. Los consumidores más jóvenes, con el objetivo tanto de evitar el estigma como de protegerse de las enfermedades infecciosas, desecharon la vía parenteral. La minoría de heroínomanos procedentes de los consumos recreativos nunca accedieron a inyectarse porque lo conceptualizaban como «cosa de yonkis».

En los próximos años podríamos observar un mayor número de adeptos a la vía parenteral porque algunos usuarios han desestigmatizado el uso de la jeringuilla. Según su parecer, si siguen unas pautas mínimas de higiene y emplean material estéril para inyectarse, el riesgo de infectarse de VIH/SIDA es prácticamente nulo. Si consideran escasamente riesgosa la vía inyectada, en cierta medida es lógico que la prefieran, porque bien saben que es el método más eficiente para obtener los intensos efectos heroicos.

En Andalucía la vía inyectada es totalmente marginal. La casi totalidad de usuarios consumen por vía fumada. Este hecho tan particular es producto del tipo de heroína disponible. Por motivos relacionados con las rutas de distribución, desde los años ochenta la heroína marrón<sup>11</sup> ha copado el mercado andaluz, en el cual la heroína blanca es difícil, sino imposible, de comprar. Los vendedores han aprovechado la preponderancia de la heroína marrón para vender «rebujado»: una mezcla de esta heroína con cocaína base (más o menos al 50%) que se fuma en papel de aluminio sin ningún tipo de preparación extra. La preeminencia del «rebujado» explica por qué en 2017 solo el 2% de los admitidos a tratamiento por heroína/rebujado en Andalucía habían empleado la vía inyectada en el último mes y el 69,7% nunca había recurrido a ella (Junta de Andalucía, 2017).

La oferta de «rebujado» propicia los consumos de heroína entre una minoría particular de usuarios recreativos de cocaína porque lo utilizan cuando no les alcanza para comprar clorhidrato de cocaína. A copia de emplearlo, el riesgo de adicción es más patente. Esta casuística es detectada en diversos centros asistenciales andaluces, e incluso algunos profesionales afirman que constituye un itinerario bastante habitual entre los «nuevos» consumidores. Los datos de la

---

<sup>11</sup> La heroína marrón es base de diamorfina difícilmente inyectable debido a su escasa hidrosolubilidad, pero óptima para fumar. La heroína blanca (clorhidrato de diamorfina) es soluble e inyectable.

Junta de Andalucía muestran que estos jóvenes representan una minoría en el conjunto de las demandas de tratamiento. Estos «nuevos» consumidores responden a un perfil sociodemográfico particular: pobres, criados en contextos marginales, bastantes de ellos hijos/as de heroinómanos e incluso algún ex tutelado de la Fiscalía de menores. Es obvio que la carrera de consumos hasta alcanzar la heroína es producto de unas precarias condiciones de socialización. Este perfil despierta la atención, e incluso la inquietud, entre ciertos sectores profesionales. No hay motivo para la angustia porque la triangulación de múltiples fuentes de información nos permite descartar la hipótesis que el número de nuevos adictos jóvenes a la heroína tienda al alza.

## IMPLICACIONES DE LA COCAÍNA Y LAS BENZODIACEPINAS

### Cocaína

La combinación de los efectos depresores de la heroína con los estimulantes de la cocaína es apreciada por gran cantidad de inyectores. Una parte nada desdeñable de personas etiquetadas como heroinómanas consumen diamorfina mezclada con clorhidrato de cocaína por vía parenteral. Algunos pueden administrarse una de las dos sustancias en solitario, pero la mayoría prefieren administrarse ambas sustancias a la vez. En estos prevalece la etiqueta de heroinómano por encima de la de cocainómano, y más si emplean la vía inyectada, pero es impreciso llamarles heroinómanos cuando la cocaína, así como otras sustancias, tienen un papel tan importante en su dieta farmacológica (Llort, 2016). En palabras de Hidalgo (2007: 333) la mezcla es tan apreciada porque:

Una contrarresta los efectos desagradables o menos atractivos de la otra. El *jako* reduce o elimina las sensaciones de ansiedad, agobio y nerviosismo propias de los excesos cocaínicos [...]. Además, el caballo suaviza las aristas más desagradables del bajón depresivo que se produce después de inyectarse un pico de cocaína. A su vez, la cocaína aporta un puntillo de estimulación y euforia que contribuye a contrarrestar los posibles efectos sedantes y soporíferos del *jamaro*.

Una parte nada desdeñable de inyectores también siguen un tratamiento de mantenimiento con metadona. Los efectos de la metadona en consumos puntuales duran entre cuatro y ocho horas, pero en consumidores crónicos pueden alcanzar las treinta y seis horas. Esto es, efectos más duraderos que los de la heroína (de cuatro a cinco horas). La combinación de ambos opioides comporta que los efectos de la heroína sean tenues o imperceptibles debido a la acción farmacodinámica de la metadona. La incompatibilidad entre opioides propicia la abstención de metadona cuando los consumidores desean recurrir a la heroína.

Es recurrente que los inyectores, cuando empiezan con la metadona, se inicien o intensifiquen los consumos de cocaína, ya sea en mezcla con heroína o sola. Algunos profesionales apuntan que más allá de los efectos meramente farmacológicos, los usuarios mantienen una adicción al ritual de inyectarse. Según su parecer, como **los tratamientos omiten abordar los aspectos simbólicos, los usuarios, aunque abandonen la heroína, continúan enganchados a la aguja** y, en consecuencia, intensifican los consumos de cocaína porque la heroína les deja de hacer efecto debido a la interferencia de la metadona. La adicción a la jeringuilla también es patente entre aquellos consumidores que ante la escasez de cocaína o heroína pueden incluso administrarse metadona.

**El consumo compulsivo por vía parenteral de cocaína se asocia a desórdenes psíquicos.** La mayoría de los inyectores de cocaína tienen diagnosticada patología dual y sufren problemas de conducta, paranoia e incluso ataques violentos. La situación es aún más dramática cuando emplean sobremanera las benzodiazepinas. **Este apunte es de vital importancia a la hora de conceptualizar el fenómeno de la heroína porque los heroínomanos con mayores problemas de salud mental y con peor pronóstico son sobre todo consumidores compulsivos de cocaína y benzodiazepinas.** En ellos, algún profesional no duda en creer que la heroína funciona de estabilizador.

## **Benzodiazepinas**

El uso de benzodiazepinas no es objeto de estudio del presente trabajo, pero debido al uso abusivo por parte de algunos policonsumidores, con las consecuentes implicaciones para su tratamiento y evolución, consideramos oportuno dedicarle unas líneas. Dicho esto, el consumo de tranquilizantes en general, y

de benzodiazepinas en particular, ha aumentado significativamente en los últimos años. Según la encuesta EDADES 2017 el 20,8% de la población española entre 15 y 64 años ha consumido tranquilizantes alguna vez en la vida, el 7,5% alguna vez en el último mes y el 5,9% a diario o casi. La AEMPS (2014) nos ofrece información que invita a la reflexión. Los datos son de 2012 pero merece tener en cuenta que «el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en su conjunto pasó de 56,7 DHD en el año 2000 a 89,3 DHD en el año 2012, representando un incremento del 57,4% durante el período». España es el país europeo, después de Portugal, con las prevalencias más altas de consumo de benzodiazepinas (OCDE, 2018).

Las altas prevalencias son producto de la imbricación de diversos factores. A destacar, la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, las afectaciones en el estado de ánimo derivadas de la crisis socioeconómica, la brevedad de las visitas en atención primaria, el bajo coste de las benzodiazepinas y la escasa oferta, casi anecdótica (menos de cinco psicólogos por cien mil habitantes) de tratamiento psicológico en la sanidad pública. Estos factores provocan que el empleo de psicofármacos sea la vía más rápida y económica para enmendar ciertos estados de ánimo negativos.

**Las benzodiazepinas no curan, pero mitigan el dolor emocional, y esto para una parte importante de la población es sumamente importante.**

ciones en el estado de ánimo derivadas de la crisis socioeconómica, la brevedad de las visitas en atención primaria, el bajo coste de las benzodiazepinas y la escasa oferta, casi anecdótica (menos de cinco psicólogos por cien mil habitantes) de tratamiento psicológico en la sanidad pública. Estos factores provocan que el empleo de psicofármacos sea la vía más rápida y económica para enmendar ciertos estados de ánimo negativos.

Los profesionales de las adicciones entrevistados apuntan la laxitud con que algunos facultativos recetan benzodiazepinas. El empleo abusivo de estos fármacos, tanto en atención primaria pero muy especialmente en Psiquiatría, ha despertado la atención de las autoridades sanitarias que trabajan para frenar el abuso. Los próximos datos de la AEMPS mostrarán la tendencia 2012-2018, aunque todo parece indicar que la tendencia alcista se habrá mantenido.

En relación con los policonsumidores adictos en tratamiento debemos destacar los breves que les provoca el uso/abuso de benzodiazepinas. Los profesionales, especialmente del ámbito de la reducción de daños, reseñan un conjunto de efectos deletéreos. A destacar:

- **Demencia.** En un sentido clínico la mayoría de los casos se desvinculan de demencias *stricto sensu*, pero el abuso propicia conductas propias de personas demenciadas.

- **Envejecimiento.** Entre quienes más abusan, el proceso de envejecimiento precoz es más notorio y acentuado.
- **Cronificación.** Su uso reiterado provoca adicción. Esta unida a la de heroína/cocaína comporta que el pronóstico de deshabituación sea incierto y que algunos casos desistan de intentar abandonar el cóctel de sustancias.
- **Sobredosis.** El consumo simultáneo de benzodiacepinas y heroína aumenta el riesgo de reacciones agudas. Los consumidores entrevistados no dudan en señalar que la mayoría de las sobredosis fatales que conocen fueron el resultado de mezclar ambas sustancias.
- **Amnesia.** El estado de «enajenación mental» derivado de su abuso provoca que los consumidores no recuerden lo que hicieron bajo sus efectos.
- **Problemas de salud mental.** Algunos profesionales no dudan en señalarlas como responsables de la merma de salud mental de los usuarios. El sobre abuso, a su parecer, les provoca paranoia, distorsión de la realidad e incluso esquizofrenia. Para entender la precariedad de la salud mental también debemos dar cuenta de los contextos de miseria en que viven.
- **Distorsionan la adherencia a los tratamientos de metadona.** Algunos consumidores consideran que su abuso provoca «desestructuración» mental y vital y en consecuencia les resulta complicado adherirse a los tratamientos de metadona.
- **Violencia y desbarre.** En algunos de ellos la mezcla de sustancias, con las benzodiacepinas como protagonistas, les provoca desbarre conductual que fácilmente puede derivar en violencia verbal y/o física. Este hecho es el responsable que algunos desistan de tomarlas.

En definitiva, detectamos una atención hiperbólica hacia los consumos de heroína, pero cierta ceguera hacia los problemas derivados del abuso de benzodiacepinas (Clua, 2016).

## EL RIESGO DE QUE LAS PROFECÍAS SE CUMPLAN

Las noticias relativas al repunte de heroína no son un hecho particular del último año, sino que han sido recurrentes desde hace más de una década. La primera noticia que alertaba de su regreso la encontramos en 1995<sup>12</sup>, cuando Carlos López Riaño, por aquel entonces delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, apuntó que «vuelve, más pura y mucho más peligrosa»<sup>13</sup>. Más allá de este toque de atención, los consumos y los problemas derivados de la diamorfina descendieron progresivamente hasta convertirse, durante la primera década del siglo XXI, en una sustancia que requería de escasa atención política porque el engranaje administrativo y asistencial funcionaba casi a la perfección.

Desde 2002, a pesar de su presencia marginal, los medios de comunicación han publicado periódicamente titulares que vaticinaban su retorno. Entre este año y 2013 constatamos que, más o menos, una vez al año aparecía un ciclo de noticias sobre el tema en todas las cabeceras del país. Su publicación generaba una efímera controversia en el seno de la opinión pública, pero a los pocos días ya nadie se acordaba en qué había quedaba el supuesto repunte. Obviamente en nada, pero ningún periódico enmendaba la falsa alarma.

**Las noticias relativas al repunte de heroína son una constante desde 2002.**

año y 2013 constatamos que, más o menos, una vez al año aparecía un ciclo de noticias sobre el tema en todas las cabeceras del país. Su publicación generaba una efímera controversia en el

Cuando en febrero de 2014 el actor Philip Seymour Hoffman<sup>14</sup> pereció por sobredosis de heroína se multiplicaron las referencias mediáticas tanto de la crisis norteamericana de opioides como del repunte en España. Desde entonces, con especial intensidad en el último año, este tipo de noticias han sido una constante en la prensa. Las «evidencias» utilizadas por los medios de comunicación para dar credibilidad al repunte son de diferente naturaleza: aumento de demandas de tratamiento, mayor producción de heroína en Afganistán, volumen de

---

<sup>12</sup> Recordemos que la «crisis de la heroína» empezó a remitir en 1992.

<sup>13</sup> El País, 11 de marzo de 1995. «López Riaño: “Yuelve la heroína, más pura y mucho más peligrosa”».

<sup>14</sup> La muerte de Prince, en abril de 2016, debida a una sobredosis accidental de fentanilo, también propició un seísmo mediático con los opioides de epicentro.

decomisos, incorporación de nuevos perfiles, pérdida de la representación social peyorativa, empleo de la vía fumada, precio más barato, mayor oferta y como consecuencia de la crisis socioeconómica. Las noticias que alertan que España puede padecer una crisis de opioides como la norteamericana señalan: mayor consumo de fármacos opioides, demandas de tratamiento, intereses de la industria farmacéutica, adulteraciones de lotes de heroína con fentanilo, etc. En general todas estas «evidencias», como hemos visto o como veremos en los siguientes capítulos, muestran una realidad parcial o directamente sesgada y por sí solas no pueden explicar ningún repunte.

Los profesionales de los recursos asistenciales recurren a tres «evidencias» para explicar por qué el repunte es una realidad. La primera, crece el número de nuevos consumidores. La segunda, los usuarios les han afirmado en consulta que el repunte es innegable. La tercera, lo han oído en los medios de comunicación. Está claro que estas «evidencias» son demasiado frágiles para avalar el regreso, pero como su percepción de los hechos les apunta que este es bien cierto, les resulta imposible refutarlas. Contrastada esta forma de razonar, nos preguntamos **¿por qué están tan convencidos de que el repunte existe? Porque les provoca un miedo visceral imaginarse que España volverá a padecer una crisis de heroína. Como el pánico no es consciente, les resulta imposible articularlo discursivamente y en consecuencia recurren a la verosimilitud de las citadas «evidencias» para canalizarlo.**

El pavor tal vez no sea explícito, pero su discurso nos permite captarlo, porque impregna sus afirmaciones y consideraciones. En el [capítulo.dos](#) hemos presentado sucintamente los aspectos centrales de la «epidemia» de heroína de los ochenta. Para el propósito del presente punto recuperamos las coordenadas básicas:

1. **La sociedad española se enfrentó a una realidad sin parangón.** La desinformación, las noticias alarmantes y los problemas de seguridad ciudadana provocaron el rechazo incondicional a todo aquello que remitiese a Droga.
2. **La respuesta asistencial pública y de calidad fue lenta** porque requirió de ingentes recursos técnicos, administrativos y sobre todo económicos para disponer de una red asistencial con garantías.
3. **La aparición del VIH/SIDA agravó aún más la «psicosis anti-droga».**

4. **La representación colectiva.** La imagen de «aquellos años» ha perdurado hasta la actualidad. Esta apunta que heroína remite a muerte, delincuencia y adictos deteriorados. Todo esto provoca miedo visceral.
5. **Los estragos de la crisis de los ochenta aún tienen resortes en la actualidad,** con cárceles saturadas de heroinómanos, usuarios con carreras de más de veinte años de consumo, miles de personas en programas de mantenimiento de metadona, etc.

Estos antecedentes provocan que los profesionales activen todas las alarmas cuando hablan del supuesto retorno. **Según su parecer es preferible amedrentar que relativizar una situación que puede volvernos a la casilla de principios de los ochenta.** Debido a este trasfondo sociocultural, a los profesionales de las drogodependencias el repunte les sirve para reivindicar estratégicamente el valor de la red asistencial de drogodependencias. Según su opinión, esta es el mejor garante para evitar que se repitan los posibles estragos de la heroína. Esto les sitúa en una posición privilegiada para reclamar mejores prestaciones y mayores partidas presupuestarias<sup>15</sup>. Además, un escenario similar a la «epidemia» de los ochenta les permitiría presentarse ante la opinión pública y las administraciones como garantes de la salud pública, con el consecuente reconocimiento a su labor, tan invisible en los últimos tiempos.

No cabe duda de que azuzar el miedo tiene claras implicaciones sociopolíticas: ningún político se atreverá a reformar la red de drogodependencias cuando el país está (hipotéticamente) en la antesala de un escenario excepcional. Alarmar es inocular miedo. El miedo paraliza. La parálisis impide que nada cambie. Mientras la incertidumbre sea definitoria del futuro más inmediato de las drogas, los recursos estarán garantizados. En este sentido, es lógico pensar que el miedo al hipotético repunte de la heroína perdurará durante unos cuantos años más.

El caso del repunte nos evidencia, una vez más, las simbiosis entre los «expertos» y los medios de comunicación para hilvanar relatos conceptualizados como «verdaderos», más allá que la realidad social contradiga sus afirmaciones (Jordà, 2017). Las noticias sobre el supuesto repunte han posibilitado la creación

---

<sup>15</sup> Incluso algún profesional no ha vacilado en apuntarnos que el repunte es una realidad y por eso debemos reivindicar en este informe que las administraciones deben destinar más recursos económicos a la asistencia de drogodependencias.

de un marco interpretativo (*frame*) que delimita la discusión sobre el asunto de los opioides (Goffman, 2006). Entre otras consecuencias, los efectos sobre la «verdad» del marco interpretativo comportan que la opinión pública considere el repunte como totalmente cierto, a pesar de que otras voces autorizadas lo desmientan insistentemente.

Algunas disciplinas científicas, a través de diferentes conceptos, han evidenciado que ciertos relatos, cuando son asimilados por un sistema de creencias determinado, poseen la capacidad de alterar el devenir de los sucesos<sup>16</sup>. La circulación por el entramado colectivo de un relato y un marco interpretativo que consideran que el repunte es una realidad hace preguntarnos ¿qué consecuencias tendrán sobre la realidad social? ¿Pueden provocar que algunos perfiles alejados hasta el momento de la heroína y los opioides empiecen a consumir? En otras palabras ¿hasta qué punto su profecía se cumplirá? En el caso del repunte de la heroína, detectamos que se han producido las fases previas para que se cumpla la profecía del relato del repunte. La primera fase, **la construcción de la «verdad»**: diferentes actores sociales (medios de comunicación, expertos, vecindario, asociaciones de drogodependientes, etc.) debido a mecanismos de diferente naturaleza (emocionales, estratégicos, políticos, etc.) consideran que el repunte es innegable. Para sostener su sistema de creencias y presentarlo ante la opinión pública como verídico e inimpugnable recurren a la amalgama de «**evidencias**». La construcción de la «verdad» es más efectiva cuanto más autorizadas son las voces que la avalan. En el caso del relato del repunte de la heroína, las sinergias entre algunos «expertos» con los medios de comunicación funcionan a la perfección para presentarlo como totalmente verídico. La segunda fase, **la naturalización**: la opinión pública considera como una verdad irrefutable la profecía que «el caballo vuelve a trotar desbocado por las calles españolas». La tercera, y última fase: **la materialización**. Aún no sabemos si la profecía se convertirá en realidad.

**Los discursos que circulan por el entramado social, por muy falsos o míticos que sean, pueden afectar el curso de la historia y la forma que toma la realidad social.**

---

<sup>16</sup> En Pedagogía el efecto Pigmalión. En Medicina el efecto placebo. En Antropología la eficacia simbólica. En Psicología social el discurso como constructor de realidad. En Sociología las profecías que se auto cumplen.

Creemos que es improbable la materialización de la profecía mientras continúen operando sobre la realidad española los factores de protección actuales (representación social peyorativa, separación de mercados, amplia oferta de otras sustancias, etc.). Tampoco descartamos que aquel joven que sufre males-tares emocionales, especialmente provocados por conflictos identitarios, em-piece a utilizar la heroína u otros opioides porque considera que «es lo que se lleva ahora». **Quién sabe si de tanto predecir el itinerario, algunos jóvenes con cierta desorientación vital decidan seguir este el sendero enunciado.** Algunos jóvenes continuarán incorporándose a la heroína tal como ha sucedido en los últimos veinte años, pero dudamos que la profecía se cumpla en otros perfiles. **La profecía en términos tangibles parece que tendrá un alcance limitado, sin descartar ningún futuro posible, pero no cabe duda de que en el plano discursivo el repunte existe.** Mientras así sea la opinión pú-blica lo dará por real, verídico e inimpugnable. Si los factores de protección se ven alterados cabrá la posibilidad que la profecía finalmente se cumpla.



#### 4. OFERTA DE OPIOIDES. DE LA RUTA DE LOS BALKANES A LA VÍA DEL MEDITERRÁNEO OCCIDENTAL

Ciertos análisis, para dar cuenta de la realidad del fenómeno del consumo de drogas, tienden a presentar la oferta y la demanda como dos caras de la misma moneda, es decir, son como si fuesen inextricables porque una depende de la otra. A la vez, a modo de oxímoron, a la hora de realizar una explicación aplicada, y sobre todo en el momento de intervenir, tienden a representarlos como totalmente independientes. Esta situación la constatamos cuando por mucho que se afirme que la oferta y la demanda están íntimamente relacionadas, el abordaje de la oferta siempre es en clave policial, judicial, y en última instancia penal, mientras que la demanda se considera que requiere de acciones preventivas y asistenciales. Desde una lógica sociocultural entendemos que la oferta y la demanda tienen cierta interdependencia, pero la naturaleza de ambos fenómenos es substancialmente diferente, especialmente cuando analizamos los escalones más altos de la oferta. El tráfico de drogas opera como una empresa multinacional: se estructura piramidalmente, optimiza los recursos y pugna para obtener grandes beneficios. Como la legislación vigente trabaja para eliminar este tipo de empresas, éstas utilizan todos los recursos legales e ilegales para continuar operando y cumplir su misión y visión (Latour, 2005).

La naturaleza de la demanda es substancialmente diferente: personas que consumen drogas con el objetivo de evadirse, relajarse, disfrutar y, en el caso que estén en un brete vital o hayan desarrollado una adicción, para reducir sus malestares y/o mitigar el síndrome de abstinencia. Además, no podemos omitir que el último eslabón de la venta de drogas, o más concretamente, de la reventa, en infinitas ocasiones está ocupado por usuarios que suministran sustancias para costearse sus consumos. Este perfil, debido a su posición de bisagra entre la oferta y la demanda, es uno de los perfiles más vulnerables de todos los actores implicados en el mundo de las drogas: asume todos los riesgos y sufre todos los daños inherentes a la oferta y a la demanda.

La diferente naturaleza nos sirve para reflexionar sobre la relación causal que algunos expertos presentan con suma recurrencia cuando analizan la oferta y la demanda. Estos señalan que si aumenta la oferta también lo hará inevitablemente la demanda, es decir, establecen una interdependencia entre ambas realidades. Esta afirmación cosifica los consumidores, como si estuviesen carentes

de agencia para decidir si quieren consumir y, si así es, qué, cuándo y cómo lo harán. **Asumir que si hay más mercado los consumidores tomarán acríticamente las drogas que les ofrezcan representa un análisis demasiado simplón. No cabe duda de que la mayor oferta estimula la demanda, pero en ningún caso la relación es causal.** La mayoría de los consumidores conocen sus preferencias farmacológicas. En este sentido, quienes emplean sustancias con finalidades recreativas, por mucho que les ofrezcan heroína difícilmente la aceptarán, porque esta no pertenece a su elenco de sustancias potencialmente consumibles. En cambio, si la oferta, por diferentes motivos, se ve alterada y no puede abastecer la demanda de alguna sustancia determinada, es probable que los consumidores recurran a otras drogas disponibles. En los últimos años, esta situación se ha producido en diversos países europeos, como es el caso de Hungría, en que a partir de 2009 la alteración del mercado de heroína propició que los usuarios empezasen a emplear cationas (Péterfi, Tarján, Csaba Horváth, Csesztregi Nyírády, 2014; Tarján, *et al.*, 2017; Péterfi, *et al.*, 2018).

En los últimos veinte años el [perfil del consumidor](#) no ha sufrido grandes variaciones. La demanda se mantiene estable, es bien conocida y difícilmente se incorporarán nuevos perfiles que protagonicen un repunte porque haya crecido la oferta. Además, y esto es de cabal importancia, en la actualidad, **la oferta al por menor es totalmente paralela entre aquella destinada a los consumidores recreativos y aquella reservada a los consumidores adictos en situación de marginalidad.** Esto implica que para una persona alejada del

Los contextos marginales de venta de heroína dificultan que se incorporen nuevos consumidores alejados de esta realidad.

mundo *underground* de la heroína le resultaría arduo, por no decir imposible, comprar heroína (Marlowe, 2002: 79). El relato de los consumidores recreativos evidencia los reparos que presentan a sumergirse en los contextos marginales. Estos mantienen

una gran frontera simbólica que les impide comprar en espacios entendidos «de yonkis». Hacerlo lo conceptualizan como potencialmente problemático e indicador de cierto proceso de degradación personal que intentan evitar a toda costa.

Hecha esta apreciación, veamos, a grandes rasgos, el estado actual de la oferta de heroína y de los otros opioides con el objetivo de dilucidar cómo

afecta a la demanda y si es factible que catalice un hipotético repunte. Debido a las profundas diferencias entre los distintos eslabones del sector de la venta de drogas, ordenaremos la exposición de la siguiente manera: ventas al por mayor dirigidas por el narcotráfico, trapicheo a pequeña escala y la compraventa en la *darknet*.

En relación con el narcotráfico. En los últimos años ha sido habitual señalar a Afganistán como responsable del repunte o de la inminente invasión de heroína en los barrios españoles. Antes que nada, una apreciación: es habitual asociar Afganistán con heroína, pero si bien el país de los muyahidines produce heroína, su fuente principal de riqueza y negocio es el opio. En este sentido la mayor parte de heroína que llega a Europa se ha sintetizado en laboratorios clandestinos de Turquía, Bulgaria, Georgia, etc., donde refinan el opio afgano. Por tanto, cuando se alerta de la situación en Afganistán debemos tener presente que se justifica por la producción

de opio que puede llegar a exportar para producir heroína. Dicho esto, hace bastantes años que se alerta de los récords de producción de opio en el país centro

**En 2017 Afganistán alcanzó el record histórico de producción de opio con 328 mil hectáreas cultivadas. 125 mil más que en 2016.**

asiático. Afganistán alcanzó máximos históricos en los años 2006, 2007, 2013 y 2014 (gráfico 7), sin que por aquel entonces la producción tuviese resortes ni en la oferta ni en la demanda española. Podían generar inquietud las 328.000 hectáreas de opio cultivadas en 2017, cuando en 2016 fueron 201.000. Más de 125.000 en cuestión de un año (UNODC, 2018). Si bien una parte importante del opio se destina al mercado local, una superproducción de opio/heroína puede provocar un abaratamiento del coste en las calles europeas. Por dinámicas de la demanda, es poco probable que un menor precio atraiga a nuevos perfiles, aunque nos genera dudas hasta qué punto puede estimular consumos más intensos entre los usuarios en activo e incluso precipitar las recaídas de algunos ex usuarios. En 2018 la producción de opio en Afganistán descendió hasta situarse en las 263.000 hectáreas cultivadas. Por tanto, la superproducción de 2017 no tuvo efecto alguno en el mercado español. En definitiva, podemos afirmar que la producción de opio de el país de Asia central no tiene ninguna consecuencia sobre la demanda española.

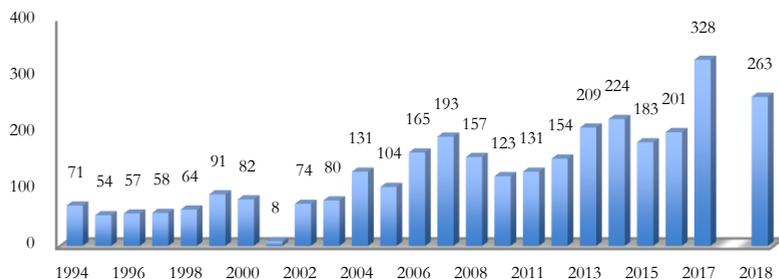


Gráfico 7. Cultivo de amapola en Afganistán, 1994-2017 (en miles de hectáreas). Elaboración propia a partir del Informe 2019 de la UNODC.

En relación con el narcotráfico, tal como hemos apuntado en el subcapítulo dedicado a los **«decomisos»**, en 2017 las fuerzas de seguridad españolas decomisaron 524 kilos de heroína, la cifra más alta de los últimos lustros. Esta cifra se explica por las nuevas rutas de distribución. **Las bandas organizadas han abandonado la ruta terrestre de los Balcanes debido al férreo control fronterizo. Ahora emplean la vía marítima. Se ha producido el efecto globo: cuando en un territorio determinado se acentúa la presión policial o militar sobre el mercado de drogas, esta no consigue eliminarlo, sino que sencillamente lo desplaza** (Reuter, 2014: 34). La nueva vía de transporte convierte España en puerta de entrada de la heroína hacia Europa. Más allá de la ruta marítima, **el aumento de los decomisos en los puertos españoles nos provoca la duda de si también estamos ante la aparición de nuevos actores en el mercado de la heroína**, como, por ejemplo, los **cárteles colombianos y mexicanos**, como así lo atestigua alguna noticia periodística<sup>1</sup>. Estos históricamente han destinado toda su producción a abastecer los mercados norteamericanos y en menor medida la demanda local.

<sup>1</sup> El Mundo, 14 de abril de 2018. «Así es la nueva ruta de la heroína que llega a España». La noticia apunta que la heroína colombiana llega a Málaga vía Cabo Verde, Mauritania y Marruecos. El periodista considera que «la nueva vía de entrada, la del Sáhara, aún reciente, no está activa a ojos de la policía española» hecho que dudamos.

Los cárteles latinoamericanos en su constante deseo de abrir nuevos mercados en pro de expandir su negocio buscan colaboraciones con el crimen organizado europeo (Saviano, 2014). **Si hasta el momento la cocaína era el único producto importado desde América Latina, cabe la posibilidad que ahora también introduzcan a Europa, vía España, el «alquitrán» mexicano<sup>2</sup>.** La presencia de más actores difícilmente correlacionará con el aumento de la demanda, pero puede desatar episodios violentos resultado de la pugna por el mercado. **Es de capital importancia estar atentos a la presencia de las diferentes bandas criminales en nuestro país.**

En relación con el trapicheo detectamos ciertos cambios acaecidos en los últimos años. El primero: el descenso sostenido del precio de la heroína. Si a principios de los ochenta un gramo valía entre treinta y cuarenta mil pesetas (entre ciento ochenta y dos cientos cuarenta euros), precio muy superior al de la cocaína que valía entre quince y veinte mil pesetas (entre noventa y ciento veinte euros), progresivamente descendió hasta equipararse al de la cocaína. En la actualidad ambas sustancias valen entre cincuenta y sesenta euros el gramo.

El segundo: el descenso del precio junto a la marginalización de la población consumidora comportó la aparición de la micra como unidad de medida y venta. La micra es una dosis (raramente pueden sacarse dos) con un peso variable entorno los cien miligramos. El precio oscila según el punto de venta. En las zonas periféricas con mayor oferta la micra cuesta unos cinco euros mientras que en los centros urbanos alcanza los diez euros. Los usuarios más marginales, debido al escaso presupuesto, compran a micras, y cuando este se lo permite compran a gramos. La micra facilita el consumo y potencia el estilo de vida centrado en buscarse la vida para conseguir unos pocos euros. En consecuencia, la durada del ciclo de buscarse la vida y consumir es extremadamente corta (Clua, 2018). La dinámica se intensifica cuando los vendedores aceptan el trueque de heroína por productos de consumo hurtados (pañales, cremas, detergentes...).

El tercero: la micra facilita los consumos y potencialmente puede volverse atractiva para los jóvenes con una magra capacidad económica. Para los jóvenes

---

<sup>2</sup> Heroína de menor pureza resultante de la acetilación incompleta de la morfina.

procedentes de contextos casi marginales adentrarse en el submundo del «yonkarreo» no les supone quebrantar ninguna barrera simbólica, por eso la inmensa mayoría de quienes empiezan a consumir heroína se han socializado en estos espacios. Para los jóvenes normalizados, por muy tentativo que sea el precio de la micra, aún es más fuerte la representación social que les obliga a rechazar la diamorfina. En el [capítulo seis](#) analizaremos el poder estratégico de las representaciones sociales para aceptar o rechazar la heroína.

Hidalgo (2007: 268-273) discurría, hace más de diez años, que en Madrid el último eslabón de la cadena de distribución estaba ocupado por organizaciones más o menos organizadas. El autor señala «tradicionalmente el negocio estaba en manos de grupillos de yonkis autónomos y emprendedores; sin embargo, hoy en día, aunque todavía quede alguno que se dedique al tema de forma constante y habitual, son principalmente los subsaharianos los que se han hecho con el oficio». Esta situación corre diferente suerte en cada una de las ciudades españolas. Si bien es cierto que la mayor parte de la venta en zonas históricamente marginales está en manos de minorías étnicas, en diferentes ciudades, a destacar algunas de Andalucía y Barcelona, son los propios usuarios quienes la compran en las periferias y la revenden más cara en los centros urbanos para costearse sus consumos.

**El último eslabón de la cadena está ocupado por diferentes colectivos. En el centro de algunas ciudades es habitual que los heroinómanos la revendan.**

A pesar de la presencia de heroinómanos-vendedores, constatamos el auge de grupos organizados. La pugna por el mercado de las drogas comporta que estos recurran a la violencia para controlarlo. Los «narcopisos» del Raval de Barcelona han protagonizado algún episodio de violencia con armas blancas.

**La aparición de nuevos agentes implicados en la venta de heroína provoca la pugna por el mercado y el territorio, con la consecuente aparición de violencia.**

Los daños no han pasado de representar un susto para los vecinos y algunas contusiones para los implicados. No queremos quitarles gravedad a estos episodios, pero si realizamos una comparativa con la violencia articulada por algunas bandas en otras latitudes, podemos afirmar que la violencia

derivada de la lucha por el control del mercado en los barrios españoles es de

baja intensidad. Eso sí, mientras exista este conflicto, la amenaza de violencia por parte de grupos organizados estará latente.

En relación al «mercado negro de fentanilo y sus análogos», no parece que se esté gestando un mercado negro de fármacos opioides, aunque nos invita a la reflexión los 24,4 kilos de «otros opioides» que según el Anuario Estadístico del Ministerio de Interior se decomisaron en 2017, cuando en 2016 fueron sólo 0,22 kilos. El Anuario presenta decomisos de diferentes opiáceos y opioides, aunque la categoría «otros» es muy amplia e incluye tanto el fentanilo como la oxiconona (entre muchos otros). Tal vez la mayor cantidad de los «otros opioides» decomisados se debe a un alijo particular. Si así fuese, lo deberíamos entender como parte de la lógica del control

**La compraventa de fentanilo aún es anecdótica, aunque los decomisos de «otros opioides» es indicador de que el mercado negro se está interesado por esta sustancia.**

de la oferta: algunos años los decomisos son notorios mientras que en otros son insignificantes. En cambio, si es producto del mayor número de acciones de decomiso, podríamos encontrarnos en la

antesala de una desfragmentación del mercado resultado del interés creciente por los opioides. Deberemos seguir la tendencia de la compraventa de opioides, ya sea por desviación del circuito sanitario, ya sea procedente del mercado negro. Sabemos por la experiencia de Estados Unidos que constituye un riesgo el aumento de la oferta de fármacos opioides, pero en España el mercado negro de opioides como el fentanilo aún está bastante lejos de representar una amenaza para la salud pública.

En relación con la metadona. Desde la consolidación de los programas de mantenimiento con este opioide, a lo largo de los noventa, su tráfico ha sido minoritario y casi marginal. Diferentes profesionales indican que en el último

año se ha hecho más patente la compraventa de metadona. Según su parecer porque la demandan los heroínómanos en situación irregular. Estos tienen reparo a solicitar tratamiento por-

**Algunos heroínómanos en situación irregular compran metadona en el mercado negro por miedo a ser extraditados si acuden a un centro asistencial. Los decomisos de metadona aumentaron en 2017.**

que creen que puede provocar su extradición. Por eso, cuando quieren abandonar la heroína, compran metadona en el mercado informal. Según los datos del

Ministerio del Interior (2019), los decomisos de metadona han aumentado notoriamente, de los 1.480 gramos en 2016 a los 6.956 de 2018. Parece obvio que la marginalidad de ciertos colectivos representa una barrera para acceder a los recursos asistenciales. El tráfico de metadona ilustra las limitaciones de algunos recursos para dar cobertura a toda la población que requiere asistencia.

El último aspecto por analizar de la oferta de opioides es la compra en la web profunda. A pesar de que se habla habitualmente de compras en la *deep web*, la mayor parte de consumidores españoles nunca la han empleado. De todos los heroinómanos en activo que hemos sondeado ninguno había comprado en la *deep web*, es más, la casi totalidad no sabía ni de su existencia. Entre los consumidores recreativos la palabra red profunda sí que les resulta más familiar, pero existe una gran brecha entre «haber oído algo» a comprar en ella.

La *deep web* ofrece todo tipo de drogas, también diferentes tipos de heroína (marrón, blanca, alquitrán mexicano, etc.) y fármacos opioides. En nuestro trabajo de campo realizamos cuatro prospecciones a la red profunda entre abril y junio de 2018. La oferta de heroína procedente de España era anecdótica. Detectamos dos vendedores en la primera observación, uno en la segunda, dos en la tercera y cuatro en la cuarta. Dos de estos últimos vendedores no tenían ninguna venta previa, por lo que consideramos más difícil que los consumidores compren a quien no está «avalado» por su trayectoria en la web. La oferta de fármacos opioides era muy notoria entre los vendedores de los Estados Unidos pero testimonial entre los españoles. A pesar de la digitalización de la vida cotidiana, la compra de drogas en la red profunda creemos que se reservará para iniciados en el mundo virtual y psiconautas. Otra vez más, cuanto más hablemos de estos mercados más posibilidades hay que los demos a conocer y, como consecuencia no prevista, estimulemos las compras en ellos.

## 5. DEMANDA DE OPIOIDES. POLICONSUMIDORES, PACIENTES Y POBLACIONES OCULTAS.

### ¿HAY MÁS CONSUMIDORES DE HEROÍNA?

Algunos profesionales dan por cierto el regreso de la heroína porque hay más usuarios incorporándose a su consumo. **Quienes afirman que hay más consumidores acostumbran a experimentar una sinécdoque. Esto es, creen que la realidad que ellos conocen, normalmente los usuarios de su centro asistencial, corresponde a la del conjunto del país.** En este sentido, un número nada desdeñable de profesionales entrevistados, a la pregunta «¿hay más consumidores y por extensión el consumo de heroína está más patente?» han contestado sin ápice de duda «sí, hay más consumidores y la heroína está regresando [o ya ha regresado]». Estas afirmaciones realizadas bajo la influencia de la sinécdoque implican entender la realidad a partir de la certeza que «la heroína está volviendo». Y, como sustenta el teorema de Thomas (Thomas y Swaine, 1928), «si una persona define una situación como real, para ella es real hasta las últimas consecuencias». Por tanto, mantener estas posiciones entraña el riesgo de que se actúe, piense y se intervenga como si estuviésemos ante una nueva epidemia de heroína. No todos los profesionales que, en cierta medida, creen en el repunte, actúan dirigidos bajo esta premisa, pero reproducir esta afirmación entre colegas profesionales (especialmente a aquellos en formación), pacientes, familiares de estos y muy especialmente con los medios de comunicación puede provocar, aunque el repunte no sea tangible ni evaluable, efectos simbólicos que alteren la realidad social. Por ejemplo, si dan por cierta la «epidemia» pueden focalizar la atención asistencial a la heroína mientras desatienden otros problemas potencialmente más acuciantes como el abuso de benzodiacepinas.

En algunos profesionales el miedo al repunte les hace agudizar la percepción y, en consecuencia, cualquier novedad en el perfil del consumidor, por mínima que sea, les hace destacar que existen «nuevos perfiles», con especial atención a los más jóvenes, que protagonizarán el regreso de la heroína. Cuando les preguntamos cuál es el número de personas de cada uno de los «nuevos perfiles», nos responden cifras muy bajas, casi anecdóticas, en ocasiones tres o cuatro

personas, a lo sumo una quincena. El análisis de estos supuestos «nuevos consumidores» nos evidencia que estos corresponden al goteo constante de nuevas demandas de tratamiento. Los perfiles de los «nuevos» consumidores que justifican la afirmación que la heroína ha ganado adeptos no son tan «nuevos», sino más bien «viejos» conocidos de los recursos asistenciales.

En el caso de los consumidores de heroína, tanto los de largo recorrido como los noveles, también afirman que la heroína ha regresado porque hay más consumidores. En estos casos la sinécdoque es aún más acentuada porque asumen que la realidad de la diamorfina en España corresponde a la de su grupo de iguales. Cuando se les pregunta «¿quiénes son los nuevos consumidores?» responden que «les han dicho» que ahora hay muchos jóvenes incorporándose al mundo de la heroína, pero afirman que ellos propiamente dicho no los han visto.

### UNA REFLEXIÓN SOBRE EL BINOMIO HEROÍNA / ADICCIÓN

Antes de analizar los diferentes perfiles, merecen un apunte especial aquellas personas nacidas a principios de los sesenta, que durante los «duros años ochenta» consumieron heroína, algunos intensamente, pero nunca se convirtieron en adictos ni sufrieron graves consecuencias. Incluso una minoría aún la emplea esporádicamente. Diferentes entrevistados atestiguan que, a principios de los ochenta, en las cuadrillas en que la heroína estaba presente, todos o casi

**Durante los ochenta algunos jóvenes consumieron heroína sin desarrollar ninguna adicción. Estos evidencian que otros usos de la heroína son posibles**

todos la consumían. Si algunas voces certifican que hubo durante aquellos años unos doscientos mil heroinómanos, podríamos estimar en cuatrocientas mil las personas que emplearon heroína sin desarrollar adicción. Este colectivo evidencia

que otros consumos de heroína, desvinculados de la compulsión y la adicción, son posibles. Los antiguos consumidores no problemáticos han pasado totalmente desapercibidos en los análisis sobre el fenómeno de la heroína, o al menos, a lo largo de nuestra experiencia investigadora: aunque no negábamos su existencia, no pensábamos que fuesen tantos aquellos que la habían consumido sin sufrir males mayores. **La imagen colectiva de la heroína muestra que ésta remite cuanto menos a adicción. Detectar un número tan elevado de**

**personas que se desvinculan de este binomio nos ilustra la ceguera que sufrimos a la hora de dar cuenta de ciertos fenómenos.**

Hecho este inciso, a continuación, realizamos una descripción sucinta de los perfiles de usuarios de heroína con el objetivo de dilucidar si alguno de estos puede protagonizar un repunte de heroína o de otros opioides. Veamos.

## **HEROINÓMANOS DE LARGO RECORRIDO**

A la hora de conceptualizar la demanda de la heroína, entre diferentes sectores de la población, entre ellos algunos profesionales, la imagen más recurrente es la del heroinómano policonsumidor, adicto, escuálido, demacrado, enfermo, sin hogar y en situación de exclusión social vencido por la heroína. En esta categoría encontramos aquellas personas con una carrera de adicción de más de veinticinco años. Este perfil mayoritario es el más visible y conocido por los recursos asistenciales. Casi todos han realizado multitud de intentonas para abandonar la heroína y participan de programas de mantenimiento con metadona. Los heroinómanos de la «vieja guardia» son policonsumidores porque emplean en mayor o menor medida heroína, metadona, cocaína, cannabis y benzodiazepinas. Algunos toman con mayor frecuencia otras sustancias a parte de la heroína, que la pueden tomar una o dos veces al día.

**El perfil mayoritario más visible y conocido es el del policonsumidor con más de veinticinco años de adicción.**

Otros, gracias a la metadona, permanecen días abstinentes. La gran mayoría se sienten totalmente «atrapados» por las drogas, con un estilo de vida difícil de cambiar porque las sustancias travesan su identidad. Metamorfosarse la identidad es complicado a ciertas edades, por no decir imposible.

La gran mayoría se sitúa entre los cuarenta y cinco (nacidos en 1973) y los cincuenta y ocho años (nacidos en 1960). Una minoría tiene más de sesenta años. Su proceso de envejecimiento representa un gran reto sociosanitario, sin olvidar las diferentes afecciones que sufren (VIH/SIDA, hepatitis, etc.). Muchos de ellos residen en casas ocupadas o en infraviviendas. Algunos mantienen cierta calidad de vida porque viven con sus progenitores. Es recurrente que cobren una pensión precaria. Es poco habitual que alguno trabaje en el mercado laboral formal, aunque otros sí que obtienen algún ingreso por actividades informales. Su reinserción en un mercado laboral tan precario y competitivo es

aún más compleja debido a su escasa o nula formación. En relación con las tendencias de los consumos de opioides, la casi totalidad de los entrevistados nunca ha consumido ningún fármaco opioide y nunca ha comprado drogas por internet. Por tanto, a pesar de que este perfil es el mayoritario, para el propósito de nuestro trabajo no aportan excesivas innovaciones ni pueden protagonizar un vuelco al escenario actual.

## HEROINÓMANOS EXCARCELADOS

Una de las consecuencias más funestas de la crisis de la heroína fue la marginalización de gran parte de heroinómanos. Algunos, para mantener económicamente sus consumos y/o paliar el síndrome de abstinencia, perpetraron acciones que vulneran el Código Penal. Robos (con mayor o menor violencia e intimidación), hurtos, falsificación de recetas y reventa de drogas ilegales fueron los delitos más recurrentes. La gravedad, la acumulación de penas y la reincidencia han comportado que algunos paguen penas de cárcel extremadamente largas (Clua, *et al.*, 2019). La mayoría de los heroinómanos entrevistados habían cumplido entre cinco y diez años de presidio. Un caso, particularmente duro, es Manuel, que a sus cincuenta y dos años ha pasado dieciséis años en la cárcel por delitos cometidos para mantener su consumo.

La memoria anual de Instituciones Penitenciarias evidencia que cada vez se reparten menos jeringuillas. En 2005 se distribuyeron 22.989 en treinta y cuatro centros penitenciarios mientras que en 2018 fueron 3.233 en veintiuna cárceles

**En los últimos años han sido excarcelados multitud de heroinómanos. Su presencia en las calles ha hecho aumentar la percepción y visibilidad de heroinómanos.**

Instituciones Penitenciarias, 2019: 262). El número de reclusos en programas de metadona ha descendido más de un 65% en cuestión de diecisiete años, 8.816 en 2001 por 3.155 en 2018 (Instituciones Penitenciarias, 2019: 265). La Generalitat de Cataluña nos ofrece datos para 2018 que constatan que el número de reclusos

en metadona descendió respecto 2016, de 581 a 554 (SID, 2019: 44). Queda acreditado que, año tras año, el número de heroinómanos en la cárcel es menor. Los profesionales de los centros de reducción del daño afirman que una parte de los «nuevos» usuarios de los recursos son heroinómanos excarcelados.

La gran mayoría de los consumidores puestos en libertad, como están en situación de exclusión social, vuelven a los escenarios de consumo y en consecuencia frecuentan tanto las unidades de tratamiento como los recursos de reducción del daño. Los consumidores excarcelados constituyen el grueso de nuevas demandas en la mayoría de los dispositivos asistenciales de Barcelona y Madrid. Durante años los expresidarios estuvieron ocultos a la vista de profesionales y vecinos. **Su regreso a la circulación, con la consecuyente visibilidad, ha comportado que la percepción social se agudice y considere que el número de heroínomanos es muy superior al de hace tan solo unos años. Tal vez algunos antiguos usuarios han vuelto a las calles, pero este hecho en ningún caso es indicador de la incorporación de nuevos consumidores, y ni mucho menos evidencia de que el repunte sea una realidad. Sencillamente es el último estertor del viejo problema.**

## RECAÍDAS

Las recaídas de antiguos usuarios contribuyen a aumentar la percepción social de que «hay más consumidores». Diversos profesionales, tanto del ámbito asistencial como de la reducción del daño, así como los propios consumidores en activo, aseveran que en los últimos dos años se han reenganchado a los consumos algunos que los habían abandonado años ha. Las recaídas, en cierto sentido, se entienden como parte del proceso terapéutico, pero en estos casos se trata de personas que hacía años, incluso décadas, que eran abstinentes. Tanto los consumidores más contumaces como algunos ex usuarios de larga data entienden como lógicas las recaídas porque según su parecer «un yonki nunca deja la heroína, solo descansa»<sup>1</sup>. Parece claro que entenderse a uno mismo como «heroínomano de por vida» dificulta extremadamente abandonar la sustancia.

El gran volumen de recaídas estimula la idea de que en la actualidad hay más consumidores.

---

<sup>1</sup> Muchos entrevistados han empleado esta expresión o una de similar para explicar que un heroínomano lo es de por vida. Otra discusión son las consecuencias que implican en los procesos terapéuticos este tipo de aseveraciones.

Detectamos dos factores desencadenantes de las recaídas. Por una parte, antiguos usuarios estabilizados con metadona. Insatisfechos con el sustitutivo porque les mantiene adictos y les ofrece escasas prestaciones farmacológicas, ya que la consideran un sucedáneo, deciden más o menos voluntariamente desestimarla y vuelven a tomar la sustancia de marras. Por otra parte, antiguos consumidores que no participan en programas de metadona. Estos, llegada cierta edad, contrastado su envejecimiento y las dificultades para lidiar con los trances de la vida cotidiana, resuelven reengancharse como estrategia para sedar el dolor que les produce vivir. Consideran que no quieren padecer más los envites de unas condiciones de existencia precarias y se niegan a continuar sufriendo el escaso tiempo de vida que les queda. En estas condiciones, conceptualizan la heroína, que huelga decir algunos recuerdan con suma nostalgia, como la sustancia idónea para abrazarse a ella hasta el último suspiro. No es casualidad que algunos profesionales entiendan las recaídas como una de las causas de que hayan aumentado las demandas de tratamiento<sup>2</sup>. En este sentido, no podemos descartar que en este lustro asciendan las recaídas.

### MENORES DE TREINTA Y CINCO AÑOS

Algunos profesionales señalan que han aumentado las demandas de tratamiento de personas menores de treinta y cinco años desvinculadas del perfil clásico de heroinómano. Estas, en su inmensa mayoría, son personas socializadas en contextos de exclusión social, proceden de núcleos familiares desestructurados y carecen de los estudios obligatorios. Muchos de ellos son hijos, nietos o sobrinos de heroinómanos «de los ochenta» (Clua, 2016). Aquellos crecidos en ambientes normalizados son una auténtica minoría. Estos últimos empezaron a consumir drogas recreativas y, por avatares de los itinerarios farmacológicos, empezaron a

**La mayoría de los consumidores menores de treinta y cinco años que demandan tratamiento se han socializado en contextos de exclusión social.**

---

<sup>2</sup> Puede parecer contradictorio que quieran consumir heroína para mitigar los males existenciales, pero a la vez demanden tratamiento. Esto se debe a que no pueden mantener económicamente el consumo diario de heroína. Por eso, cuando no pueden comprarla, recurren a la metadona para sortear el síndrome de abstinencia.

consumir diamorfina. Desde que, a mediados de los noventa, empezó a remitir la «crisis de la heroína», el volumen de nuevas demandas de tratamiento por heroína tendió a la baja hasta estabilizarse en un porcentaje casi residual. A pesar de esta tendencia estable, todos los años los recursos de drogodependencias reciben nuevas demandas de tratamiento. Se trata de un goteo. Minoritario pero constante.

En Andalucía diversos expertos apuntan que el repunte de heroína es innegable porque en los últimos dos años han atendido jóvenes menores de treinta años por adicción al «rebujado». La afirmación que hay más jóvenes consumidores es contradicha por las estadísticas. En 2017, en el conjunto de Andalucía, la media de edad de personas admitidas a tratamiento por heroína/rebujado fue de 42,1 años, idéntica que en 2016 (42,0 años). La media del 25% más joven es de 36 años (Junta Andalucía, 2017). En definitiva, **no existe un crecimiento notorio de nuevos jóvenes consumidores, sino que hay más sensibilidad perceptiva hacia este perfil**. En ningún caso los consumidores jóvenes protagonizarán ningún repunte.

## POBLACIONES OCULTAS

Algunos profesionales expresan cierta preocupación porque desconocen qué cantidad de población pertenece fuera de su «radar» profesional. La Antropología Urbana, desde sus inicios en el crisol de la Escuela de Chicago en los años treinta del siglo XX, ha trabajado para conocer la realidad de aquellos colectivos que en el marco de las dinámicas urbanas pasan desapercibidos al ojo de las administraciones, medios de comunicación y la opinión pública (Thomas y Znaniecki, 2006; Whyte, 2015). En el ámbito de las drogas, los antropólogos urbanos hemos puesto especial énfasis en que las poblaciones ocultas son las responsables de las innovaciones y la aparición de nuevas tendencias en el consumo de sustancias (Díaz, Pallarés y Barruti, 2000; Martínez Oró *et al.*, 2010). Por tanto, es capital conocerlas para intervenir (si es necesario) de manera temprana antes que los problemas traspasen a la población general. En el caso que nos ocupa, las poblaciones ocultas de heroinómanos nos representan un gran reto: ¿cuántos y quiénes son aquellos que consumen heroína y permanecen totalmente ocultos?

**Las poblaciones ocultas son las responsables de las nuevas tendencias en el uso de drogas.**

A lo largo del trabajo de campo hemos detectado diversos perfiles, que en mayor o menor grado se mantienen ocultos. Las poblaciones ocultas se emplean de manera recurrente para señalar que existen más consumidores y en consecuencia que la heroína está de regreso. A continuación, presentamos las características generales de las poblaciones que podemos considerar ocultas.

- **Ravers-travellers:** jóvenes vinculados a la contracultura de la música electrónica. Tienen un estilo de vida seminómada sin trabajo formal ni residencia estable. Pueden recorrer Europa en furgoneta o en camión de pequeño tonelaje para organizar o participar en raves. Ingieren o fuman opio, y como algunos emplean ketamina por vía parenteral, pueden administrarse heroína por esta vía. Detectados en algunas salas de venopunción. Muy minoritarios. Se habla bastante de ellos, pero debido a su carácter hermético difícilmente exportarán su modo de consumir a otras poblaciones.
- **Consumidores recreativos:** algunas voces muestran cierta inquietud por quienes fuman heroína para disipar la estimulación de las anfetaminas o la cocaína. Según el parecer experto, a copia de estos usos se convierten en adictos. Tal vez una minoría pueden emplear la diamorfina con esta finalidad, pero su porcentaje es irrisorio en el total de consumidores de estimulantes.

Algunos expertos son tajantes para negar que los consumidores lúdicos emplean la heroína porque ya disponen de un «menú farmacológico» que satisface sus necesidades, además de que este opioide aún remite a estigma y está alejado de su realidad.

Se ha puesto excesivo énfasis en este perfil para justificar el regreso de la heroína. Pero su alcance es anecdótico y nada nos hace pensar que vaya a crecer el número de adictos a la heroína procedentes de los consumos recreativos, a menos que de tanto enunciar su existencia al final se conviertan en una realidad.

- **Postconsumistas:** el opio es el opiáceo más cercano para los consumidores recreativos normalizados, especialmente entre aquellos con un sistema de valores postconsumistas, vinculados a movimientos sociales alternativos y con gusto por lo natural, por eso pueden recurrir al opio unas pocas veces al año, pero la gran mayoría de ellos rechaza la heroína

u otros opioides por el estigma asociado. Muy minoritarios e imposible que protagonicen cualquier forma de repunte.

- **Alternativos:** personas normalizadas socialmente con trabajos particulares (artistas, músicos, diseñadores, arquitectos...) que pueden emplear la heroína con finalidad instrumental. Los casos detectados son ridículos, pero en el sentir profesional, debido a la influencia de la muerte de celebridades como Phillip Seymour Hoffman, se apunta que podría existir una cartera de profesionales con cierto poder adquisitivo que estuviesen empleando heroína. Debido a su uso estrictamente privado e íntimo es difícil de cotejar la magnitud de este perfil, pero nos aventuramos a afirmar que responde a una minoría dentro de una minoría.
- **Extranjeros:** aquellos extranjeros en situación irregular pueden mantener recelos a contactar con cualquier recurso asistencial. La retirada de la sanidad universal en abril de 2012, junto a otros elementos de naturaleza administrativa, provocó inquietud en las personas en situación irregular. Desde entonces, la casi totalidad de ellos rehusaron acercarse a cualquier recurso por miedo a ser extraditados. A pesar de que el nuevo gobierno socialista volvió a instaurar la sanidad universal en julio de 2018, el miedo de los extranjeros irregulares aún es bien patente. Un pavor que atenta contra la salud pública porque invisibiliza a una cartera nada desdeñable de consumidores de heroína, con el consecuente aprieto para iniciar tratamiento.

Una evidencia de invisibilidad la detectamos cuando contrastamos que la venta de metadona en el mercado informal tiende al alza. Los «sin papeles» la compran para soportar el síndrome de abstinencia. Si no existiese ninguna barrera, por muy simbólica que ahora sea, podrían conseguirla de manera reglada y segura. Otra evidencia: algunas farmacias que participan en el programa de intercambio de jeringuillas reportan un volumen exagerado de jeringuillas dispensadas en zonas donde el número de heroínómanos, «bajo el radar» de los programas de reducción de daño o asistenciales, no justifica unas cifras tan elevadas. Cataluña en 2018 batió el record histórico de jeringuillas distribuidas, superando el millón de unidades distribuidas (1.058.705) ciento ochenta mil más que en 2017 (878.421). Son múltiples las variables implicadas en el número total de

jeringuillas distribuidas en un territorio, pero creemos que en gran medida el aumento se justifica por la demanda de poblaciones ocultas.

- **«Fármacoturistas»:** durante el verano visitan España, especialmente Barcelona, Levante y Andalucía, un gran número de turistas drogodependientes, procedentes principalmente de Italia y Francia y en menor medida de Georgia. En algunos casos este perfil provoca conflictos de convivencia y es el responsable de que aumente el trabajo en las salas de venopunción. Su presencia es estacional. Queda por ver cómo evolucionará este tipo de turismo en las próximas temporadas y hasta qué punto puede estar implicado en un vuelco de los consumos.

## LOS ESTRAGOS DE LA CRISIS SOCIOECONÓMICA

Las voces que vaticinan el repunte consideran que la crisis socioeconómica ha provocado que algunas personas se enganchen a la heroína. Según su argumentario, como viven en situaciones penosas, necesitan aliviar el dolor que les provoca subsistir en condiciones precarias y, para hacerlo, recurren a la heroína. Esta es una explicación cómoda para dar cuenta de un fenómeno complejo. En nuestro trabajo de campo no hemos detectado ninguna persona sin experiencia previa con la heroína que como consecuencia de la crisis haya optado por este opioide como recurso para hacerle frente. **En España no existe ninguna relación causal, ni siquiera correlación alguna, entre crisis socioeconómica y consumo de heroína en personas que nunca habían mantenido contacto con este opioide.** Otro aspecto sustancialmente diferente son las recaídas de «viejos consumidores», tal como hemos descrito. Si en España no detectamos evidencia que relacione consumo de heroína con la crisis económica, la literatura norteamericana apunta sin vacilar que la epidemia de opiáceos es protagonizada por aquellos que la depresión económica, especialmente los trabajadores blancos en paro del cinturón del óxido, ha golpeado con suma crudeza (Zoorob y Salemi, 2017: 1).

## DIFERENCIAS DE GÉNERO

En los consumos de heroína, las diferencias de género son aún más acentuadas que en los consumos de drogas en general. Las mujeres son una minoría

dentro de la población heroinómana. La proporción es de una mujer por cada nueve hombres. La sociedad heteropatriarcal infringe un triple estigma a las mujeres adictas: por usuarias de drogas, por adictas y por «malas mujeres». En las familias patriarcales el consumo de una hija provoca el rechazo y la expulsión del seno familiar en mayor medida que si lo hace un hijo. El castigo social por «mujer adicta» se traduce en vivir situaciones extremadamente gravosas, que les dificultan sobremanera su vida. Esto puede comportar que mantengan relaciones tóxicas en contra de su voluntad porque, debido a la presión sociocultural, prefieren una relación tóxica que la soledad.

**Las mujeres requieren de centros asistenciales exclusivos para ellas para poder atender sus necesidades con eficacia.**

Las mujeres adictas, al desenvolverse en un entorno regido por una cosmovisión masculina, padecen con mayor crudeza las consecuencias de la adicción. Para las mujeres adictas, los recursos asistenciales tienen barreras de cristal. Por una parte, la presencia de hombres genera situaciones incómodas, y por otra, los centros están pensados para dar respuesta a las demandas masculinas. El pronóstico de mejoría es complejo mientras no se implementen intervenciones que tengan en cuenta sus realidades y necesidades.



## 6. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS OPIOIDES

Las consecuencias funestas de los consumos compulsivos de heroína provocaron la aparición de una representación social negativa. Todo aquello que remitiese al caballo fue connotado peyorativamente. Los heroínómanos fueron estigmatizados, victimizados, criminalizados y llamados, con mayor o menor desprecio, yonkis (del inglés basura). Las sustancias (heroína y cocaína base) y las vías (inyectada, fumada en papel de aluminio o pipa de vidrio) remetían a enfermedad y adicción. La representación social de la heroína condensa un conjunto de significados que la opinión pública entiende como indeseables. Este es un ejercicio de economía conceptual, es decir, en las situaciones en que aparece la heroína nos ahorramos de volver a pensar en todos los aspectos imbricados y nos ofrece la inteligibilidad necesaria para comprender la situación de manera rápida y eficaz (Moscovici, 1961; Jodelet, 2013).

**Las nefastas consecuencias de la crisis de la heroína comportaron el anclaje en la memoria colectiva de la representación social que asocia la sustancia con un conjunto de significados indeseables.**

Por tanto, las representaciones sociales posibilitan ciertas maneras de comprender y actuar sobre un fenómeno determinado, a la vez que coartan e imposibilitan otras formas de conceptualizar la realidad social.

La representación social de la heroína ha provocado dos grandes efectos. El primero, la estigmatización de los usuarios de heroína, con los consecuentes aprietos que implica vivir estigmatizado. El segundo, ha funcionado como mecanismo de protección para las generaciones más jóvenes. El análisis del proceso de estigmatización se nos escapa de los objetivos planteados, pero debemos destacar un detalle fundamental para dar cuenta de la relación entre estigma y representación social. Este es, en los últimos años los profesionales de las drogodependencias han puesto especial énfasis en «luchar» contra el estigma que sufren los adictos. En este sentido, se han articulado diferentes proyectos cuyo objetivo es aplacar el estigma, pero por ahora parece que sus resultados son bastante discretos. Esto se debe a que, por muchas acciones de intervención social que se implementen, el estigma difícilmente mermará mientras continúe operando la representación social negativa que los estigmatiza.

El segundo efecto es más interesante para nuestro trabajo. **La aparición de la representación social peyorativa ha funcionado durante casi treinta años como mecanismo de protección para la casi totalidad de jóvenes, especialmente para los consumidores recreativos.** Estos, aunque consuman drogas sometidas a fiscalización (cocaína, éxtasis, ketamina, anfetamina, etc.), en ocasiones intensa y frecuentemente, se abstienen de mantener cualquier contacto con el mundo de la heroína. La institucionalización de los jóvenes en el marco de la Sociedad de Consumo los cautiva a participar de los placeres hedonistas incompatibles con cualquier atisbo de marginalidad (Martínez Oró, 2015: 133). Los consumidores desestiman la heroína porque remite a exclusión, cuellague, enfermedad, y en última instancia, a muerte. La representación social de la heroína y el estereotipo del yonqui funcionan como antítesis de la normalidad deseada. En este sentido, la heroína es el chivo expiatorio que les permite normalizar los propios consumos, mientras conceptualizan los de los yonkis como los realmente aberrantes y censurables. La representación social es el anverso del estigma. Para los recreativos ha funcionado como factor de protección (a pesar de que ha alimentado miedos irracionales), para los heroínomanos ha constituido una cruz que les ha complicado la existencia hasta límites insufribles.

Conocer cómo opera la representación social es de gran validez para dilucidar hasta qué punto es factible el repunte. Mientras continúe vigente mantendrá sus efectos protectores y en consecuencia será materialmente imposible que se produzca el regreso. En caso contrario, si desaparece de la memoria colectiva, quienes no dispongan de ningún recuerdo de qué implicó la heroína, emplearán otras representaciones menos desdeñosas y quién sabe si la conceptualizarán como una sustancia potencialmente consumible. La pregunta que se desprende de estas condiciones es ¿cuál es el estado de la representación social de la heroína en la España de 2019? **El análisis del discurso nos muestra la «paradoja de la vigencia de la representación social». Gran parte de la ciudadanía conceptualiza la heroína a partir de significados truculentos, pero cuando explican cómo la entienden los más jóvenes consideran que la representación es más endeble o directamente ha desaparecido.** Esto no impide que algunas personas puedan hablar de la sustancia sin alarmas ni dramatismos, pero bien conscientes de los riesgos y daños que entraña su uso.

Cuando los entrevistados expresan qué implica la heroína para sí mismos, recurren sin titubear a la representación social hegemónica: la heroína remite a problemas, adicción y muerte. Les resulta cómodo emplearla porque, según su parecer, son multitud las evidencias que avalan su funcionalidad. Los expertos, tanto por su formación académica como por su práctica profesional, conocen a partir de su trabajo las funestas consecuencias de la heroína, ergo su práctica profesional reafirma los discursos que dan por válida la representación social. Los heroinómanos, al padecer en sus propias carnes los efectos deletéreos de los opioides, hilvanan un discurso duro, emocional, implicado y peyorativo contra el mundo de la heroína. Según su opinión ellos mismos son la evidencia empírica que la representación social es bien cierta. Los profanos de la subcultura de la heroína mayores de treinta años recuerdan, aunque fuese durante su infancia, las nefastas consecuencias de la epidemia de la heroína a través de la estampa de yonkis escuálidos, imágenes grabadas a fuego en la retina que apuntalan la representación social del opioide. Los menores de treinta años no disponen, en mayor medida, de recuerdos autobiográficos de los «años de la heroína» y a pesar de esto mantienen actitudes de rechazo porque a lo largo de su proceso de socialización aprendieron qué es la heroína a partir de la representación social peyorativa.

En cambio, cuando reflexionan sobre la opinión que manejan los más jóvenes, apuntan con firmeza que en estos es más tibia, o directamente no manejan ninguna porque según su parecer «los chavales de ahora no han vivido los ochenta, le han perdido el miedo y no saben dónde se meten», es decir, desconocen o menoscaban la representación social que les debería indicar su peligrosidad. Estas afirmaciones son reforzadas cuando conversan con quienes comparten la idea de que el repunte es una realidad. Retroalimentación que solamente provoca desazón. En ocasiones, para sustentar que los jóvenes son los protagonistas del repunte de heroína, muestran evidencias, a su parecer irrefutables, aunque a nuestro entender espurias, como por ejemplo observar jeringuillas abandonadas en la calle. Suponer que la causa del repunte es que «los jóvenes han perdido el miedo a la heroína» resulta una explicación verosímil pero no plausible. La encuesta EDADES 2017 contradice esta afirmación. El

**Pensar que los jóvenes desconocen la representación social solo contribuye a retroalimentar el discurso mediático y tentar la realidad social para que se cumpla la profecía.**

98,5% de los españoles considera que consumir heroína una vez o menos al mes «puede producir muchos o bastantes problemas». Es más, este dato correspondiente a 2017 es aún superior en un 1,2% a la cifra de 2015 (97,3%). Por tanto, en el conjunto de la población española **la percepción de riesgo de la heroína es extremadamente alta**. Y, a pesar de ciertas dudas colectivas producto del ruido mediático, **no cabe duda de que la representación social se mantiene estable y continúa operando como mecanismo de protección, también en los más jóvenes**.

Contrastada la vigencia de la representación de la heroína, la pregunta pertinente es **¿por qué en los heroínómanos menores de treinta y cinco años no ha funcionado como mecanismo de protección?** La respuesta apunta sin vacilaciones al proceso de socialización. **La capacidad de protección de la representación social es limitada en aquellas personas criadas en contextos de miseria y expuestas a multitud de factores de riesgo** (familia, accesibilidad, etc.). En otros, menos numerosos, a pesar de educarse en el seno de familias estructuradas en contextos normalizados, la exposición a factores de riesgo fue más determinante que cualquier otro elemento de protección. Ambos colectivos, antes de empezar a consumirla, habían recibido la representación social: le tenían miedo, la asociaban a la muerte, pensaban que nunca la tomarían, que «era mala y cosa de yonkis», etc. Por tanto, en ningún caso no se puede achacar que su inicio se deba a una falta de información de los peligros del opioide. Los conocían. Los criados en contextos de miseria, además, perfectamente y de primera mano porque, más allá de la representación, muchos tienen uno o diversos familiares que habían sido aguijoneados por el escorpión de la heroína. En estos casos, tener relaciones de parentesco con adictos funciona de factor de riesgo porque por mecanismos simbólicos y emocionales tienden a querer disfrutar de las implicaciones vitales de la heroína y, en cierta medida, se predisponen a reproducir sus peripecias y sus penas.

Creer en un barrio<sup>1</sup> donde la oferta de caballo y los heroínómanos son parte del paisaje urbano representa un factor de riesgo. Algunos jóvenes adictos, socializados en estas periferias, conocían e incluso se sentían seducidos por el estilo de vida yonki. El devenir de la vida cotidiana les empujó a entablar cierta relación con usuarios, primero como conocidos y progresivamente intimaron como amigos. En el trabajo de campo hemos constatado que sus amigos consumidores más mayores, cuando tomaban la diamorfina delante de ellos les advertían de «la mierda que es meterse» y les imperaban que nunca se iniciasen. Algunos estuvieron meses, e incluso años, compartiendo andanzas con yonkis sin tocar la sustancia, pero como habían visto cuales eran sus efectos, más temprano que tarde llegó el día en que decidieron tomarla, ya sea porque no resistían la curiosidad de experimentar la sustancia en sus carnes o porque necesitaban olvidarse del mundanal ruido y creyeron que tomarla les ayudaría a superar los aprietos vitales. El acceso a la sustancia no fue una barrera porque sabían bien dónde y a quién comprarla. Una vez empezaron a consumir, el valor simbólico atribuido a la sustancia, la importancia de mantener las relaciones de amistad y el pensamiento ilusorio que les hacía creer que ellos «dominarían el caballo» fueron factores de riesgo a la hora de continuar el flirteo con la heroína. Situaciones de riesgo, en su caso imposibles de contrarrestar mediante una representación social cada día más tenue y diluida, o unas amenazas de quienes les niegan «las mieles» de la heroína mientras ellos las gozan.

En relación con los fármacos opioides, la representación social mutó en el momento en que aparecieron las nuevas presentaciones y principios activos. La llegada al mercado de un largo elenco de fármacos opioides estuvo desvinculada de la representación social negativa de la morfina, con la consecuente desaparición de la antigua «opiofobia», por lo que pasaron a conceptualizarse como un fármaco más. Como hemos apuntado en el punto [«tendencias del empleo de medicamentos opioides»](#), que los opioides remitan a un significado neutro puede propiciar la banalización y omitir que se trata de medicamentos con efectos secundarios severos, entre ellos la adicción. Connotar negativamente los

---

<sup>1</sup> La existencia de estos barrios es un claro indicador que la heroína nunca desapareció, sino que durante las últimas tres décadas permaneció en los márgenes sociales invisible a la opinión pública

opioides provoca que por eficacia simbólica estos provoquen malestares y se intensifiquen las consecuencias indeseadas. Por el contrario, entenderlos de manera positiva ayuda a retrasar la aparición de los efectos perversos, aunque obviamente no los evita por completo. En este sentido, algunos pacientes han empezado a construir una representación social negativa de los opioides debido a los malestares que experimentan. Algunos han buscado alternativas terapéuticas, por ejemplo, en el cannabis, que goza de una representación social positiva.

**Los fármacos opioides se conceptualizan como cualquier medicamento. Lejos queda la «opiofobia» de la morfina. Banalizar su uso puede provocar la adicción. Debemos construir una representación social que los conceptualice como fármacos con capacidades terapéuticas, pero sin omitir sus riesgos.**

## 7. LA CRISIS DE OPIOIDES EN NORTEAMÉRICA ¿UN PRE-LUDIO PARA ESPAÑA?

En los capítulos anteriores hemos presentado algunos datos y referencias a la crisis de opioides en Estados Unidos y Canadá. El presente capítulo no pretende deslindar la realidad norteamericana hasta el último detalle, sencillamente trataremos de presentar una somera revisión tanto de las causas de la crisis como del escenario actual. La finalidad última es dilucidar los paralelismos entre ambos escenarios para concluir hasta qué punto España experimentará una crisis similar.

La génesis de la crisis norteamericana es producto de la imbricación de factores políticos, socioculturales y psicosociales que estimularon el empleo de opioides. La literatura científica señala la carta de Porter y Jick, publicada el 10 de enero de 1980 en el *New England Journal of Medicine*, como una de las causas más genuinas de la crisis actual. La epístola, de tan solo un párrafo, reveló que de los 11.882 pacientes hospitalarios tratados con opioides solo cuatro desarrollaron adicción: dos por meperidine, uno por Percodan® y uno por hidromorfona. Únicamente uno de estos sobrellevó una adicción severa. En palabras de Guàrdia (2018: 87):

**La carta de Porter y Lick en 1980 es considerada como la causa genuina de la crisis norteamericana de opioides.**

Esta carta ha sido citada 608 veces durante años [sic], el 72,2% de las citas la consideraron como evidencia de que la adicción a opioides es poco frecuente y el 80,8% no mencionaron que la muestra era de pacientes hospitalizados. El mensaje que el riesgo de adicción a los analgésicos opioides era pequeño tuvo una gran difusión y puede haber contribuido a la epidemia de analgésicos opioides en Norteamérica (Brauser, 2017; Leung, MacDonald, Stranbrook, Dhalla y Jauurlink, 2017).

La carta pudo impactar en la práctica médica norteamericana con tanto frenesí porque la realidad sociopolítica lo permitió. Si la legislación, el sistema de salud, la relación médico-paciente, el control sobre la industria o los malestares

de ciertas capas de población hubiesen sido de otra naturaleza, la crisis de opioides hubiese tomado otras formas, o tal vez nunca se hubiese producido. Es decir, si la estructura social americana fuese otra, treinta y nueve años después la misiva de Porter y Jick estaría totalmente olvidada entre la ingente literatura científica. Pero como la realidad norteamericana es como es, en el caso que el editor de la revista hubiese rehusado su publicación, la crisis de opioides se hubiese producido de todas maneras. En su momento los datos presentados en la carta se consideraron como una evidencia científica robusta. En la actualidad, los expertos apuntan que estos datos presentan una certeza muy débil o no aportan evidencia alguna. **Nadie cuestionó la debilidad de los datos mientras la supuesta evidencia funcionó de artimaña para prescribir opioides.** Solo cuando los estragos de la epidemia fueron palmarios, emergieron voces expertas que descartaban cualquier validez. Entonces la carta de marras funcionó de chivo expiatorio para acrisolar tanto la práctica médica como la industria farmacéutica, responsables durante más de treinta años de la sobre prescripción de opioides. Este caso pone de relieve una práctica demasiado habitual en el campo médico-farmacéutico, es decir: el uso torticero de la noción de evidencia científica. En ningún caso había evidencia, pero como ciertos actores, para catalizar las ventas de opioides, querían creer que la había, trabajaron para dotar de evidencia a unos datos débiles. Una vez construido el axioma, el paradigma científico posibilitó actitudes acríicas (y casi dogmáticas entre los profanos) entre la comunidad científica porque este no admite enmiendas a aquello entendido como verdad.

La crisis empeoró cuando, con la supuesta voluntad de evitar el abuso, se restringieron las presentaciones aptas para esnifarse o inyectarse. Los nuevos formatos de oxicodona y fentanilo llegaron al mercado a un precio imposible

**La restricción de ciertas presentaciones y una respuesta basada en la seguridad y no en la salud pública agravó la crisis.**

de sufragar para la mayor parte de consumidores. Los adictos recurrieron al arsenal farmacológico del mercado clandestino con la intención de comprar las drogas que les eran negadas por vía formal. La precariedad de las

condiciones de abastecimiento comportó que ante la falta temporal de fentanilo y/o oxicodona, algunos optaran por administrarse heroína o metadona (Compton, Jones y Baldwin, 2016). Las medidas de control para evitar el abuso pusieron demasiado énfasis en la seguridad mientras que la protección de la salud

pública caía en el olvido. La lógica del control en ningún caso consiguió los objetivos perseguidos. Todo lo contrario. La situación empeoró hasta cuotas infames: creció el número de sobredosis, se acentuó la vulnerabilidad de los adictos, se perpetuó la criminalización de los enfermos, las redes criminales se vieron reforzadas, etc. Mientras las estrategias centradas en la seguridad sean la respuesta, la crisis norteamericana de opioides difícilmente remitirá.

### **PARALELISMOS Y DIFERENCIAS ENTRE LA REALIDAD NORTEAMERICANA Y LA ESPAÑOLA**

Si analizamos la genealogía de la crisis norteamericana de opioides vislumbraremos la compleja imbricación de un largo repertorio de factores responsables del escenario actual. A continuación, presentamos la naturaleza de cada uno de estos, con la voluntad de comparar las semejanzas y diferencias con la realidad española. La finalidad última de este ejercicio es dilucidar cómo evolucionará la situación de los medicamentos opioides en nuestro país para concluir hasta qué punto viviremos una crisis como la norteamericana. Veamos.

- **Estructura del sistema nacional de salud.** La gran **diferencia entre la realidad española y la norteamericana yace en su sistema nacional de salud.** En España la sanidad es universal mientras que en Estados Unidos es eminentemente privada y está estructurada a partir de un complejo sistema de mutuas dependientes de los seguros laborales. Las otras diferencias, menos las de orden sociocultural, que abordaremos a continuación son subsidiarias del modelo de cobertura sanitaria.
- **Prescripción.** En Estados Unidos, durante los noventa, pero muy especialmente durante la primera década del siglo XXI, **la buena prensa de los fármacos opioides para combatir diferentes tipos de dolencias, especialmente dolores crónicos no oncológicos, provocó una prescripción desahogada.** En 2006 la tasa de prescripción por cada cien habitantes fue de 72,4. El máximo histórico se dio en 2012 con 81,3. Desde entonces ha descendido hasta situarse en 2017 en 58,5. A pesar del des-

censo epidemiológico, la cantidad de opioides en Equivalentes de miligramos de Morfina (MME)<sup>1</sup> recetados por persona triplica la cifra de 1999. **En España**, la prescripción de opioides también ha crecido, **pero con unos índices muy inferiores a los norteamericanos**. En consecuencia, los problemas derivados de la sobre prescripción en Estados Unidos en nada son comparables con la realidad española. Creemos que nuestro país nunca experimentará unos problemas tan severos porque los mecanismos de control (evitar la cronificación, seguimiento del paciente, cribaje de pacientes con potencial adictivo, prescripción adecuada, etc.) implementados en el último año para evitar la prescripción inadecuada limitarán el abuso de opioides.

- **Percepción profesional de los opioides.** La gran mayoría de galenos norteamericanos manejaron durante lustros una opinión notablemente positiva de los opioides. Los consideraban seguros y eficaces para dar respuesta a un amplio abanico de dolencias, con efectos secundarios poco reseñables, aunque la evidencia científica no fuese concluyente o contradictoria. Con el viento de cola a favor, rápido se alcanzaron unos índices terribles tanto de sobre prescripción como de abuso. En este caso, y otra vez más a lo largo de la historia de la ciencia, la práctica médica quedó supeditada a un estado de opinión y en ningún caso regida por la evidencia científica.

**En los últimos años se ha desvirtuado la imagen inocua de los opioides.** Manejar una percepción más ajustada a la realidad de sus beneficios y riesgos permitirá revocar su uso desahogado, y por extensión las consecuencias negativas como la adicción. En este sentido, **en la España de 2019 la percepción de riesgo de los profesionales médicos es extremadamente elevada**. La gran mayoría de ellos reservan los opioides para los casos justificados. Aún queda margen de trabajo terapéutico para evitar su uso en los tratamientos de dolor crónico no oncológico. A pesar de las controversias actuales en la clínica española, los

---

<sup>1</sup> «La MME es una forma de calcular la cantidad total de opioides, teniendo en cuenta las diferencias en el tipo y la fuerza del fármaco opioide» (CDC, 2018a).

profesionales saben bien qué implicó su uso compulsivo en Norteamérica y velan por que en ningún caso se reproduzca en España.

- **El papel de la industria farmacéutica.** Ha quedado acreditado el papel activo de las farmacéuticas para estimular la sobre prescripción de opioides. El control sobre la industria es substancialmente diferente entre España y Estados Unidos. **En España, solo pueden comercializarse los fármacos autorizados por la AEMPS después de acreditar niveles robustos de calidad, eficacia y seguridad en todas las fases de los ensayos clínicos. Las exigencias de la AEMPS correlacionan directamente con la necesidad de ajustar el gasto de la Seguridad Social.** Lógico. El Estado trabaja para ahorrarse cualquier dispendio en medicamentos inoperantes y/o inseguros. Como en Estados Unidos aplica el mantra del capitalismo ultraliberal de que las administraciones deben abstenerse de interferir en el mercado, las autoridades disponen de mecanismos laxos y de baja exigencia para controlar con garantías la industria farmacéutica. Los medicamentos llegan a los anaqueles de las farmacias después de mostrar cierta efectividad en un proceso de acreditación notablemente más indulgente que el español. Este modelo también considera la libertad individual como un derecho inalienable, por tanto, rechaza cualquier intromisión del Estado en la gestión de la propia vida. Tal conceptualización del ciudadano impide implementar estrategias de protección comunitaria y, en consecuencia, quienes no disponen de herramientas individuales para auto cuidarse, normalmente colectivos vulnerables, quedan sobreexpuestos a multitud de riesgos, entre ellos los de los opioides. Como es de esperar, su integridad física y su salud se ven claramente afectadas. Este modelo individualista obliga a los sujetos a contratar seguros privados si quieren disponer de cobertura sanitaria y costearse íntegramente el precio de los medicamentos.
- **Publicidad.** La capacidad de la industria farmacéutica para publicitarse representa otro aspecto diferencial. **La regulación española prohíbe tajantemente la publicidad de fármacos financiados por el sistema nacional de salud.** Únicamente permite los anuncios de las medicinas indicadas para mitigar enfermedades y dolencias de escasa gravedad que pueden comprarse sin receta médica porque en ningún caso están cu-

biertas por la Seguridad Social. En cambio, en Estados Unidos, **la legislación es bastante laxa e incluso contradictoria entre estados**. La industria farmacéutica aprovechó esta situación para articular estrategias de márketing con el objetivo de estimular las ventas de opioides como la oxycodona o la hidrocodona. No disponemos de datos suficientes para evaluar el nivel de responsabilidad de la publicidad en la crisis, pero bien sabemos que esta posibilita opiniones amables y acciones de deseo hacia los productos promocionados. En este sentido, es lógico pensar que la publicidad catalizó el uso desaforado de opioides. La prohibición española funciona de mecanismo de protección, y mientras continúe vigente aminoraremos la posibilidad de experimentar una crisis.

- **Cultura del fármaco.** La representación social de los fármacos en España remite a salud, apoyo médico, asesoría farmacéutica y dispensación exclusiva en farmacias. En Estados Unidos los medicamentos presentan escasas diferencias respecto a cualquier otro producto de consumo, como así lo atestigua su venta en los supermercados. Es más, algunos estados permiten la venta de preparados con oxycodona en los mismos estantes que la aspirina, el ibuprofeno o los complementos vitamínicos. Los pacientes que los conceptualizan como cualquier producto de consumo tienden a banalizar su uso. La venta libre posibilita la automedicación e impide que los farmacéuticos funcionen de mecanismo de protección cuando ofrecen consejo y/o niegan el fármaco porque consideran que se destinará a un uso indebido. **En nuestro país disponemos de dos factores que nos protegen de cualquier crisis: el despacho exclusivo en oficinas de farmacia y la representación social que conceptualiza los fármacos de manera particular.**
- **Relación médico-paciente.** Tal vez esta es la diferencia más *sui generis* para entender por qué Estados Unidos ha declarado una emergencia nacional por culpa de los opioides y España vive una situación más manejable. En nuestro país, el paciente es una persona con dolencias que acude a su facultativo para subsanarlas. El médico propone una pauta terapéutica que el doliente atiende sin grandes reticencias. Si estas se producen, existe un sano diálogo que permite alcanzar la situación más idónea para el paciente, pero el médico nunca claudica ante exigencias ni propondrá terapias que considera ineficaces o contraproducentes. En

cambio, **en Estados Unidos, debido a su modelo sanitario el paciente se convierte en cliente.** El galeno se encuentra en un brete cuando un paciente-cliente le exige la prescripción de ciertos fármacos que según su parecer no son los más adecuados. Ante esta tesitura deberá resolver entre sucumbir a las demandas o perder un cliente. Una parte importante de los médicos americanos opta por la primera opción porque sabe que, si no es él, otro médico satisfará las peticiones. **En España, mientras la estructura del Sistema Nacional de Salud se mantenga estable estaremos protegidos del escenario en que la salud se convierta en producto de consumo, el paciente en un cliente y el médico en un mayordomo obligado a satisfacer las exigencias de los pacientes-clientes.**

- **Evaluación informal de la práctica médica.** En Estados Unidos la principal fuente de evaluación es la propia clientela. La crisis de los opioides provocó que parte de los pacientes conceptualizase como «buenos médicos» aquellos galenos que prescribían el fármaco sin demasiadas preguntas, y como «malos» a los que se negaban a recetarlos. Sistema de evaluación totalmente perjudicial para la salud de los pacientes y la salud colectiva. **En el Sistema Nacional de Salud español existe un mecanismo de control informal entre profesionales que impide, o al menos dificulta, las malas prácticas.** Saber que otros médicos pueden acceder a la historia clínica de los pacientes y conocer qué y cómo receta un médico determinado funciona como estrategia de auto vigilancia. Ningún médico quiere construirse la fama de descuidado porque receta banalmente opioides o por cualquier otra razón. Por tanto, **la ética y la calidad profesional están por encima de intereses particulares como presiones de la industria farmacéutica o de las exigencias de pacientes.**
- **La receta electrónica como mecanismo de control formal.** **La receta electrónica impide que los pacientes empiecen una peregrinación por las diferentes consultas médicas en busca de más fármacos opioides.** Si un paciente tiene prescrita una pauta terapéutica nunca podrá conseguir más fármacos a través de la sanidad pública porque el sistema informático advertirá que ese paciente ya toma opioides. Esta tecnología impide los abusos. Un control que es del todo imposible

en Estados Unidos porque no existe ningún tipo de registro centralizado que permita conocer la historia clínica de los usuarios. Por tanto, cualquier persona puede disponer de una cantidad ingente de opioides después de visitar distintos médicos.

**En España, el único interrogante que encontramos procede de la medicina privada.** Esta aún emplea el talonario de recetas de estupeficientes. A pesar de que los colegios de médicos controlan su expedición, como las consultas privadas no tienen acceso a la base de datos del sistema nacional de salud algún paciente puede sisar fármacos a través de las dos vías. Es posible, aunque no hemos detectado ningún abuso en este sentido, y si se produjese sería extremadamente minoritario.

- **Sobredosis.** En el capítulo tres hemos deslindado el número de sobredosis por opioides en Estados Unidos y España. **La cifra no es comparable. En 2017, en Estados Unidos se produjeron 29.406 muertes (90 por millón de habitantes) por sobredosis de opioides sintéticos (principalmente fentanilo), 15.958 por heroína y 3.295 por metadona (CDC, 2018b). En 2015, en España se detectaron metabolitos en 335 muertes por reacción aguda por drogas (7 por millón de habitantes).** Este abismo es un claro indicador que la naturaleza de los consumos de opioides y de los problemas asociados no admiten comparación posible.
- **Trasvase de consumidores de los fármacos opioides a la heroína.** En Estados Unidos las limitaciones para acceder a los fármacos opioides, ya sea por cuestiones económicas o por el mayor control, provocó que un número nada desdeñable de usuarios empezase a consumir heroína. El CDC (2018b) estima que el 75% de los heroinómanos antes de emplear heroína habían consumido analgésicos opioides. **En España, esta situación es materialmente imposible mientras no cambie el sistema de prescripción de fármacos opioides.** Y tampoco en un sentido contrario, es decir, que los heroinómanos empiecen a consumir fármacos opioides como alternativa a la heroína. En nuestro trabajo de campo, la gran mayoría de ellos desconocían la existencia de analgésicos opioides y, en general, percibimos poco interés para incorporarlos en su acervo farmacológico.

- **Fentanilo.** El volumen de prescripción de fármacos de fentanilo (o análogos) y su presencia como adulterante no es comprobante. **El fentanilo es el mayor responsable de las sobredosis mortales en Estados Unidos** (Frank, *et al.*, 2015), **mientras que en España los problemas asociados al fentanilo aún son anecdóticos.** Debemos estar atentos a la evolución de sus consumos porque, tal como hemos señalado, **el fentanilo es la sustancia que más problemas puede provocar.**
- **Representaciones sociales sobre los opioides.** **En el capítulo seis** hemos expuesto la función de la representación social como **mecanismo de protección. En cambio, como la representación social del fentanilo y la oxicodona es neutra, el mecanismo de seguridad es más débil.** En Estados Unidos, los jóvenes afroamericanos dominan una representación social que les recuerda los estragos del crack y la heroína en sus comunidades durante los ochenta y noventa. Este mecanismo de protección ayuda a explicar por qué solo una minoría de estos se ha incorporado al consumo de opioides. Los colectivos alejados de los problemas de las drogas de décadas pasadas, como la clase media blanca empobrecida, no disponen de tal representación que les funcione de mecanismo de protección, por eso ha sido más fácil que los opioides hicieran estragos en estos colectivos.
- **Malestares existenciales.** El desclase de las clases medias blancas, con el consecuente empobrecimiento, más allá de catalizar la victoria contra pronóstico de Trump, ha provocado males existenciales que han sido aplacados mediante fármacos opioides y heroína. **En España, a pesar de los estragos de la crisis socioeconómica, el número de consumidores de opioides se ha mantenido estable y en ningún caso ha precipitado los inicios de personas ajenas a los opioides.**

A la vista de las similitudes y diferencias entre la realidad norteamericana y la española podemos concluir que España está protegida de cualquier crisis inminente de opioides. Debemos atender a las tendencias del empleo de estos fármacos, especialmente de fentanilo. España dispone de mecanismos de control suficientes para garantizar una dispensación sensata de opioides que imposibilita padecer un escenario mínimamente comparable al de los Estados Unidos.



## 8. CONCLUSIONES

España no sufre ningún repunte de heroína. Tampoco sufrirá una crisis sanitaria de opioides comparable a la norteamericana. Todos los indicadores relativos al consumo de heroína descartan cualquier repunte. Se mantienen estables o tienden a la baja las prevalencias de consumo, las urgencias hospitalarias por reacción aguda, la mortalidad, las demandas de tratamiento, las sanciones administrativas por tenencia o consumo en vía pública y las detenciones por venta al por menor. Algunos de estos indicadores hacen referencia a 2015 o 2016, aunque a través del trabajo de campo y documentos complementarios podemos afirmar que la tendencia es semejante en los años que siguen.

**No disponemos de ninguna evidencia solvente que nos permita afirmar que las prevalencias de consumo, ni los otros indicadores, vayan a aumentar en los próximos años.** En consecuencia, **España está lejos de vivir un repunte de heroína o de cualquier otra situación problemática producto del abuso de opioides.** Además, la heroína no «puede volver» porque nunca se fue, permanecía invisible a los ojos de la opinión pública, pero presente en contextos marginales.

España en el ámbito de los opioides se enfrenta a múltiples retos sociosanitarios. Los escenarios que requieren de atención y respuestas sociopolíticas son cinco: tendencias del fentanilo, la situación de la población consumidora, el miedo al supuesto repunte, el escenario de los fármacos opioides y el fenómeno de los «narcopisos».

**Tendencias del fentanilo.** El primero, y potencialmente más problemático, la presencia de fentanilo (y análogos) en el acervo farmacológico de pacientes y consumidores de sustancias fiscalizadas. El fentanilo y sus análogos representan un riesgo por tres motivos:

- Su uso como fármaco opioide ha aumentado en los últimos diez años.
- Algunos consumidores lo están incorporando tímidamente como droga recreativa.
- Los organismos de control han detectado la presencia de análogos del fentanilo como adulterantes de algunas muestras de heroína.

El fentanilo, por su potencia, es altamente adictivo. Su escaso margen de seguridad provoca que el riesgo de sobredosis sea altísimo. En España, su consumo como fármaco se desvincula de los problemas de Estados Unidos, pero los sistemas de notificación reportan casos, aunque anecdóticos, de adicción. Si su prescripción continúa al alza y los profesionales sanitarios y los pacientes banalizan su uso, a medio plazo podrían aumentar los casos de adicción, a pesar de que los diferentes mecanismos de protección que operan sobre la sociedad española dificultarán que esto suceda.

En relación con los consumos recreativos, sólo una minoría iniciada emplea el fentanilo. La hipotética difusión entre personas sin experiencia ni consciencia de sus riesgos comportará, muy probablemente, muertes por sobredosis. En la actualidad, los consumidores recreativos no están excesivamente interesados en el fentanilo o análogos, pero la tendencia podría cambiar si se modifican las representaciones sociales asociadas a su uso.

Los análogos del fentanilo como adulterantes de otras drogas representan el escenario más incierto. Desde 2015 el SEAT ha detectado siete muestras de heroína adulterada con análogos del fentanilo compradas en la *deep web*. No tenemos constancia de desenlaces fatales. En nuestro entorno europeo la realidad es más preocupante, aunque lejos de las 29.406 muertes por fentanilo o análogos producidas el 2017 en Estados Unidos. El EMCDDA ha detectado multitud de análogos en casi todos los países europeos. Por ejemplo, en el Reino Unido se atribuyeron setenta y cinco muertes por análogos del fentanilo a lo largo de 2017. Debido a las dinámicas de los mercados globales, los consumidores españoles se exponen a utilizar sustancias procedentes de lotes adulterados. Si es así, las troléas asociadas podrían adquirir expresiones desconocidas hasta la fecha.

**La situación de la población consumidora.** El perfil mayoritario de la persona que emplea heroína corresponde al de heroinómano de largo recorrido con una carrera adictiva superior a los veinticinco años, con diferentes intentonas para abandonarla, una salud precaria (la mayoría infectados de VIH/SIDA) y en situación de exclusión social. Más que heroinómanos son policonsumidores porque también emplean benzodiazepinas, metadona, cannabis y cocaína. Esta última es la protagonista de los consumos de una parte importante de ellos.

En España hay cincuenta mil heroinómanos/as de largo recorrido, que producto de la imbricación de su adicción con el inexorable proceso de envejecimiento precisan de atención sociosanitaria particular. En la actualidad su proceso terapéutico está enrocado. La mayoría participa en un programa de mantenimiento con metadona que compagina con consumos de heroína y cocaína, alternancia en los consumos que les imposibilita abandonar el estilo de vida marginal e insertarse sociolaboralmente. Las estrategias de reducción del daño amortiguan su precariedad existencial pero únicamente la innovación en los tratamientos farmacológicos permitirá desenmarañar su policonsumo. La calidad de vida y el bienestar personal podrían mejorar gracias tanto a los programas de mantenimiento con heroína terapéutica como a iniciativas de atención sociosanitaria que los acompañasen en el envejecimiento. La situación es más compleja para las mujeres policonsumidoras porque no disponemos de recursos asistenciales desvinculados de la lógica masculina. Solo las estrategias que tengan en cuenta sus necesidades podrán atenderlas con eficacia.

En relación con la demanda, los medios de comunicación han afirmado, y en nuestro trabajo de campo lo han constatado algunos profesionales, que en la actualidad existe un repunte de heroína porque hay más consumidores de heroína. Esto no es así. No hay más consumidores en un sentido cuantitativo, sino que por procesos de reestructuración de la oferta y por la movilidad de la demanda, actualmente visibilizamos más a los heroinómanos. En los últimos dos años, a los heroinómanos en activo se les han sumado dos colectivos de (ex) heroinómanos de largo recorrido que permanecían ocultos: heroinómanos excarcelados y exheroinómanos que han recaído. Dos grupos de usuarios que han vuelto a los contextos de consumo y a frecuentar los recursos asistenciales de drogodependencias.

El mayor número de consumidores entronca con el desplazamiento de una parte de la oferta a los centros históricos de las ciudades. Ambas situaciones implican que la opinión pública visibilice a consumidores que durante dos décadas habían permanecido escondidos en los poblados chabolistas, el extrarradio urbano, las comunidades terapéuticas y las cárceles. La mayor visibilidad provoca en algunos profesionales una sinécdoque, es decir, consideran que la realidad en España corresponde a la porción de territorio que ellos conocen. En este sentido, al ver más consumidores, aunque correspondan a «viejos perfiles», sienten que el repunte de heroína es una realidad tangible e innegable.

Algunos expertos creen que el repunte está protagonizado por jóvenes menores de treinta y cinco años que fuman la sustancia en vez de inyectársela. Estos, como no vivieron los «años de la heroína» desconocen los efectos perversos de su uso y le «han perdido el miedo». Es recurrente considerar que los nuevos consumidores se enganchan a la heroína cuando la emplean para mitigar los efectos estimulantes de la cocaína o las anfetaminas. Únicamente una minoría marginal la emplea con estos propósitos. En el caso de utilizar alguna sustancia recurren a las benzodiacepinas o a los relajantes musculares.

El número de jóvenes que se incorporan a los consumos de heroína corresponde al goteo constante que se ha dado en los últimos veinte años, sin mayor novedad. No hay nuevos consumidores procedentes de los consumos recreativos socializados en contextos de normalidad social. La inmensa mayoría de heroínómanos jóvenes han crecido en contextos de marginalidad, con una estructura familiar endeble e incluso caótica. Para la mayoría de estos, consumir heroína no supone vulnerar ninguna barrera simbólica porque esta sustancia les es relativamente conocida. En algunos porque algún familiar fue o es heroínómano. En otros porque en su barrio siempre ha estado presente la compraventa de heroína.

En España detectamos diferentes poblaciones, más o menos ocultas, que también emplean la heroína, opio u otros opioides. Estos son: *ravers-travellers*, *postconsumistas*, *alternativos*, *extranjeros* y «*fármacoturistas*». Destacar que nuestro país, por diferentes motivos, acoge multitud de heroínómanos extranjeros, ya sean residentes o personas que pasan el verano. Estos son reacios a contactar con los recursos asistenciales por miedo a sufrir problemas legales. Su reactividad a la lógica institucional se traduce en un aumento de demanda de metadona en el mercado negro, cuando en años anteriores era totalmente anecdótica.

**El miedo al supuesto repunte: el riesgo de que la profecía se cumpla.** Si no existe ninguna evidencia solvente que demuestre el repunte de heroína ¿por qué algunos profesionales muestran un total convencimiento de que es una realidad? Concluimos que están tan convencidos porque el miedo de volver a experimentar las emociones funestas propias de la «crisis de la heroína» coloniza su estado de opinión. El miedo al regreso tal vez no sea explícito en su

relato, pero su discurso nos evidencia su latencia porque impregna continuamente sus afirmaciones. Esta aprensión de corte netamente emocional es inconsciente e intolerable discursivamente, por eso emplean «evidencias» tangibles, como el aumento del número de consumidores, la mayor oferta o la pérdida de la representación social peyorativa de la heroína. Tales «evidencias» se desvinculan de cualquier coincidencia con la actual realidad española, pero a cualquier profesional, periodista o ciudadano es lógico que le cueste refutarlas porque su sistema emocional les apunta que el repunte existe. Y, más difícil será que lo nieguen cuando creen que este se producirá.

Los antecedentes de la «crisis de la heroína» provocan que tanto los profesionales como la opinión pública activen todas las alarmas ante el hipotético regreso de la heroína. Según su parecer es preferible amplificar los discursos alarmistas que minimizar una situación que puede volvernos a la casilla de principios de los ochenta. En el caso que las prevalencias de heroína alcanzasen las cifras de los años de más consumo de los ochenta, las consecuencias que provocarían también serían distintas: el contexto ha cambiado por lo que las hipotéticas consecuencias adquirirían otras formas. En este sentido, difícilmente volverá a aparecer una enfermedad tan mortal como lo fue el SIDA. La red de drogodependencias pública podrá dar respuestas de calidad a cualquier demanda sin que los usuarios deambulen por sectas, comunas o clínicas de moral distraída, ya que disponemos de programas de mantenimiento de metadona y el actual modelo del sistema nacional de salud funciona como mecanismo de protección.

En el caso del supuesto repunte, encontramos diferentes indicios que pueden provocar que la profecía, de tanto enunciarla, al final se cumpla. Recordemos que la «crisis de los ochenta» fue anunciada con anterioridad por la prensa antes de que fuese una realidad. Para que se cumpla una parte de la población debe concebir la realidad tal como la profecía la enuncia, sin importar que ninguna evidencia empírica fehaciente la avale. En el caso de la heroína, hemos constatado que una parte de la opinión pública da por cierto el repunte. A pesar de esto, múltiples mecanismos de protección operan sobre la sociedad española para que la profecía nunca se materialice.

**El escenario de los fármacos opioides.** En relación a los fármacos opioides, los españoles han pasado de emplear 7,25 DHD en 2008 a 13,31 DHD en

2015. Un aumento del 83,59% en cuestión de siete años. La familia de opioides más consumida es la de «otros opioides (tramadol y tapentadol)» seguida de los «derivados de la fenilpiperidina» (fentanilo). La percepción de seguridad y eficacia asociada a los opioides posibilita su banalización. Su empleo fútil se traduce en malos usos y sobre prescripción. El riesgo de adicción a opioides, especialmente a las presentaciones de fentanilo de liberación inmediata, representa un reto para la sanidad española. A tenor de una situación percibida como de precisis, diferentes organismos autorizados han puesto en práctica mecanismos de control para garantizar la adecuada dispensación. Si estas estrategias son eficaces, aunque aumente el número de pacientes se reducirán los efectos secundarios indeseados como la adicción. El actual escenario de los usos opioides es producto de la imbricación de múltiples factores. A destacar:

- Los nuevos opioides se han desvinculado de la «opiofobia». La morfina, al estar connotada negativamente, se reservaba para paliar enfermedades terminales. La generación actual de opioides está asociada a una imagen neutra, con el consecuente riesgo de banalización.
- La receta electrónica se desvincula de la imagen estigmatizante de la antigua receta de estupefacientes.
- En la última década la AEMPS ha autorizado un número importante de fármacos opioides, con la consecuente diversificación de la oferta.
- El impacto de los discursos consumistas sobre el «yo» y sobre el sistema de valores. Los valores hegemónicos en la actualidad persiguen el bienestar y el hedonismo. La oferta de opioides puede estimular su consumo en aquellas personas que quieran mejorar a toda costa su calidad de vida.
- La necesidad de reducir la prescripción de fármacos AINES en pacientes crónicos no oncológicos catalizó el uso de opioides sin reparar en el potencial adictivo de estos.

La demanda de tratamiento por adicción a medicamentos opioides es muy minoritaria. Cuarenta y tres casos en 2015 y cincuenta y seis en 2016. El número

puede crecer tenuemente, pero descartamos que los usuarios de fármacos opioides recurran al mercado negro para abastecerse de heroína u otras sustancias, como así se dio en Estados Unidos. En nuestro país estamos protegidos de cualquier crisis de opioides por diferentes motivos, a destacar: la estructura del sistema nacional de salud, la sanidad universal impide que los médicos tengan intereses particulares, los pacientes no son clientes, el lobby de la industria farmacéutica está controlado, la publicidad de fármacos opioides está prohibida y tanto el control social informal entre médicos como la receta electrónica impiden el acopio de opioides.

**La oferta y los «narcopisos».** En relación con el narcotráfico, en 2017 España alcanzó los 524 kilos de heroína decomisada, la cifra más alta de los últimos lustros. Este aumento es producto de las nuevas rutas de distribución. Los expertos habían considerado que el volumen de decomisos podía correlacionar, hasta cierto punto, con la demanda porque asumían que España era el destino final de la heroína procedente de Asia Central que llegaba a través de la ruta terrestre de los Balcanes. Este itinerario ha quedado marginado a un discreto segundo plano. «La crisis de los refugiados» implicó el blindaje de las fronteras de Serbia, Hungría o Macedonia y un férreo control fronterizo en Grecia, Albania, Croacia o Eslovenia. Los comerciantes han encontrado en la vía marítima del Mediterráneo occidental la alternativa a la ruta balcánica para transportar heroína desde Turquía. Los puertos españoles, concretamente Valencia, Algeciras y Barcelona, se convierten en la puerta de entrada de la heroína para abastecer los mercados europeos. Esta situación es producto del efecto globo: cuando la presión policial o militar aumenta sobre el tráfico de drogas, esta no consigue eliminarlo, sino que sencillamente lo desplaza.

Más allá de este movimiento, el aumento de los decomisos en los puertos españoles nos genera la duda de si se deben exclusivamente al abandono de la ruta balcánica o estamos ante la aparición de nuevos actores en el mercado europeo de la heroína, como por ejemplo los cárteles colombianos y mexicanos, como así lo atestigua alguna noticia periodística. Si hasta el momento la cocaína era el único producto importado desde América Latina, cabe la posibilidad que ahora también introduzcan heroína a Europa vía España. La presencia de más actores en el sector del narcotráfico difícilmente correlacionará con la mayor demanda, pero puede propiciar episodios de violencia. Debemos estar atentos

a cómo evoluciona la implementación de nuevas bandas criminales en nuestro país.

En relación con la oferta de opioides en la web profunda, a pesar de las continuas referencias, la inmensa mayoría de consumidores nunca se han abastecido en la *darknet*. Algunos han escuchado alguna referencia, pero existe una gran brecha entre conocer su existencia y comprar en ella. La *deep web* ofrece todo tipo de drogas, también las diferentes presentaciones de heroína y múltiples tipos de fármacos opioides. En este sentido, cuanto más hablemos de la *deep web*, mayor es la posibilidad que personas neófitas conozcan de su existencia y empiecen a comprar en ella, con los consecuentes riesgos asociados.

La aparición de «narcopisos» se ha conceptualizado mediáticamente como la evidencia irrefutable de que el repunte de heroína es una realidad. Es habitual que los periodistas en la presentación de los sucesos empleen una relación causal bidireccional. Dan a entender que la mayor demanda, ergo el repunte, estimula la aparición de «narcopisos», a la vez que estos incitan la demanda de heroína y por extensión su consumo crece a marchas forzadas. Explicar la presencia de «narcopisos» a partir de las dinámicas entre oferta y demanda resulta totalmente parcial y reduce la complejidad del fenómeno, como si se tratara exclusivamente de un escenario producto del «mundo de las drogas».

Los «narcopisos» no son una «cuestión de drogas», son producto de las dinámicas financieras en el ámbito del urbanismo de las ciudades globales que, según Sassen (2015), comportan la expulsión de las poblaciones sobrantes de un territorio determinado. Los «narcopisos» no son causa ni consecuencia de nada relacionado con las drogas en general, ni del repunte de heroína en particular, son un síntoma de los cambios en el paisaje urbano que se están produciendo en las ciudades globales españolas (Madrid y Barcelona). Los «narcopisos» son una consecuencia no prevista del nuevo modelo urbanístico que tal como vaya consolidándose provocará su desaparición. Ante esta situación, las personas que venden drogas han aprovechado la oportunidad de ocupar pisos vacíos propiedad de «fondos buitres».

El conflicto urbano de la vivienda es el responsable de la aparición de los «narcopisos». Los vecinos, ante un nuevo elemento que degrada la convivencia cívica y estimula su expulsión del barrio, se organizan para denunciar los puntos de venta de droga. Las reacciones contra los «narcopisos» son producto de la mayor visibilidad tanto de la oferta como de la demanda. Inquietud que en el

plano emocional se traduce en mayor angustia, porque si la heroína ha vuelto, también se da por hecho que regresarán las consecuencias funestas de los ochenta. La denuncia sobre un fenómeno tan particular como los «narcopisos» ha recibido la atención mediática. Algunos medios de comunicación han transmitido un mensaje de alarma que solo contribuye a la estigmatización tanto de los usuarios como de los barrios. El trabajo de campo nos permite afirmar que ni ha aumentado la demanda de drogas ni existe un número mayor de puntos de venta, más allá de lógicas oscilaciones inherentes a un fenómeno tan dinámico y cambiante como el consumo de drogas.

En definitiva, en España, ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana. Los jóvenes alejados del mundo de la heroína nunca se sentirán atraídos por esta mientras permanezca en la memoria colectiva la representación social que asocia la sustancia con adicción y muerte. Además, el acervo psicoactivo disponible en el mercado español ofrece multitud de sustancias. Mientras esto continúe así, nada precipitará a los jóvenes a buscar los efectos heroínicos. En el ámbito de los opioides, el sistema nacional de salud y todas las implicaciones que emanan de él funcionan como mecanismo de protección de cualquier hipotética crisis. Y, en el caso que los diferentes opioides empiecen a provocar problemas, España dispone de una red asistencial de calidad que amortiguaría de manera rápida y eficaz los estragos del nuevo escenario.



## 9. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS Y PREVENTIVAS

A continuación, presentamos un conjunto de recomendaciones estratégicas orientadas a la prevención de escenarios indeseables. La voluntad es proponer herramientas conceptuales y prácticas para blindar la sociedad española de los problemas asociados a los consumos de heroína y otros opioides. La complejidad de aplicarlas varía substancialmente en cada una de las recomendaciones. Algunas se tratan de cuestiones meramente técnicas, mientras que otras requieren de notables esfuerzos políticos y unas terceras dependen en gran medida de la evolución del conjunto de la sociedad. Por tanto, debemos entender las recomendaciones como un ejercicio obligatorio en una investigación empírica orientada a la práctica. Estas recomendaciones representan el producto más genuino y aplicado de los resultados y conclusiones de las investigaciones. Veamos.

### PRESCRIPCIÓN Y USO DE FÁRMACOS OPIOIDES

- **Mantener la estructura del Sistema Nacional de Salud.** La actual organización del Sistema Nacional de Salud representa el gran mecanismo de protección de los pacientes de fármacos opioides. Alterar su funcionamiento, especialmente si se potencian relaciones clientelares entre pacientes y médicos, provocaría consecuencias inciertas.
- **Empoderar al paciente.** En la búsqueda de un uso adecuado de medicamentos opioides deben implementarse estrategias que empoderen al paciente. El objetivo es convertirlo en un agente con capacidad crítica para realizar un uso sensato de fármacos y tenga una percepción de riesgo adecuada (sin banalizar ni dramatizar).
- **Velar por la correcta prescripción de fármacos opioides.** Continuar trabajando para que los facultativos prescriban los fármacos opioides según su ficha técnica. Los médicos deben recibir la información y formación adecuada para que velen por la correcta prescripción de los opioides, especialmente en los casos de dolor crónico no oncológico.
- **Evitar la restricción repentina de fármacos opioides.** Representaría un error restringir súbitamente los fármacos a los pacientes que hace años que los emplean. Las férreas estrategias de control provocaron en Estados Unidos la fuga de pacientes de las consultas médicas al mercado

negro. El sistema sanitario debe velar por la correcta prescripción pero ejercer un control excesivo sería contraproducente.

- **Catalizar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada.** La coordinación siempre representa un reto en todos los sistemas sociales, también en el sanitario. Potenciar la coordinación entre médicos especialistas y galenos de cabecera permitiría afinar las pautas de prescripción de opioides y disminuir la incidencia de los efectos secundarios.
- **Apoyar a las sociedades científicas, colegios oficiales y otras agrupaciones profesionales.** El trabajo preventivo que realizan en velar por una correcta prescripción debe amplificarse para que su mensaje sea efectivo.
- **Potenciar alternativas terapéuticas.** Algunas dolencias que en la actualidad se mitigan con medicamentos opioides pueden abordarse desde terapias psicológicas científicas con resultados satisfactorios. El acompañamiento del psicólogo en el dolor crónico no oncológico permitiría reducir el uso de opioides, así como mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente.
- **Trabajar para cambiar estilos de vida.** Ciertos procesos de adicción o sobreuso de opioides son producto de estilos de vida sedentarios y cosmovisiones poco saludables. Estimular estilos de vida saludables permitiría evitar la cronificación de los pacientes y en algunos casos abandonar los fármacos.
- **Fomentar la investigación en terapias farmacológicas alternativas a los opioides.**
- **Controlar las recetas privadas.** El control sobre la prescripción de opioides en las consultas privadas corre a cargo de los colegios oficiales de médicos que controlan la correcta prescripción. No tenemos indicios de malas prácticas, pero la medicina privada podría representar un espacio para que algunos pacientes adictos hagan acopio de medicinas.
- **Continuar con la prohibición de la publicidad de los fármacos opioides.**

## ASISTENCIA DE CONSUMIDORES EN ACTIVO

- **Implementar recursos dirigidos exclusivamente a mujeres.**
- **Adecuar los recursos a sus necesidades.** El proceso de envejecimiento de los policonsumidores de largo recorrido representa un reto para la asistencia en drogodependencias. Deben implementarse programas sociosanitarios que aborden las demandas de bienestar de este colectivo. Debe realizarse especial atención a las personas excarceladas y a aquellas que han recaído.
- **Evitar las barreras asistenciales.** La sanidad universal permite eliminar las barreras de acceso a los extranjeros. Deben aplicarse estrategias educativas para que las poblaciones ocultas acudan a los centros asistenciales o de reducción del daño.
- **Potenciar el trabajo de educadores de calle.** El trabajo *in situ* permite el contacto con las poblaciones ocultas y los consumidores reactivos a las instituciones. El trabajo de aproximación permitiría mitigar la situación de exclusión social, diluir las barreras de acceso y recortar la distancia simbólica entre los contextos de consumo y los recursos asistenciales.
- **Evitar en la medida de lo posible la presencia policial en las inmediaciones de los centros de reducción de daño.** La presencia policial puede disuadir a consumidores de visitar las salas de consumo. Todo consumo que se deja de realizar en las salas de venopunción representa un riesgo para la salud colectiva.
- **Favorecer la posesión de naloxona entre los usuarios.** La naloxona es el mejor antídoto para revertir la sobredosis de heroína u otros opioides. Los consumidores deben disponer de ella a demanda de manera fácil y sin barreras. Debe intensificarse la formación sobre la administración de naloxona dirigida a consumidores en activo.
- **Trabajar para reducir el abuso de benzodiacepinas.** Una parte importante de policonsumidores tienen problemas con las benzodiacepinas. Implementar programas de apoyo para reducir el uso permitiría mejorar su calidad de vida.

## ASISTENCIA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS

- **Implementar las alternativas terapéuticas con heroína farmacéutica.** Los consumidores de largo recorrido deben disponer de alternativas terapéuticas cuando ha quedado contrastado su fracaso en los programas de metadona.
- **Buscar alternativas para los pacientes crónicos de metadona.** Algunas personas llevan consumiendo metadona más de veinte años. Estos quieren abandonarla, pero les da miedo «el salto al vacío». Implementar programas de acompañamiento para la deshabitación a la metadona permitiría mejorar su calidad de vida y reducir el número de pacientes en tratamiento.
- **Evitar las cronificaciones.** Debemos repensar los aspectos asistenciales que en ocasiones han provocado la cronificación de los pacientes. La adicción debe entenderse como una enfermedad curable.
- **Potenciar los tratamientos de buprenorfina.** Algunos pacientes quieren empezar tratamiento con buprenorfina pero no siempre les resulta posible. Ofrecer programas de mantenimiento con este opioide que fueran universales y estuvieran disponibles en todo el territorio permitiría mejorar tanto la adherencia de los consumidores a los recursos como su calidad de vida.

## CONTROL DE LA OFERTA

- **Reforzar la vigilancia en los puertos españoles.** Visto el bloqueo de la ruta de los Balcanes, Algeciras, Barcelona y Valencia se han convertido en los puertos predilectos para la mafia turca para introducir heroína en Europa.
- **Controlar la implementación de las organizaciones criminales mexicanas y colombianas.** Algunos indicios apuntan que se han instalado en nuestro país para importar heroína desde Latinoamérica.
- **Potenciar el conocimiento sobre los mercados del fentanilo y análogos.** Debemos mejorar las estrategias de conocimiento, especialmente en la *deep web*, para controlar las tendencias del mercado de fentanilo y análogos y su empleo como adulterante.

## ÁMBITO SOCIOCULTURAL

- **Trabajar para las buenas prácticas periodísticas.** Algunas noticias de prensa han contribuido a generar un estado de alarma innecesario. Implementar grupos de trabajo entre periodistas y expertos permitiría reducir las noticias fundamentadas en el sensacionalismo y el estigma.
- **Mantener la representación social de la heroína.** Debemos continuar manteniendo una representación social de la heroína que evite cualquier contacto, pero a la vez modificarlo levemente para evitar la estigmatización de los usuarios en activo.
- **Construir una representación sensata sobre los fármacos opioides.** Debemos revertir la banalización de los fármacos opioides, pero sin caer en alarmismos. La sociedad debe dominar una representación social adecuada que permita entender los opioides desde la sensatez.
- **Invertir en estrategias de investigación de las tendencias de opioides.** La investigación sociocultural es la mejor estrategia para evitar cualquier situación indeseable derivada de los opioides.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adán, Elena y Pep Cura (2013). «[La reducción de riesgos entre los inyectores de drogas](#)», en David Pere Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 209-218.
- AEMPS (2014). [Uso de benzodiacepinas en España 1992-2006](#), Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.
- Brauser, Deborah (2017). [1980 NEJM Letter the Genesis of the Opioid Crisis?](#) *Medscape*, Jun 06. Online.
- Borràs, Tre y Joan Trujols (2013). «[La reducción de riesgos en el ámbito asistencial](#)», en David Pere Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 219-238.
- Carnwath, Tom y Smith, Ian (2006). *El siglo de la heroína*, Melusina, Barcelona.
- CDC. Centres for Disease Control and Prevention. (2015). *Today's heroin epidemic: More people at risk, multiple drugs abused*. CDC vital signs. CDC, Atlanta. [Online](#)
- CDC. Centres for Disease Control and Prevention (2018a). *Analysing Prescription Data and Morphine Milligram Equivalents (MME)*. [Online](#)
- CDC. Centres for Disease Control and Prevention, (2018b). *Opioid Overdose, Fentanyl*. [Online](#)
- Ciccarone, Daniel (2017), [Fentanyl in the US heroin supply: a rapidly changing risk environment](#). *International Journal of Drug Policy*, 46, August, pp. 107-111.
- Ciccarone, Daniel, Ondocsin, J., y Mars, S.G. (2017). [Heroin uncertainties: Exploring users' perceptions of fentanyl-adulterated and -substituted heroin?](#). *International Journal of Drug Policy*. 46, pp. 146–155.

- Clark, A.K., Wilder, C.M., y Winstanley, E.L. (2014). [A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs.](#) *Journal of Addiction Medicine*, 8, pp. 153–163.
- Clua, Rafael (2016). [Apúntame a la sala. Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona.](#) Tesis Doctoral. Departamento de Antropología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- (2018). [Los estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona.](#) *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 18 (2), pp. 79-89.
- Clua, Rafael; Bañuls. E.; Imbernón, M. y Jiménez R. (2019). Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión. *Revista española de salud penitenciaria*. 21(1):31-40.
- Compton, W.M., Jones, C.M., y Baldwin, G.T (2016). [Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use.](#) *The New England Journal of Medicine*. 374: 154–163
- Díaz, Aurelio, Joan Pallarés y Mila Barruti (2000). [Primer informe 1999. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil.](#) Institut Genus, Barcelona.
- Doctor X and his Chemical Brothers & Sisters (2018). [Fentanyl and fentanyl analogues. Adulterated heroin samples from cryptomarkets.](#) Energy Control International (ABD), Barcelona.
- Elias, Norbert (2002). *Compromiso y distanciamiento*, Península, Barcelona. Original 1983.
- (2009). *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, Fondo de Cultura Económica, México. Original 1939.
- (2009). *La soledad de los moribundos*, Fondo de Cultura Económica, México. Original 1982.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System* (June 2018), Publications Office of the European Union, Luxemburgo.
- EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018b). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Publications Office of the European Union, Luxemburgo.
- EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Publications Office of the European Union, Luxemburgo.
- Fairbairn, N., Coffin, P.O., y Walley, A.Y. (2017). *Naloxone for heroin, prescription opioid, and illicitly made fentanyl overdoses: Challenges and innovations responding to a dynamic epidemic*. *International Journal of Drug Policy*, 46, pp. 172–179.
- Frank, D., Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Bennett, A., Wendel, T., Jessell, L. *et al.* (2015). High risk and little knowledge: Overdose experiences and knowledge among young adult nonmedical prescription opioid users. *International Journal of Drug Policy*. 26, pp. 84–91.
- Gamella, Juan F. (1997). *Heroína en España (1977-1996)*. *Claves de razón práctica*, 72, pp. 20-30.
- (2008). *La historia de Julián: Memorias de heroína y delincuencia*, Popular, Madrid. Original 1990.
- García Pardo, Gonzalo (2002). *Los años de la aguja: Del compromiso político a la heroína*, Mira, Zaragoza.
- Gergen, Kenneth (1998). La Psicología Social como Historia, *Anthropos*, 177, pp. 39-49. Original 1973.

- Gil Muñoz, Carlos (1970). *Juventud marginada. Un estudio sobre los hippies a su paso por Formentera*, Dopesa, Barcelona.
- Goffman, Erving (2006). *Frame analysis. Los marcos de la experiencia*, CIS, Madrid. Original 1975.
- González Duro, Enrique (1979). *Consumo de drogas en España*, Villar, Madrid.
- Guàrdia, Josep (2018). *Epidemia de sobredosis relacionada con la prescripción de analgésicos opioides en Estados Unidos*. *Adicciones*, 30 (2), pp. 87-92.
- (2017). *Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides*, Sociodrogalcohol, Valencia.
- Guerra Doce, Elisa (2006). *Las drogas en la prehistoria*. Bellaterra, Barcelona.
- Harris, M., Forseth, K., y Rhodes, T. (2015). *It's Russian roulette: Adulteration, adverse effects and drug use transitions during the 2010/2011 United Kingdom heroin shortage*. *International Journal of Drug Policy*. 26, pp. 51–58
- Henderson, G. (1991). *'Fentanyl-related deaths: demographics, circumstances and toxicology in 112 cases'*. *Journal of Forensic Sciences*, 36 (2), pp. 422–433.
- Herrero, Marta (2007). *El paraíso de los escritores ebrios*, Amargord, Madrid.
- Hidalgo, Eduardo (2007). *Heroína*, Amargord, Madrid.
- Ibáñez, Tomás (2001). *Muníciones para disidentes*, GEDISA, Barcelona.
- Instituciones Penitenciarias (2019). *Informe general 2018*, Ministerio del Interior, Madrid.
- Jareño, Joaquín (2012). *Mundo en paralelo*, Biblioteca Nueva, Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jodelet, Denise (2013). La representación social: fenómenos, concepto y teoría, en Serge Moscovi (ed). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Paidós, Barcelona. Original 1985.
- Jordà, Damià (2017). *Vaselina en la lente*, Luhu, Alcoi.
- Junta Andalucía (2017). *Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Secretaría General de Servicios Sociales. Área de Drogodependencias y Adicciones. Memoria 2016*. Junta Andalucía, Sevilla.
- Kolb, L. (1928). *Archives of Neurology and Psychiatry*, 20.
- Latour, Bruno (2005). *Reensamblar lo social*, Manantial, Buenos Aires.
- Leung, P. T. M., Macdonald, E. M., Stanbrook, M. B., Dhalla, I. A. y Jauurlink, D. N. (2017). *A 1980 Letter on the Risk of Opioid Addiction*. *New England Journal of Medicine*, 376, 22.
- Laurie, Peter (1984). *Las drogas*, Alianza, Madrid. Original 1969.
- Llort, Antoniu (2013). «*La organización de los usuarios*», en David Pere Martínez Oro y Joan Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 195-208.
- (2016). «*El pájaro está en el nido... Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción... Una etnografía del consumo de cocaína en Reus*». Tesis doctoral. Universidad Rovira y Virgili, Tarragona.
- Malvido, Pau (2004). *Nosotros los malditos*, Anagrama, Barcelona.
- Manresa, Anna y Daniel Samper (eds.) (2017). *Consens català de dolor crònic no oncològic*. Societat Catalana del Dolor, Barcelona.
- Marlowe, Ann (2002). *Cómo detener el tiempo. La heroína de la A a la Z*, Anagrama, Barcelona.

- Martínez Oró, David Pere (2016). *Del tabú a la normalización. Familias, comunicación y prevención del consumo de drogas*, Bellaterra, Barcelona.
- (2015), *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*, Bellaterra, Barcelona.
- Martínez Oró, David Pere, Joan Pallarés, Josep Espluga, Mila Barruti y Guillermo Canales (2010). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Institut Genus, Barcelona.
- Martínez Oró, David Pere y Xabier Arana (2015). *¿Qué es la normalización en el ámbito de los usos de las drogas?* *Revista Española de Drogodependencias*, 40 (3), pp. 27-42.
- Martínez Oró, David Pere y Fernando Conde (2013). *¿Consumo de drogas o drogas de consumo? La influencia de la Sociedad de Consumo en los consumos de drogas*. En D. P. Martínez Oró, & J. Pallarés, *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* Lleida: Milenio, pp. 39-54.
- Ministerio del Interior (2018). *Informe estadístico del Ministerio del Interior*. Ministerio del Interior, Madrid.
- Moscovici, Serge (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, París.
- Pallarés, Joan (1995). *La dolça punxada de l'escorpió*, Pagès Editors, Lleida.
- (1996). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína en Cataluña*, Milenio, Lleida.
- (2006). *«Oteando el horizonte: nuevas nubes para la normalización»*, *Boletín del Centro de Documentación de Drogodependencias*, 130, pp. 1-2.
- Péterfi, A., Tarján, A., Csaba Horváth, G., s Csesztregi, T., Nyírády, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. *Drug Testing Analysis*, 6, 825–831.

- Péterfi, A., Csorba., J, Figezcki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank., K., Posta. J., Gyarmathy, A., (2018) Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary, *Drug Test Anal*, 10: 357–364.
- Observatorio Español de Drogas (OEDA) (2018). *Informe 2017*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid.
- OCDE (2018). Estadísticas de la OCDE. Indicador del mercado farmacéutico. Bases de datos [online](#).
- Quintana, Pol et al. (2017). *The hidden web and fentanyl problema: detection of oxycodone as an adulterant in heroin*. *International Journal of Drug Policy*, Feb 40, 78-83
- Reuter, Peter (2014). «[La movilidad del tráfico de drogas](#)», en Collins, J. (ed.) *Acabando la Guerra contra las drogas*, LSE ideas, Londres, pp. 34-42.
- Rodríguez, Roberto (2016). *Contra psicología*. Dado, Madrid.
- Romaní, Oriol (1982). *Droga y subcultura: una historia cultural de «baixis» a Barcelona (1969-1980)*, Tesis Doctoral, Edicions Universitat de Barcelona, Barcelona.
- (2004). *Las drogas. Sueños y Razones*, Ariel, Barcelona. Original 1999.
- (2013). «[Reducción de daños y control social. ¿De qué estamos hablando?](#)», en David Pere Martínez Oro y Joan Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 103-116.
- Romaní, Oriol y Enrike Ilundáin (2009). «Profesionales y militantes: el ejercicio de la reducción de daños relacionados con usos de drogas», en Laespada, Teresa y Yraurgi Ioseba (eds.), *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao, pp. 37-47.

- Romani, Oriol; Espinal, Núria y Rovira, Joan-María (1989). *Preses de contacte amb els drogodependents d'alt risc (PCDAR)*. Barcelona: Institut Municipal de Salut.
- Sassen, Saskia (2015). *Expulsiones. Brutalidad y complejidad en la economía global*. Katz, Madrid.
- (2008). *Territorio, autoridad y derechos. De los ensamblajes medievales a los ensamblajes globales*, Katz, Buenos Aires,
- Saviano, Roberto (2014). *CeroCeroCero*, Anagrama, Barcelona.
- SEAT (2018). *Alerta sobre derivados del fentanilo en consumidores de heroína*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- SID. (2019). *Sistema d'informació sobre drogodependències de Catalunya*. Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona.
- Schumann, H., Erickson, T., Thompson, T. M., Zautcke, J. L. y Denton, J. S. (2008). *Fentanyl epidemic in Chicago, Illinois and surrounding Cook County?*. *Clinical Toxicology*, (Philadelphia) 46 (6), pp. 501-506.
- Tarján, A., Dudás, M., Wiessing, L., Horváth, G., Rusvai, E., Tresó, B., Csohán, A (2017). HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary—An expanding public health burden. *International Journal of Drug Policy*, 41, 1–7.
- Thomas William y Florian Znaniecki (2006). *El campesino polaco en Europa y en América*. CIS, Madrid. Original 1918.
- Thomas, William I. y Dorothy Swaine (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*, Dover publications, Nueva York.
- UNODC (2018). *World drug report 2018*. UNODC, Viena.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Usó, Joan Carles (1996). *Drogas y cultura de masas. España 1855-1995*, Taurus, Madrid.
- (2012). *Píldoras de realidad*, Amargord, Madrid.
- (2013). «*Políticas de drogas en España*», en David Pere Martínez Oro y Joan Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 55-70.
- Whyte, William Foote (2015). *La sociedad de la esquina. La estructura social de un barrio bajo italiano*, CIS, Madrid. Original 1943.
- Zoorob, M. J. y Salemi, J. (2017). [Bowling alone, dying together: The role of social capital in mitigating the drug overdose epidemic in the United States](#). *Drug & Alcohol Dependence*, 173, 1-9



## 11. ANEXO METODOLÓGICO

En este breve anexo presentamos los aspectos metodológicos centrales del diseño, el trabajo de campo y el análisis cualitativo de los cuales se derivan los resultados y las conclusiones presentadas en «OPIOIDES EN ESPAÑA. NI REPUNTE DE HEROÍNA NI CRISIS DE OPIOIDES A LA AMERICANA».

El diseño de la investigación parte de las corrientes críticas y comprensivas de las Ciencias Sociales (Weber, Gadamer, Shutz, Garfinkel, Becker, Eliás, Mannheim, entre otros). Ante las aseveraciones que afirmaban que en España se estaba produciendo un repunte de heroína al albur de la crisis norteamericana de opioides, nos preguntamos, cuál era la expresión de tal repunte (colectivos, vías de administración, zonas, características, etc.) y cómo era el escenario de los consumos de opioides. La finalidad era saber si España estaba ante un nuevo ciclo de problemas con los opioides, ya sea de heroína, ya sea de fentanilo, sus análogos o cualquier otra sustancia de esta familia farmacológica. Para entender el escenario actual y poder prever los futuros próximos, dividimos la investigación en tres grandes ámbitos. El primero, todo aquello imbricado con el consumo de heroína comprada en mercados informales. El segundo, la realidad relacionada con los tratamientos con sustitutivos de opioides (metadona y buprenorfina, principalmente). El tercero, el escenario de los fármacos opioides (fentanilo, oxycodona, codeína, tramadol, etc.).

Los objetivos planteados fueron:

Objetivo general:

- Analizar la naturaleza y el alcance de la oferta y la demanda de opioides en España con la finalidad de esclarecer hasta qué punto nos enfrentamos a un nuevo ciclo de problemas con los opioides.

Objetivos específicos:

- Dilucidar la evolución histórica en España del consumo de opioides en general y de heroína en particular.

- Presentar las tendencias actuales de los consumos de opioides.
- Caracterizar la oferta de opioides en España (rutas terrestres y red profunda).
- Describir la demanda de opioides en España (perfiles de consumidores, finalidad del uso, etc.)
- Dilucidar cómo es el imaginario colectivo sobre los opioides, especialmente entre los más jóvenes.
- Analizar el estado de los consumos de opiáceos en Estados Unidos.
- Establecer posibles paralelismos con el escenario español.
- Evaluar la posibilidad de la aparición de una crisis de opiáceos en España.
- Presentar unas recomendaciones estratégicas y de prevención del posible nuevo ciclo de problemas.

Para generar el conocimiento necesario para alcanzar estos objetivos utilizamos **cuatro técnicas**: el análisis documental, la entrevista individual, la observación participante y la técnica Delphi.

Hemos articulado el **análisis documental** a partir de la búsqueda en bases de datos de revistas científicas (SCOPUS; Psycinfo, Sciencedirect, SAGE, Latindex y Dialnet), de la indagación de literatura gris (informes, libros, anuarios y noticias de prensa) en buscadores tipo Google y del análisis de informes epidemiológicos. La revisión de artículos científicos, libros e informes nos ha aportado la información suficiente para construir el marco teórico transversal del trabajo. En concreto nos ha facilitado hilvanar la genealogía histórica del capítulo dos, el análisis de las tendencias actuales del capítulo tres, la comparación entre los indicadores epidemiológicos con el resultado de las entrevistas también del capítulo tres, el análisis y caracterización de la oferta (capítulo cuatro) y la demanda (capítulo seis) de opioides a partir de anuarios, indicadores, informes y noticias de prensa, así como, el análisis de la realidad norteamericana presentada en el capítulo siete.

La **entrevista individual** ha sido la piedra angular del trabajo empírico para realizar la investigación de la cual se deriva este libro. La integración de los diferentes puntos de vista de los actores sociales protagonistas o conocedores de primera mano de la realidad del consumo de opioides, nos permite comprender

el escenario actual en España. Hemos realizado sesenta y nueve entrevistas. **Veinte a profesionales:** nueve profesionales de la Medicina, la Psiquiatría, la Psicología, la Enfermería y el Trabajo Social expertos en tratamiento en drogodependencias de Andalucía, Asturias, Madrid, Cataluña y País Vasco; cuatro trabajadores de salas de venopunción de Cataluña (tres educadores sociales y una psicóloga); cuatro profesionales de la prevención de Andalucía, Madrid, País Vasco y Cataluña (Psicología, Trabajo Social, Educación Social y Antropología) y tres profesionales de la Medicina expertos en la clínica del dolor (Madrid y Cataluña). El discurso de los profesionales es la base del capítulo dos, tres, cuatro y cinco. **Dieciséis entrevistas a consumidores en activo** de heroína (policonsumidores, algunos también están en tratamiento sustitutivo con metadona o buprenorfina y la mayoría mezclan cocaína con heroína) de Cataluña, Madrid, País Vasco y Andalucía, diez hombres y seis mujeres, el más joven tenía veintidós años, el más mayor cincuenta y ocho años, hacía entre cuatro y treinta años del primer consumo de heroína. El discurso de los consumidores nos ha sido de gran ayuda en el capítulo tres, cuatro, cinco y seis. **Cinco entrevistas a agentes de salud,** cuatro de Cataluña y una de Galicia, exheroínomanos que en la actualidad trabajan profesional o voluntariamente en entidades del Tercer Sector en el ámbito de las drogodependencias, especialmente en ayudar a contactar con consumidores en activo. Su discurso nos ha sido de valor en el capítulo tres y cinco. **Once entrevistas a consumidores recreativos** de drogas fiscalizadas, algunos habían realizado consumos experimentales de opio, heroína o fentanilo, de País Vasco, Andalucía, Asturias, Catalunya y Madrid, entre los veinte y dos y los cincuenta y cinco años, su discurso ha sido de utilidad para entender la oferta, la demanda y sobre todo las representaciones sociales relativas a los opioides (capítulo seis). **Siete entrevistas a vecinos y activistas comunitarios** de Madrid, Andalucía y Cataluña para entender el fenómeno de los narcopisos (capítulo dos), la oferta y las representaciones sociales. Y, **diez entrevistas a usuarios de fármacos opioides** de Madrid, Andalucía, Cataluña y País Vasco que nos han ayudado a entender la oferta y la demanda de medicamentos opioides, así como, a establecer paralelismos con la realidad norteamericana (capítulo siete). A todas las personas entrevistadas les agradecemos su tiempo para compartir con nosotros su conocimiento. A ellas le dedicamos el libro.

El proceso de **captación** de todos estos perfiles fue laborioso. En Andalucía contamos con el apoyo de diferentes profesionales del área de atención de las drogodependencias de la Junta de Andalucía y los coordinadores provinciales de drogodependencias de la Diputación de Cádiz y Málaga para captar a todos los perfiles a entrevistar. En Madrid, Alberto Gayo nos ayudó en la captación. En Cataluña, contamos con la colaboración de los profesionales del CAS de Reus, ASAUPAM y APDO. En el País Vasco, Ai Laket!! contactó con los diferentes perfiles a entrevistar.

La **observación participante** nos ha posibilitado conocer de primera mano diferentes contextos tanto de consumo como relacionados con el mundo de los opioides, tal como indica el método etnográfico. Realizamos seis sesiones de observación en la zona del Raval de Barcelona y dos en Vallecas de Madrid para conocer la realidad de los narcopisos. También realizamos observación participante en las inmediaciones de salas de consumo, centros asistenciales y salas de espera. La **técnica Delphi** la empleamos para dilucidar las tendencias y los escenarios futuros a partir de las respuestas de los expertos.

El análisis de la información ha sido abordado a partir de las propuestas hermenéuticas de Gadamer, Ricoeur y Vattimo. Los discursos de los entrevistados han sido analizados a partir de los fundamentos del Análisis Sociológico del Sistema de Discursos de Fernando Conde. Los principales ejes de análisis han sido la oferta, la demanda, las tendencias de consumo (narcopisos, indicadores epidemiológicos, etc.), representaciones sociales y el escenario norteamericano. En el proceso de análisis siempre pivotaba la idea de cómo cada uno de las cápsulas de conocimiento permitían dilucidar si España estaba sufriendo o sufría un repunte de heroína o de opioides.