European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

INFORME NACIONAL 2012 (datos del 2011) AL OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox

ESPAÑA

Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares

REITOX

ÏNDICE

PARTE A: EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

1. Política de drogas: legislación, estrategias y análisis económico 5

2. Consumo de drogas en población general y grupos específicos 15

3. Prevención 109

4. Consumo problemático de drogas 115

5. Tratamientos relacionados con drogas: demanda de tratamiento y disponibilidad de tratamiento. 125

6. Correlaciones y consecuencias sanitarias 144

7. Respuestas a correlaciones y consecuencias sanitarias 192

8. Correlaciones sociales y reintegración social 198

9. Delitos relacionados con la droga, prevención de delitos relacionados con la droga y prisión 201

10. Mercados de la droga. 223

PARTE B: CUESTIONES PARTICULARES

11. Tratamiento residencial para usuarios de drogas en España 241

12. Políticas de drogas en grandes ciudades europeas 277

PARTE C: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

Bibliografía 327

Parte A: EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

1. POLÍTICA DE DROGAS, LEGISLACIÓN, ESTRATEGIAS Y ANÁLISIS ECONÓMICO

1.1. INTRODUCCIÓN

En España el territorio se divide en 17 Comunidades Autónomas y dos ciudades Autónomas. Una comunidad autónoma es una entidad territorial que, dentro del ordenamiento constitucional de España y de acuerdo con una distribución competencial entre Estado y Comunidades Autónomas regulada en la Constitución Española, está dotada de autonomía legislativa y competencias ejecutivas, así como de la facultad de administrarse mediante sus propios representantes.

Por ello, la distribución territorial también afecta a la política de drogas, ya que las Comunidades Autónomas, e incluso las Corporaciones Locales menores, tienen determinadas competencias en esta materia.

La coordinación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas es imprescindible y de la máxima importancia. La coordinación territorial se lleva a cabo a través de una estructura administrativa que incluye:

- Conferencia Sectorial (ámbito político): Presidencia, la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Composición, miembros del Estado y responsables de la política de drogas de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

- Comisión Interautonómica (ámbito de gestión): Presidencia, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Composición, responsables de los Planes Autonómicos de drogas.

En cuanto al ámbito netamente político y parlamentario, existe una Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, con miembros de los partidos políticos con representación parlamentaria.

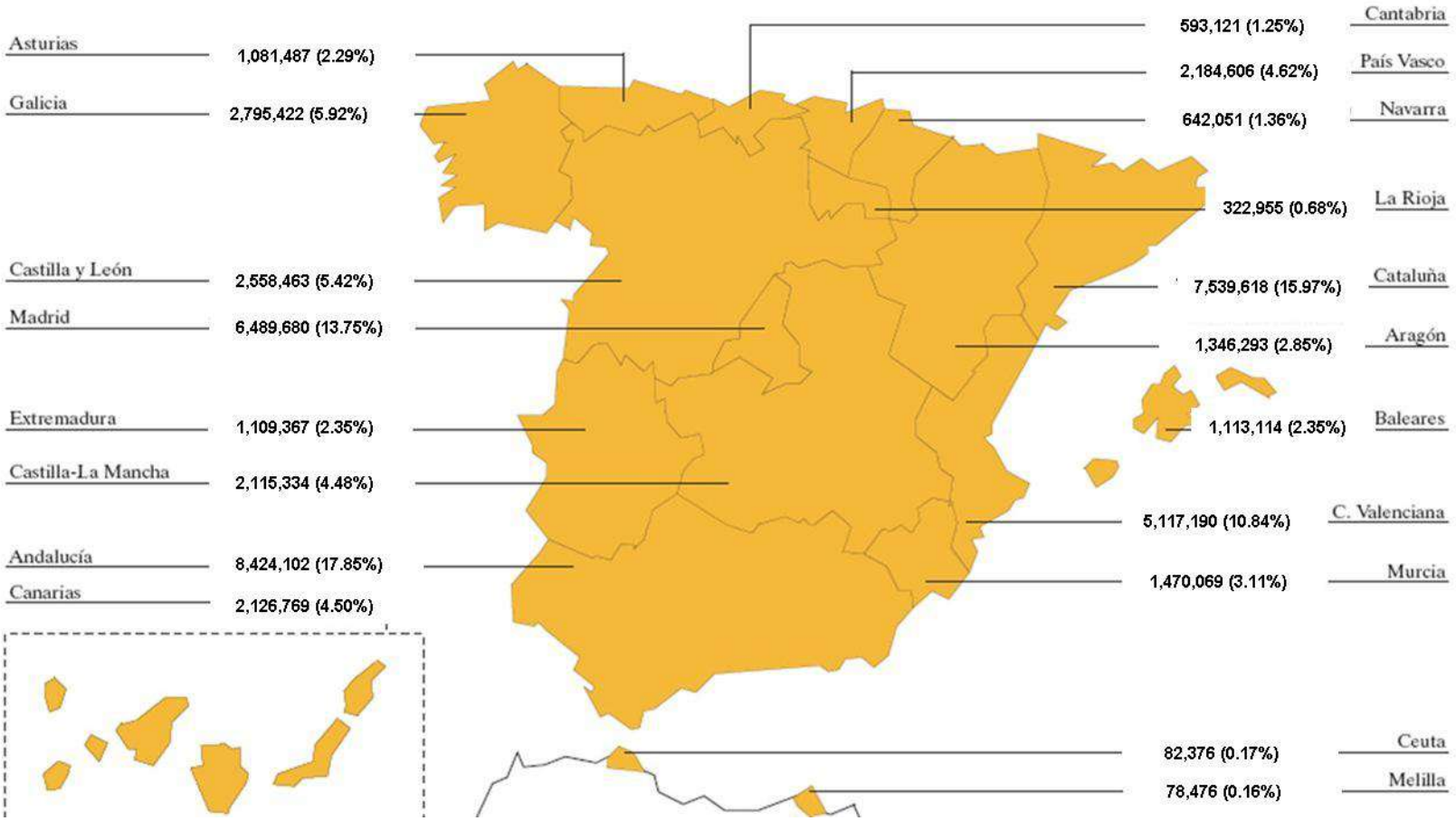
Por otro lado, en el año 2011 continúan vigentes tanto la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 como su primer Plan de Acción 2009-2012. Se ha realizado la evaluación del Primer Plan de Acción 2009-2012, si bien sus resultados aun no se han hecho públicos.

Por otro lado en 2012 se ha empezado a elaborar el Segundo Plan de Acción 2013-2016 que estará vigente durante la segunda parte de la Estrategia Nacional.

También, en este año 2011 se han dado a conocer los resultados de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) realizada en 2010.

Esta Encuesta se enmarca en una serie continuada de encuestas que se viene realizando de forma bianual desde 1995.

Figura 1.1 España, 2011: población por Comunidades y Ciudades Autónomas y porcentaje sobre la población total



Nota: La población total de España en el año 2011 se estima en 47 190 493 habitantes. En el maña se recoge la población por Comunidades y Ciudades Autónomas, así como el porcentaje de la misma sobre el total.

1.2. MARCO LEGAL

En el año 2011 se han aprobado y publicado en España distintas normas jurídicas –estatales y autonómicas- de interés e importancia que afectan al fenómeno de las drogas en varios de sus múltiples aspectos.

Así, en el marco del control de la oferta de tales sustancias, debe mencionarse, en primer lugar, la reforma llevada a cabo por la ***Ley Orgánica 6/2011, de 30 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de represión del contrabando***, en la que se han incorporado diversas modificaciones relevantes.

Hay que destacar, en primer término, la tipificación (como delito de contrabando) que se incorpora a nuestro ordenamiento penal (siempre que el valor sea igual o superior a 50.000 euros) de las actividades de importación, exportación, introducción, expedición o realización de cualquier otra operación sujeta al control establecido en la normativa comunitaria sobre comercio exterior de precursores de drogas, cuando las mismas se lleven a cabo a cabo sin las autorizaciones exigidas en el Reglamento (CE) nº 111/2005, del Consejo, de 22 de diciembre de 2004, por el que se establecen normas para la vigilancia del comercio de precursores de drogas entre la Comunidad y terceros países, y, también cuando las mismas se obtengan mediante su solicitud con datos o documentos falsos en relación con la naturaleza o el destino de tales productos, o bien de cualquier otro modo ilícito.

Asimismo, debe ponerse de relieve que, tanto con respecto al contrabando de drogas tóxicas (estupefacientes y sustancias psicotrópicas), como también con relación al de precursores de las mismas, la tipificación de las conductas punibles se extiende con la reforma legal, en todos los casos, a aquellas conductas que se cometan por imprudencia grave.

Por último, la reforma de la legislación penal en materia de contrabando de drogas tóxicas o de precursores de las mismas se ha completado en la ley antes reseñada -en consonancia con la reforma previa del Código Penal llevada a cabo en 2010 en el mismo sentido- con la admisión expresa en ella de la responsabilidad penal de las personas jurídicas, siempre que en la acción u omisión correspondiente descrita en la norma concurran las circunstancias previstas en el artículo 31 bis del Código Penal –al que se hace remisión expresa- y en las condiciones en él establecidas.

También, dentro del ámbito normativo del control de la oferta de drogas, hay que tener en cuenta la aprobación, en el año de referencia del informe, del ***Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.***

El mencionado Real Decreto tiene por objeto establecer el procedimiento para que una sustancia natural o sintética, no incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas, o que no haya adquirido tal consideración en el ámbito internacional, pueda ser considerada estupefaciente en el ámbito nacional español; así como, en consecuencia con ello, pueda ser sometida dicha sustancia a las medidas de fiscalización aplicables en España al resto de estupefacientes.

A su vez, de acuerdo con ello, hay que significar también que, en la misma norma reglamentaria (en su disposición adicional única), se ha procedido a someter a fiscalización en España la sustancia denominada ***tapentadol***, con el objeto de someterla a las mismas medidas de control establecidas en la Ley 17/1967, de 8 de abril, que se contemplan para las sustancias incluidas en la lista I de las anexas al Convenio Único de 1961 sobre estupefacientes.

La consideración de la sustancia *tapentadol* como estupefaciente se ha producido tras la realización por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del correspondiente

proceso de evaluación, desarrollado según lo establecido en el propio Real Decreto, habiendo sido los resultados positivos.

Dentro de este mismo ámbito de la fiscalización de nuevas sustancias, debe informarse, asimismo, de la aprobación de la ***Orden SPI/201/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmetcatinona (Mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regula la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos.***

Esta disposición reglamentaria está justificada en el informe sobre los riesgos asociados al uso de la indicada sustancia psicoactiva elaborado por parte del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en el que se considera a la *mefedrona* como una nueva sustancia psicotrópica con unos efectos físicos similares a otras drogas estimulantes -en especial el *éxtasis* (MDMA)-, que puede utilizarse como alternativa a los estimulantes ilícitos y causar dependencia, así como por tener una alta propensión al abuso.

Como consecuencia de tal informe, y teniendo en cuenta que, en la U.E,. dicha sustancia no tenía ningún valor o uso médico establecido o reconocido, así como la necesidad de actuar con precaución, el Consejo de la Unión Europea adoptó la *Decisión 2010/759/UE, de 2 de diciembre de 2010*, relativa al control de la sustancia ya referida, de acuerdo con cuyo artículo 1, y para su cumplimiento, se aprueba en España la Orden aludida.

En otro ámbito normativo distinto a los contemplados en la normativa penal y administrativa a la que se ha hecho mención con anterioridad, hay que informar también, por su gran importancia jurídica en los aspectos sanitarios relacionados con el fenómeno del consumo de drogas (legales e ilegales), la aprobación de la ***Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública***.

Hay que decir que esta ley no contiene una mención específica a la problemática concreta que presenta el fenómeno del consumo de drogas. No obstante ello, teniendo en cuenta el objeto de la norma (establecido en su artículo 1), y la indudable incidencia que dicho consumo tiene en la salud de las personas, cabe concluir que la misma es plenamente de aplicación también al fenómeno citado.

La ley (aplicable con carácter general a las Administraciones públicas, y a los sujetos privados cuando específicamente así se disponga en la misma), regula, entre otros, los siguientes aspectos relativos a la salud pública: los derechos, deberes y obligaciones; las actuaciones –incluyendo la vigilancia y la promoción de la salud, así como la prevención de problemas de salud y sus determinantes y la protección de la salud de la población; la planificación y coordinación; y las infracciones de la norma legal, así como las correspondientes sanciones.

También está justificado hacer una mención a la ***Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social***, por su importancia en el campo de la reinserción social de las personas drogodependientes.

El objetivo básico de esta ley es la configuración de un marco jurídico común para el conjunto de las entidades que integran la economía social, entendiéndose por tal las actividades económicas y empresariales que, en el ámbito privado llevan a cabo aquellas entidades que, de conformidad con los principio recogidos en su artículo 4, persiguen el interés colectivo de sus integrantes, bien el interés general económico o social, o ambos.

Entre los principios orientadores de acuerdo con los cuales actúan las entidades de la economía social, la ley menciona específicamente (en su artículo 4) el de la promoción de la *inserción social de personas en riesgo de exclusión social*. Y entre las entidades que forman parte de la economía social se encuentran específicamente mencionadas *las empresas de inserción*.

Hay que indicar, por último, que la norma legal reseñada reconoce como tarea de interés general la promoción, el estímulo y el desarrollo de tales entidades, atribuyendo a los distintos poderes públicos –en sus ámbitos de competencia respectivos- la obligación de cumplir determinados objetivos concretos de sus políticas de promoción de la economía social.

Siguiendo con el examen de la normas más importantes aprobadas en 2011, hay que informar también del ***Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas***.

Esta norma reglamentaria (que deroga el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo sobre la misma materia) dedica su Capítulo IV al procedimiento para llevar a efecto la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad de duración no superiores a 5 años impuestas a personas drogodependientes que hubieran cometido un delito a causa de su dependencia a las drogas tóxicas, acordada por los Jueces y Tribunales de Justicia de acuerdo con lo establecido en el artículo 87 del Código Penal cuando se encuentren deshabituados o sometidos a tratamiento con tal fin.

El procedimiento establecido exige la elaboración de un plan individual de intervención y seguimiento del beneficiario por parte de la Administración penitenciaria, que será comunicado para su conocimiento al órgano judicial competente para la ejecución sin perjuicio de su inmediata ejecutividad. Dicho programa será remitido, cuando proceda, al servicio o centro correspondiente por los servicios de gestión de penas y medidas alternativas de dicha Administración, para que el condenado inicie o continúe el tratamiento o el programa judicialmente establecido.

Durante el periodo de suspensión de la condena, los servicios de gestión de penas y medidas alternativas efectuarán el control de las condiciones fijadas en el plan aludido.

La norma impone, finalmente, a los mismos servicios ya indicados la obligación de informar al órgano jurisdiccional competente para la ejecución sobre la observancia de las reglas de conducta impuestas al condenado, cuando así lo solicite dicho órgano o con la frecuencia que éste determine, y, en todo caso, cada tres meses.

Un examen completo de las actividades normativas (con incidencia en el ámbito material de las drogas) llevadas a cabo en España durante el año de referencia no puede dejar de tener en cuenta aquellas de las más importantes que se hayan llevado a cabo –con aplicación exclusiva sólo en los respectivos territorios- por parte de las Comunidades Autónomas, considerando las competencias legislativas que las mismas tienen reconocidas tanto en la Constitución como en sus Estatutos de Autonomía.

Por tal circunstancia, este informe debe concluirse necesariamente haciendo una concisa mención, al menos, a la aprobación en 2011 de varias reformas parciales de la legislación propia vigente en algunas Comunidades Autónomas que se refieren al régimen jurídico particular aplicable en las mismas en materia las bebidas alcohólicas y de tabaco.

En tal sentido, deben tenerse en cuenta las reformas llevadas a cabo por las **Leyes 1/2011, de 14 de enero** (disposición final segunda) y **6/2011, de 28 de diciembre** (artículo 15), de la **Comunidad de Madrid**, las introducidas por la **Ley 1/2001, de 3 de febrero,** de la **Comunidad Autónoma del País Vasco,** y también la realizada por la **Ley 9/2011, de 29 de diciembre** (artículo 132) de la **Comunidad Autónoma de Cataluña.**

1.3. PLAN DE ACCIÓN NACIONAL, ESTRATEGIA, EVALUACIÓN Y COORDINACIÓN

Estrategia y Plan de Acción Nacional

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, aprobada por Acuerdo de Consejo del Consejo de Ministros, en su reunión de 23 de enero de 2009 establecía que, como desarrollo y complemento al marco establecido en la misma, se elaborarán dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos, que abarcarán todo el período de vigencia de la misma.

En el año 2011 se siguen llevando a cabo las actividades previstas en el primer Plan de Acción 2009-2012, que desarrolla dicha Estrategia Nacional, y que fue fruto del consenso entre todos los actores y sectores, públicos o privados, que trabajan en el ámbito de las drogodependencias.

Este Plan de Acción pone en valor la dimensión de la salud pública como componente social en las políticas de drogas, supone una firme apuesta para mejorar las intervenciones y garantizar su calidad a través de la actividad coordinada entre todas las administraciones, que, a su vez, cuentan con la colaboración imprescindible de las organizaciones no gubernamentales para poner en marcha las medidas que contiene.

Además en 2012 se ha puesto en marcha la redacción del segundo Plan de Acción 2013-2016 que desarrolla las acciones que se han de llevar a cabo durante la vigencia de la segunda parte de la Estrategia Nacional.

Implementación y evaluación de la Estrategia y Plan de Acción Nacional

En el año 2011 comenzó la evaluación del primer Plan de Acción 2009-2012; dicha evaluación ha continuado en 2012 y ya se encuentra finalizada, si bien sus resultados aun no se han hecho públicos.

En el año 2011 la Administración General del Estado a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, financió 359 programas, con una inversión de la Delegación de 29.974.064 euros para desarrollar el Plan de Acción 2009-2012 Dichas actuaciones abarcaron todas las áreas de intervención del Plan de Acción: la coordinación, la reducción de la demanda (prevención, disminución del riesgo y reducción del daño, asistencia e integración social), la reducción de la oferta, la mejora del conocimiento científico básico y aplicado, la formación y la cooperación internacional

En cuanto a la implementación en el ámbito autonómico, todas las Comunidades Autónomas poseen estrategias regionales en materia de drogodependencias de las que ya se ha informado en anteriores informes. Las novedades en 2011 relativas a Estrategias y Planes de Drogodependencias de las Comunidades Autónomas son las siguientes:

- Plan de salud de Cataluña 2011-2015 y Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departamento de Salud de Cataluña.

- Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016. Junta de Galicia. Consejería de Sanidad.

- Plan foral de Drogodependencias (Actualmente II Plan Foral de Drogodependencias 2012-2016). Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

- VI Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011-2015. Gobierno Vasco.

En cuanto a las **campañas publicitarias**, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad presentó en dos fases (Julio y diciembre) la **campaña de 2011 para prevenir el consumo y**

tráfico de drogas en los viajes al extranjero del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Instituto Ramón Rubial- Fundación Ideas para el Progreso, para alertar de los riesgos de consumir o traficar con drogas en los viajes al extranjero.

El lema de la campaña fue**:** 'Si te lo has creído que pasar droga es la solución a tus problemas, te puedes creer todo lo demás'. Los datos relativos a esta campaña son:

- A fecha 30 de noviembre de 2011, 2.523 españoles permanecían detenidos en cárceles extranjeras. De ellos, el 83,6% (2.100) con delitos relacionados con el consumo o tráfico de drogas
- Perú, Italia, Colombia, Brasil y Marruecos encabezan el ranking de países con más españoles detenidos por drogas. En Europa están detenidos el 31,3%,
- Andalucía, Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia eran, por este orden, las comunidades autónomas con mayor número de personas detenidas en el extranjero
- Sanidad insistió en la necesidad de erradicar falsos mitos en torno a la 'supuesta' permisividad de otros países respecto al tráfico, incluso de pequeñas cantidades, y consumo de drogas

Para divulgar los mensajes de esta campaña se distribuyeron 1.000 carteles y 80.000 postales**.** La campaña tuvo presencia física en aquellos puntos de paso frecuente de viajeros o personas con intención de viajar, en todo el territorio nacional. La campaña tiene como objetivo derribar falsos mitos en torno a las drogas, especialmente en lo que se refiere a la hipotética existencia de países' tolerantes' hacia la tenencia y/ o consumo de drogas.

Otras políticas sobre drogas

En este año 2011, también se han presentado los resultados de la última **Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) realizada en 2010.**

Esta Encuesta viene realizándose, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, cada dos años, desde 1995, por lo que existe ya una importante serie continuada

Las principales conclusiones (más adelante se tratarán con más detalle) que resultan del análisis de esta Encuesta son:

- El consumo diario de tabaco se ha reducido desde 2004. En 2010 fuman diariamente el 12,3%, frente al 21,5% en 2004.

- El cannabis se reduce entre 3 y 4 puntos (consumo mensual y anual). También desciende el consumo de cocaína, que registra las cifras más bajas de la última década.

- El consumo de alcohol muestra una tendencia estable aunque aumentan las borracheras en el último mes. En 2010, 3 de cada 10 estudiantes reconocen haberse emborrachado en el último mes.

- El alcohol, el tabaco y los inhalables volátiles son las drogas de inicio más temprano (entre los 13 y los 14 años).

- Las mujeres consumen drogas legales en mayor proporción que los hombres. En cambio, las drogas ilegales son consumidas por una mayor proporción de hombres.

- Los escolares creen que el tabaco es más peligroso para la salud que el cannabis. Para ellos, el alcohol es la sustancia con menor riesgo

Por otro lado, en septiembre de 2011, la Ministra de Sanidad presidió la firma del **'Acuerdo Nacional contra el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores'**, que persigue involucrar a toda la sociedad en la prevención del consumo de alcohol entre los adolescentes.

Se firmó un Manifiesto por parte de representantes de distintos sectores sociales, educativos y empresariales en el se comprometen a trabajar, en el ámbito nacional, para lograr 'el consumo cero de alcohol entre los menores de edad'. Para ello, se constituyó una plataforma de trabajo con participación de todos los agentes implicados. El Manifiesto consta de un decálogo de objetivos y responde a un requerimiento de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas. A él se sumaron más de 30 instituciones.

Cabe también destacar la publicación del **quinto Informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas dedicado a "Drogas Emergentes",** presentado en 2011 en castellano e inglés. Este nuevo informe responde a la necesidad de revisar las políticas de drogas en función de las nuevas situaciones que van apareciendo que suponen un cambio en los patrones de consumo; entre ellos el incremento del consumo de drogas de abuso y sustancias psicoactivas con fines recreativos que se encuentra en continua evolución.

La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se dirige a los profesionales con un volumen práctico que compendia los conocimientos actuales sobre las drogas emergentes, sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas.

Por otro lado cabe destacar la celebración del seminario '***Alcohol y menores***' que se desarrolló en la **Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP)** en julio de 2011. El encuentro tuvo como objetivo abordar desde una óptica "multidisciplinar" los principales factores que determinan el consumo juvenil y sus patrones, así como las estrategias y programas que tanto a nivel nacional como internacional contribuyen a paliar los efectos del alcohol sobre la salud de los jóvenes.

Con esta finalidad, se invitó a las máximas autoridades en materia de alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Comisión Europea, además de expertos y responsables nacionales de las administraciones sanitarias, profesionales, expertos, investigadores y representantes de jóvenes.

En abril de 2011 se celebró la **IV Reunión del Foro de la Sociedad Civil ante las Drogas,** constituido en 2005 y que cuenta en la actualidad con más de 60 entidades participantes. Su objetivo es crear una plataforma de relación entre el Ministerio y entidades civiles representantes de la familia, la juventud y los medios de comunicación, que permita dotar de un mayor protagonismo y una mayor capacidad de participación de la sociedad civil en el compromiso de todos para disminuir el consumo de drogas.

En estos años, el Foro ha constituido tres Grupos de Trabajo: Jóvenes, Familia y Medios de Comunicación. En este encuentro se presentaron los trabajos 'Ocio saludable', 'Ocio Nocturno' y ' Ocio y nuevas tecnologías".

Las aportaciones del Foro, no son solo una valiosa herramienta para las políticas preventivas de las administraciones sino también y, no menos importante, una reflexión sobre una faceta de la vida de los jóvenes de hoy. Reflexión que pretende difundir entre la sociedad en su conjunto, un estado de situación que la haga más consciente y más activa en su participación para difundir mensajes que alerten sobre los peligros y los daños del consumo de drogas a los que se enfrentan los jóvenes.

Órganos de coordinación

En cuanto a las actividades de los órganos de coordinación y colaboración hay que señalar que la Comisión Inter autonómica celebró tres sesiones en el año 2011. También se celebro en enero de 2011 una jornada sobre "Prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral" en la sede de la DGPNSD.

Por otra parte, la Delegación del Gobierno ha continuado su línea de colaboración y acercamiento a la Comisión Mixta Congreso Senado para el Estudio del Problema de las Drogas. El 17 de mayo de 2011 la Comisión Mixta Congreso-Senado publicó un informe aprobado por la **Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencias**; dicho informe fue remitido a Congreso de los Diputados y publicado en el BOE. En la ponencia participaron diputados y senadores de todos los grupos políticos y comparecieron expertos propuestos por los distintos grupos parlamentarios.

El Informe recoge las reflexiones de la Ponencia a la luz de las completas e interesantes aportaciones de los expertos citados, conforme a la siguiente sistemática:

- Capítulo II: consideraciones generales a propósito del problema de la droga.
- Capítulo III: evolución histórica del consumo de drogas y de las medidas destinadas a combatirlo en España.
- Capítulo IV: situación de las más importantes sustancias estupefacientes en nuestro país.
- Capítulo V: modelos de prevención y lucha contra las drogas en España.
- Capítulo VI: sintetiza, en forma de decálogo, las propuestas de los comparecientes en materia de prevención y lucha contra la droga.
- Capítulo VII: conclusiones que la Ponencia extrae de los trabajos realizados, así como las concretas recomendaciones de acción política al respecto.

1.4. ANÁLISIS ECONÓMICO

Como se ha señalado en anteriores Informes, las 17 Comunidades Autónomas y las 2 Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) que forman el Estado español tienen competencias muy importantes en todo lo que afecta al desarrollo de las políticas de drogas en España.

Como es lógico, estas competencias tienen su reflejo en los presupuestos que dichas Comunidades y Ciudades Autónomas destinan a ejecutar dichas políticas. Por todo ello, para conocer los recursos económicos invertidos en el desarrollo de las políticas de drogas es necesario recurrir tanto a la información ofrecida por la Administración General del Estado (Gobierno Central), como a la facilitada por las Administraciones Autonómicas.

Además de lo anterior, hay que contar con los presupuestos municipales destinados a la ejecución de los Planes Municipales de Drogodependencias o, en un nivel más general, a la ejecución de actividades y programas municipales relacionados con las drogodependencias, que en algunos casos, como en los de las ciudades más pobladas (Madrid, Barcelona, etc.,) alcanzan cantidades muy importantes. Si bien no puede ofrecerse una cifra –ni siquiera aproximada- del presupuesto total que invierte el conjunto de los municipios españoles en este tema, pueden verse algunos datos en el Selected Issue que se incluye en este informe sobre "Drug policies of large European cities".

Tampoco se incluyen en las cifras que se reflejan a continuación los costes producidos por la asistencia sanitaria a usuarios de drogas por motivos diferentes a los tratamientos de deshabituación y rehabilitación, como es el caso de la asistencia a patologías asociadas al consumo (entre ellas diferentes enfermedades infecciosas como el sida, hepatitis, etc.). Ello se

debe a que, al encontrarse transferidas las competencias en materia de asistencia sanitaria desde el Gobierno de la Nación a las Comunidades Autónomas, es muy difícil desglosar la parte del gasto sanitario aplicado en patologías directamente relacionadas con el consumo de drogas del gasto total invertido en la asistencia sanitaria general.

En relación con el sida, por ejemplo, algunas estimaciones indican que el coste de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia en España puede llegar a los 700 millones de euros anuales (Zum nº 2, diciembre de 2011, revista electrónica de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

Con todas las salvedades expuestas anteriormente, se ofrecen a continuación una serie de datos, referidos al **año 2010**, último del que se dispone de cifras definitivas y completas.

La Administración General del Estado (Gobierno Central), a través de los distintos Departamentos ministeriales, ha invertido un presupuesto de 136.649.268 euros, de los cuales 24.215.000 euros provienen del Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas y otros Delitos relacionados. Este Fondo está operativo desde el año 1996 y se nutre del dinero líquido y los bienes decomisados por sentencia firme en procesos por narcotráfico y otros delitos relacionados.

De esos 136.649.268 euros, correspondientes a los distintos Ministerios, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad transfirió a las Comunidades y ciudades Autónomas para que fuera gestionado directamente por las mismas, la cifra de 28.296.000 euros.

Además de esa cantidad, las Administraciones Autonómicas han invertido, con cargo a sus propios presupuestos, 289.029.636 euros, lo que supone que, en total, las citadas Administraciones Autonómicas han gestionado 317.325.636 euros para llevar a cabo programas y actividades relacionados con la prevención, asistencia, reinserción social, e investigación en drogodependencias. Todo ello, en función de las competencias que la Constitución y la legislación estatal y autonómica atribuye a las Comunidades y Ciudades Autónomas en relación con las drogodependencias.

En conjunto, pues, la cantidad total invertida por la Administración General del Estado (Gobierno Central) y las Comunidades y Ciudades Autónomas en la ejecución de las políticas de drogas ha ascendido en el año **2010 a 425.678.904 euros.** Esta cifra supone una disminución del 1.62% % respecto a la cantidad invertida en 2009 (432.703.103 euros). El desglose de la cifra de **425.678.904** euros es el siguiente:

- Presupuesto aportado por el Gobierno Central: 136.649.268 euros (dentro de esa cantidad se incluye 28.296.000 euros, que el Gobierno Central transfirió a las Comunidades y Ciudades Autónomas.
- Presupuesto aportado por las Comunidades y Ciudades Autónomas: 289.029.636 euros.

Respecto a la distribución de las cantidades económicas antes citadas, puede hacerse una estimación en lo que se refiere al presupuesto directamente gestionado por las Comunidades y Ciudades Autónomas, es decir, la suma del presupuesto propio de las mismas más la cantidad transferida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que, en conjunto y como se ha expuesto antes, asciende a la cifra de 317.325.636 euros antes señalados. En números redondos, esa distribución es la siguiente:

- Prevención: 51,22 millones de euros (16,14%).
- Asistencia social y sanitaria, y reinserción social: 251,76 millones de euros (79,34%).
- Investigación, documentación y publicaciones: 5,35 millones de euros (1,69%).
- Coordinación institucional: 8,99 millones de euros (2,83%).

2. CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS ESPECÍFICOS

2.1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que se inició en 1995, y cuenta actualmente con resultados de nueve encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 y 2011). Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

Por otra parte, el cuestionario y la metodología son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2011.

OBJETIVOS

El objetivo general de estas encuestas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas han sido los siguientes:

a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.

b) Conocer las características sociodemográficas de los consumidores.

c) Conocer los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.

d) Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.

e) Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.

f) Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.

g) Conocer la evolución temporal (desde 1995) de los aspectos antes expuestos.

h) Conocer aquellas prevalencias, asociaciones y relaciones entre variables sobre las que la DGPNSD precise ampliar conocimientos o realizar estudios específicos.

METODOLOGÍA

Ya en el cuestionario de la encuesta de 2009 se introdujeron algunas modificaciones con el fin de converger en mayor medida hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

En todas las encuestas a partir de 1999 se mantuvieron las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración

de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre las encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

Este año, como novedad, se han introducido cuestiones relacionadas con el consumo de otras sustancias, denominadas drogas emergentes.

En cualquier caso, para las encuestas realizadas desde el 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye también la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; sin embargo incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.) y la población sin techo.

Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años. Así, este año 2011 ha sido de 22.128 personas, en 2009 fue de 20.109; en 2007 la integraron 23.715, en 2005 fue de 27.934 y entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta.

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es disproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2011, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2011, por ejemplo, financiaron ampliaciones 4 comunidades (Baleares, Cantabria, La Rioja y Canarias).

El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 206 encuestados en Melilla y 2.477 en Canarias, siendo la muestra superior a 2.000 en 3 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 6 comunidades (Tabla 2.1). La distribución por edad fue también disproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas.

El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 1.800 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 49 y los 1.100 por cada grupo de 5 años, entre los 50 y los 64.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron secciones censales (2.237 en 2011), correspondientes a un cierto número de municipios (910 en 2011), de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.001 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.

- En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo un procedimiento aleatorio

sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).

- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios ad hoc que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

Table 2.1. Distribución de la muestra por comunidad autónoma. España, 2011

CCAA	PNSD	Ampliación	Realizadas	Error muestral
Andalucía	2 209	-	2 209	2.1%
Aragón	871	-	871	3.3%
Asturias	786	-	786	3.5%
Baleares	774	204	978	3.1%
Canarias	1 109	1 368	2 477	2.0%
Cantabria	577	415	992	3.1%
Castilla La Mancha	1 064	-	1 064	3.0%
Castilla y León	1 213	-	1 213	2.8%
Cataluña	2 069	-	2 069	2.2%
C. Valenciana	1 712	-	1 712	2.4%
Extremadura	804	-	804	3.5%
Galicia	1 262	-	1 262	2.8%
Madrid	1 905	-	1 905	2.2%
Murcia	900	-	900	3.3%
Navarra	605	-	605	4.0%
País Vasco	1 117	-	1 117	2.9%
La Rioja	432	317	749	3.6%
Ceuta	209	-	209	6.8%
Melilla	206	-	206	6.8%
Total	**19 824**	**2 304**	**22 128**	**0.7%**

FUENTE: Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

No se admitieron sustituciones ni de hogares ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables —negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc. — se sobredimensionó inicialmente la muestra con objeto de llegar a la muestra objetivo. Para ello, se supuso una tasa efectiva de respuesta del 50%.

Cuestionario y trabajo de campo

Como se indicó, desde 2007, se introdujeron algunas modificaciones orientadas sobre todo a converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, en 1995 uno bastante diferente, y en 2005 uno casi idéntico al de 1997-2003.

A partir de 1997 las preguntas sobre consumo de drogas han figurado en un cuadernillo aparte para ser autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Para garantizar la confidencialidad durante este proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, debía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar mediante un código único. No obstante, la información de las personas que rechazaron la autocumplimentación o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara.

El cuestionario incluía preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas), y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado). La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días de consumo en los últimos 30 días, y referido a los mismos 30 días la frecuencia de consumo de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana y el número medio de vasos, copas o cañas de cada bebida que consumió cada día laborable y cada fin de semana en conjunto (viernes+sábado+domingo) durante el período citado.

Las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se plantearon separadamente para tranquilizantes o sedantes (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) y para somníferos (medicamentos para dormir), y se refirieron al consumo en general (sin diferenciar si fue con o sin receta médica), aunque después se exploró también el consumo sin receta médica alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y la edad de inicio en el consumo, con el fin de mantener la comparabilidad con el período 1997-2005. En 2011 las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se preguntaron tras las preguntas de alcohol y tabaco, al igual que se hace en la Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Este cambio ha podido modificar la tasa de respuesta, y por lo tanto es importante tener esta consideración en cuenta a la hora de valorar los resultados obtenidos. Finalmente, las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o crack, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, speed, inhalables volátiles y drogas emergentes- ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes-) se refieren al consumo alguna vez en la vida, edad de inicio en el consumo, número de días de consumo en últimos 12 meses y en últimos 30 días.

En 2011 la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 49,5%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (23,9%), ausencia de todos los miembros del hogar (21,1%), negativas de la persona seleccionada (2,6%), ausencia de la persona seleccionada (2,1%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar en horarios y días distintos.

En EDADES 2011 el trabajo de campo se realizó entre el 7 de noviembre y el 15 de diciembre de 2011, y del 7 de febrero al 4 de abril de 2012. No se realizaron encuestas desde el 16 de diciembre hasta el 7 de febrero, para evitar la influencia de la Navidad en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. En la Comunidad de Canarias tampoco se realizó trabajo de campo desde el 16 de febrero al 20 de marzo para evitar la influencia de los carnavales en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. En Aragón no se realizó trabajo de campo hasta el 15 de noviembre, para evitar la influencia de las fiestas de la Virgen del Pilar en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. Por lo que respecta a la supervisión, se ha supervisado al 100% de los entrevistadores y un 27,5% de las entrevistas (un 22,0% de forma telefónica y un 5,5% personalmente con visita a los hogares).

Análisis

Debido a que el diseño muestral inicial contemplaba una distribución no proporcional por edad y Comunidad Autónoma, no es posible agregar directamente los resultados ya que sobrerrepresentaríamos o infrarrepresentaríamos algunos estratos. Por ello, y con objeto de devolver a la muestra su representatividad se ha procedido a ponderar los resultados al universo real publicado por el INE en su última revisión del Padrón Municipal de habitantes (1 de enero de 2011). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1260 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del propio diseño muestral y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia en el hogar de los hombres. Finalmente, se tuvo también en cuenta el tamaño de hábitat para eliminar cualquier posible sesgo que se pudiera producir en la tasa de respuesta (ya que es posible que en tamaños de hábitat mayores sea más difícil encontrar a algunos tramos de edad).

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando tres indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población española de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por grupo de edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. En 2011 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de prevalencia de consumo en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días, indicadores de consumo habitual (prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses y prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días), indicadores de consumo problemático (prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 ó más en el caso de las mujeres, durante los últimos 30 días —binge drinking—).

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para p=q=0,5 fue del 0,7%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 2,0% en Canarias y un 6,8% en Ceuta y Melilla. Para ser más precisos se tendría que tener en cuenta el diseño del muestreo realizado (Table 2.1.).

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. Si se obtienen resultados por comunidad autónoma, los intervalos de confianza de las drogas menos prevalentes en las comunidades

autónomas pequeñas pueden ser demasiado amplios, lo que significa que dichas estimaciones estarán muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

No obstante, la muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, pero sigue sin permitir obtener estimaciones fiables para drogas con prevalencias menores.

2.2. CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN GENERAL

RESULTADOS

Extensión del consumo de drogas

En el año 2011, las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo en todos los indicadores temporales considerados, son el alcohol y el tabaco. Por su parte, entre las drogas de comercio ilegal, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida (27,4%) seguida de la cocaína en polvo (8,8%), con niveles que, si consideramos el consumo en los últimos 12 meses, descienden al 9,6% y 2,2% respectivamente. La evolución más destacable con respecto a los años anteriores se da en los tranquilizantes, dado que sus prevalencias de consumo aumentan sustancialmente en todos los indicadores temporales considerados. El 17,1% de la población consultada ha consumido tranquilizantes alguna vez en su vida (incremento de 6,1 puntos porcentuales respecto al año 2009) y teniendo en cuenta los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia se sitúa en 9,8% (incremento de 4,3 puntos porcentuales respecto al año 2009). Con este valor de consumo en los últimos 12 meses, el consumo de tranquilizantes supera por primera vez la prevalencia de consumo de cannabis y, en este tramo temporal, los tranquilizantes son ya la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol (76,6%) y el tabaco (40,2%). Centrándonos en el consumo de drogas en el último mes, los hipnosendantes (tranquilizantes y/o somníferos) constituyen por primera vez en la serie histórica contemplada, la tercera sustancia psicoactiva más extendida entre la población (8,3%), por encima del cannabis, que pierde consumidores (-0,6 puntos) hasta llegar al 7,0% de prevalencia. La posición de los hipnosedantes se debe principalmente al incremento que muestran los tranquilizantes (que pasan de 4,0% a 6,9%) y secundariamente al que muestran los somníferos (que pasan de 2,7% a 3,4%) (Tablas 2.2 a 2.5).

Tabla 2.2. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	-	69.7	64.9	68.4	68.9	69.5	68.5	75	71.7
Alcohol	-	90.6	87.3	89	88.6	93.7	88	94.2	90.9
Cánnabis	14.5	22.9	19.6	23.8	29	28.6	27.3	32.1	27.4
Éxtasis	2	2.5	2.4	4	4.6	4.4	4.3	4.9	3.6
Alucinógenos	2.1	2.9	1.9	2.8	3	3.4	3.8	3.7	2.9
Anfetaminas/speed	2.3	2.7	2.2	2.9	3.2	3.4	3.8	3.7	3.3
Cocaína en polvo	3.4	3.4	3.1	4.8	5.9	7	8	10.2	8.8
Cocaína base	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	1.8	0.9	0.9
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	8.3	10.2	8.8
Heroína	0.8	0.6	0.5	0.6	0.9	0.7	0.8	0.6	0.6
Inhalables volátiles	0.7	0.8	0.6	0.8	1	0.8	1.1	0.6	0.8
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	7	13	11	17.1
Somníferos	-	-	-	-	-	4.6	6	6.3	7.9
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	8.7	15.4	13.4	19.5

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995- 2011).

Tabla 2.3. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	-	46.8	44.7	46	47.8	42.4	41.7	42.8	40.2
Alcohol	68.5	78.5	75.2	78.1	76.6	76.7	72.9	78.7	76.6
Cánnabis	7.5	7.7	7	9.2	11.3	11.2	10.1	10.6	9.6
Éxtasis	1.3	0.9	0.8	1.8	1.4	1.2	1.1	0.8	0.7
Alucinógenos	0.8	0.9	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.5	0.4
Anfetaminas/speed	1	0.9	0.7	1.1	0.8	1	0.9	0.6	0.6
Cocaína en polvo	1.8	1.6	1.6	2.5	2.7	3	3	2.6	2.2
Cocaína base	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.5	0.1	0.2
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	3.1	2.7	2.3
Heroína	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Inhalables volátiles	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	3.9	6.9	5.5	9.8
Tranquilizantes (sin receta)	-	-	-	-	-	0.9	0.9	1.6	0.9
Somníferos	-	-	-	-	-	2.7	3.8	3.6	4.4
Somníferos(sin receta)	-	-	-	-	-	0.8	0.8	1.1	0.6
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	5.1	8.6	7.1	11.4
Hipnosedantes* (sin receta)	12.3	2.3	2.3	2.8	3.1	1.2	1.3	1.9	1.2

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995- 2011).

Tabla 2.4. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	42.9	40.1	41.4	42.9	38.4	38.8	39.4	37.6
Alcohol	64	61.8	63.7	64.1	64.6	60	63.3	62.3
Cánnabis	4.6	4.5	6.4	7.6	8.7	7.2	7.6	7
Éxtasis	0.3	0.2	0.8	0.4	0.6	0.6	0.4	0.3
Alucinógenos	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Anfetaminas/speed	0.2	0.3	0.6	0.2	0.4	0.3	0.3	0.3
Cocaína en polvo	0.9	0.9	1.3	1.1	1.6	1.6	1.2	1.1
Cocaína base	0	0.1	0	0	0.1	0.3	0.1	0.1
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	1.3	1.1
Heroína	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1
Inhalables volátiles	0.1	0	0.1	0	0.1	0	-	0
Tranquilizantes	-	-	-	-	2.7	4.7	4	6.9
Somníferos	-	-	-	-	2	2.5	2.7	3.4
Hipnosedantes*	-	-	-	-	3.7	5.9	5.2	8.3

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997- 2011)

Tabla 2.5. Prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	34.9	33.6	35.7	36.7	32.8	29.6	31.8	30.4
Alcohol	12.7	13.7	15.7	14.1	14.9	10.2	11	10.2
Cánnabis	0.7	0.8	1.5	1.5	2	1.6	2	1.7
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	2.6	2.3	4
Somníferos	-	-	-	-	-	1.1	1.4	1.7
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	3.1	2.7	4.6

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997- 2011).

Edad media de primer uso

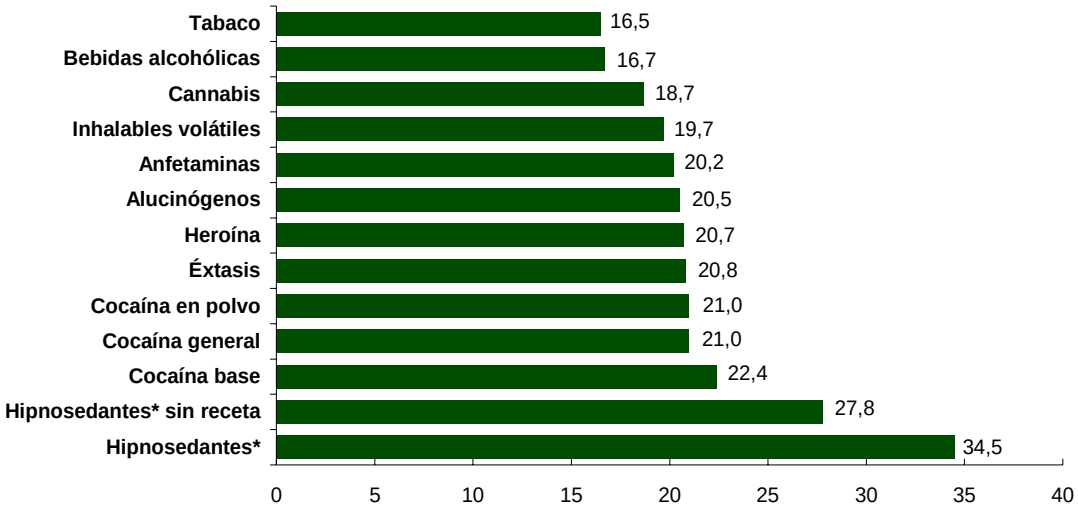
La edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias que se registró en el año 2011, en términos generales, se mantiene estable respecto al año anterior. Las sustancias que se consumen por primera vez a una menor edad son aquellas que presentaban mayores prevalencias, es decir, el tabaco y las bebidas alcohólicas (16,5 años y 16,7 años respectivamente). Respecto a las sustancias ilegales, la sustancia que se comienza a consumir más tempranamente continua siendo el cannabis, situándose la edad de inicio en 18,7 años. La mayor variación en la edad de inicio de consumo con respecto al año 2009 aparece en la heroína, ya que pasa de 22,9 años a 20,7 años en 2011. Por otro lado, la sustancia que se comienza a consumir más tardíamente son los hipnosendantes (34,5 años) si bien cuando hablamos de hipnosedantes sin receta, la edad de inicio se reduce a los 27,8 años. En este sentido, y desde una perspectiva global, la edad de inicio en el consumo de las diferentes drogas se sitúa entre los 16 y 21 años (Tabla 2.6 y Figura 2.1).

Tabla 2.6. Edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	15.9	16.6	16.7	16.5	16.5	16.4	16.5	16.5	16.5
Bebidas alcohólicas	-	16.8	16.9	16.9	16.7	16.7	16.8	16.7	16.7
Cánnabis	18.3	18.9	18.7	18.5	18.5	18.3	18.6	18.6	18.7
Cocaína en polvo	21.4	21.3	21.8	20.4	20.9	20.6	20.9	20.9	21
Heroína	20.3	20.1	19	20.7	22	20.2	21.7	22.9	20.7
Anfetaminas	19.2	19.4	19.2	18.8	19.6	19.2	19.7	20.1	20.2
Alucinógenos	19.3	19	19.3	18.9	19.9	19	19.9	19.7	20.5
Inhalables volátiles	17.7	19	18.1	17.5	17.5	17.8	19.7	19.2	19.7
Cocaína base	21.8	20.6	20.1	19.6	20.1	20.8	21.4	23.1	22.4
Cocaína general								20.9	21
Éxtasis	21.1	20	20.7	20.2	20.3	20.1	20.8	20.5	20.8
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	33.8	34.5	34.5
Hipnosedantes*(sin receta)	35.2	28.7	29.2	29.5	30	-	29.1	29.5	27.8

* Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995- 2011)

Figura 2.1. Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2011.



*Tranquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Diferencias en el uso de drogas por sexo

Observando las diferencias en el uso de drogas por sexo, se registra que las sustancias psicoactivas están más extendidas entre los hombres que entre las mujeres para el conjunto de sustancias observadas, siendo los hipnosedantes la única excepción, pues el consumo entre las mujeres es 7,7 puntos mayor que entre los hombres (15,3% y 7,6% respectivamente considerando los últimos 12 meses). En este sentido, tanto si nos referimos a tranquilizantes como a somníferos, el consumo entre las mujeres es aproximadamente el doble que el de los hombres (ratio consumo mujer/hombre en 2,1 y 1,9 respectivamente). No obstante, el consumo de hipnosedantes ha crecido considerablemente en ambos sexos (6 puntos en el caso de las mujeres y 3 en el de los hombres). (Tablas 2.7 y 2.8).

Tabla 2.7. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2011

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55	38.7	50.3	39.2	51.5	40.5	53	42.6	47.2	37.5	46	37.6	48.4	37	44.2	36
Alcohol	79.3	58	86.4	70.5	83.2	67.2	85.2	70.9	84.5	68.4	84	69.2	80.4	66.4	84.4	72.7	83.2	69.9
Cánnabis	10.7	4.4	10.7	4.7	9.6	4.3	13	5.5	16.2	6.3	15.7	6.6	13.6	6.6	14.8	6.2	13.6	5.5
Éxtasis	1.9	0.7	1.2	0.5	1.2	0.5	2.8	0.7	2	0.8	1.8	0.6	1.6	0.5	1.4	0.3	1	0.4
Alucinógenos	1.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.4	1.2	0.2	0.9	0.3	1.1	0.4	0.9	0.3	0.7	0.2	0.6	0.2
Anfetaminas/speed	1.3	0.7	1.4	0.4	1	0.4	1.6	0.6	1.1	0.5	1.4	0.5	1.3	0.3	1	0.3	0.9	0.3
Cocaína en polvo	2.7	1	2.6	0.6	2.3	0.8	3.8	1.3	4.1	1.2	4.6	1.3	4.4	1.5	4.2	1	3.6	0.9
Cocaína base	0.2	0	0.2	0	0.4	0	0.2	0	0.2	0	0.3	0	0.7	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.7	1.6	4.2	1	3.6	0.9
Heroína	0.8	0.3	0.4	0.1	0.2	0	0.2	0	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0	0.2	0
Inhalables	0.2	0.1	0.3	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0	0	0.1	0.1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.6	5.2	4.7	9.1	3.4	7.6	6.4	13.2
Tranquilizantes (sin receta)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	1	0.9	0.9	1.5	1.7	0.9	1
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.5	2.8	4.3	2.6	4.6	3.1	5.9
Somníferos (sin receta)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7	0.9	0.6	0.8	1.1	1	0.5	0.7
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.5	6.7	6.8	11.5	4.6	9.3	7.6	15.3
Hipnosedantes* (sin receta)	8.2	1.6	2.3	2.4	2.3	2.4	2.5	3.1	2.9	3.3	1.1	1.3	1.2	1.4	1.9	1.9	1.1	1.2

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Tabla 2.8. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1997-2011.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51.4	34.4	45	35.2	46.5	36.3	47.9	37.9	43.1	33.6	42.6	34.7	44.7	34	41.4	33.7
Alcohol	75.8	52.1	74.4	49.1	76.4	50.9	75.8	52.1	76	52.9	71.4	49	74	52.2	73.2	51.2
Cánnabis	6.7	2.5	6.2	2.8	9.4	3.4	11.3	3.9	12.5	4.7	10	4.2	11	4	10.2	3.8
Éxtasis	0.5	0.1	0.3	0.2	1.3	0.3	0.5	0.2	0.9	0.3	0.6	0.2	0.5	0.2	0.4	0.2
Alucinógenos	0.3	0.1	0.3	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1	0.4	0.1	0.1	0	0.2	0.1	0.2	0.1
Anfetaminas/speed	0.4	0.1	0.4	0.2	0.9	0.2	0.4	0.1	0.6	0.2	0.4	0.1	0.4	0.2	0.4	0.1
Cocaína en polvo	1.5	0.2	1.3	0.4	2.2	0.5	1.6	0.5	2.5	0.7	2.5	0.8	2	0.4	1.8	0.5
Cocaína base	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0	0.1	0	0.5	0.1	0.1	0	0.1	0.1
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.5	0.8	2	0.4	1.8	0.5
Heroína	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0	0.1	0	0.1	0
Inhalables	0.1	0	0	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	1.7	3.7	3.3	6.3	2.4	5.7	4.4	9.6
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	1.3	2.8	2	3	1.9	3.5	2.1	4.7
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	2.3	5.1	4.3	7.6	3.2	7	5.2	11.4

*Traquilizantes y/o somníferos
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Observando otra de las sustancias de comercio legal en los últimos 12 meses, el tabaco, los hombres muestran un porcentaje de consumo 8,2 puntos mayor que el de las mujeres (44,2% y 36,0% respectivamente). Se trata de una diferencia entre sexos menor que la registrada en 2009, debido principalmente al descenso de consumo que se produce entre los hombres. Tanto para los últimos 12 meses como para los últimos 30 días, la proporción de hombres que consumen tabaco con respecto a la de mujeres es la misma: 1,23 hombres por cada mujer.

En cuanto al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, los hombres muestran una prevalencia de consumo de 83,2% frente al 69,9% de las mujeres. La diferencia se hace mayor si nos referimos a los últimos 30 días, con 22 puntos de diferencia (73,2% vs 51,2%), similar a la que se produce en años anteriores.

En relación a los últimos 12 meses y entre las sustancias psicoactivas ilegales, la prevalencia entre los hombres al menos duplica a la de las mujeres en todas las sustancias estudiadas excepto en los hipnosedantes sin receta (destacando los casos de los alucinógenos o las anfetaminas, donde el número de hombres que consumen triplica al de las mujeres, o el caso de la cocaína en polvo, con cuatro veces más hombres consumidores que mujeres).

Respecto a la sustancia ilegal más consumida, el cannabis, se encuentra extendido entre un 13,6% de los hombres frente al 5,5% de las mujeres, habiéndose producido un descenso en su consumo respecto a 2009 en los dos sexos (-1,2 y -0,7 puntos respectivamente considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses). Concretando en el consumo en los últimos 30 días, la prevalencia entre los hombres alcanza el 10,2% y entre las mujeres, el 3,8%, y aunque respecto a 2009 el consumo entre los hombres ha disminuido más que entre las mujeres (-0,8 vs -0,2 puntos porcentuales), la proporción resulta que por cada mujer consumidora de cannabis hay 2,7 hombres.

Diferencias en el uso de drogas por edad

En España, considerando el último año, el consumo de drogas está más extendido entre las personas de 15 a 34 años (Tablas 2.9 a 2.11) tanto para las drogas ilegales como para aquellas de comercio legal. La excepción se encuentra en los somníferos y tranquilizantes, con una mayor proporción de consumidores de entre 35 y 64 años, aunque en caso de los tranquilizantes, también está creciendo la prevalencia entre el grupo de 15 a 35 años (pasando del 3,1% en 2009 a 5,5% de consumidores en los últimos 12 meses en el año 2011). De este modo, tomando de referencia tanto los últimos 12 meses como los últimos 30 días, para las personas de entre 35 a 64 años, después del alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva más consumida son los tranquilizantes (12,4% para el último año y 9,5% para el último mes) mientras que para aquellos de entre 15 y 34 años es el cannabis (17,0% para el último año y 12,5% para el último mes).

Con la excepción de los hipnosedantes, contemplando el último año de consumo, el grupo de entre 15 y 34 años no incrementa la prevalencia con respecto a los datos obtenidos en el año 2009 en ninguna de las sustancias estudiadas (disminuye o permanece estable).

Tabla 2.9. Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2011.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	72.7	66.9	65.2	64.7	69.4	67.6	69.2	68.7	67.9	70.7	66.6	69.8	70.1	78.3	67.8	74.2
Alcohol	-	-	91.4	89.9	87.4	87.2	89.3	88.8	88.9	88.3	93.2	94.1	87.7	88.3	92.2	95.5	89.5	91.7
Cánnabis	22.9	6.1	32.4	14.4	28.1	12.3	34.3	15.3	39	21	39.4	20.4	37.5	20.2	42.4	25.2	36.9	21.6
Éxtasis	3.5	0.5	4.8	0.4	4.4	0.7	7.7	1	8.3	1.6	7.6	1.9	7.2	2.2	8.4	2.6	5.7	2.3
Alucinógenos	3.3	0.9	4.7	1.3	2.9	1	4.6	1.3	4.7	1.6	5.4	1.9	5.9	2.3	5.7	2.4	4.4	2
Anfetaminas/speed	3.7	1	4.2	1.3	3.1	1.3	4.6	1.5	4.7	1.9	5.2	2	5.6	2.6	5.7	2.4	4.6	2.4
Cocaína en polvo	5.4	1.4	5.5	1.6	4.7	1.8	7.7	2.4	8.9	3.6	10.4	4.4	11.4	5.5	13.5	7.9	11	7.4
Cocaína base	0.5	0.1	0.7	0.2	0.6	0.2	0.7	0.3	0.7	0.3	0.7	0.6	2.3	1.5	0.9	0.9	0.8	1
Heroína	1.4	0.2	0.9	0.3	0.6	0.3	0.7	0.5	0.8	0.9	0.6	0.7	0.6	1	0.4	0.6	0.4	0.6
Inhalables	1.1	0.3	1.3	0.3	0.9	0.4	1.5	0.2	1.7	0.5	1.2	0.5	1.7	0.8	1	0.4	1.1	0.6
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.1	8.4	8.8	16	7.1	13.8	10.7	21
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.9	5.8	3.7	7.6	4	8	3.9	10.3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Tabla 2.10. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2011.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	54.5	39.9	49.5	40.6	52	41.2	52.8	43.8	47.3	38.8	46.2	38.8	45.3	41.1	43.8	37.9
Alcohol	72.9	64.1	82.5	74.9	79	71.8	81.5	75.2	79.5	74.2	79.4	74.7	76.9	71.1	80.1	77.7	79.1	75.1
Cánnabis	12.7	2.3	14.2	1.8	12.6	2.2	16.7	3.3	20.1	4.2	19.8	4.7	18.9	3.9	19.4	4.6	17	5.1
Éxtasis	2.4	0.1	1.8	0	1.6	0.1	3.7	0.2	2.9	0.1	2.4	0.4	2.4	0.4	1.8	0.2	1.4	0.2
Alucinógenos	1.3	0.2	1.8	0.1	1.2	0.2	1.3	0.2	1.1	0.2	1.5	0.1	1.4	0.1	1.1	0.1	0.9	0.1
Anfetaminas/speed	1.8	0.2	1.8	0.1	1.3	0.2	2.2	0.2	1.6	0.2	1.9	0.3	1.7	0.2	1.4	0.1	1.1	0.3
Cocaína en polvo	3.1	0.5	2.9	0.5	2.8	0.5	4.5	0.9	4.8	0.9	5.2	1.3	5.3	1.3	4.3	1.5	3.5	1.4
Cocaína base	0.1	0.1	0.2	0.1	0.4	0	0.2	0	0.2	0	0.2	0.1	0.6	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
Heroína	0.9	0.1	0.4	0.1	0.2	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1
Inhalables	0.2	0.1	0.4	0	0.1	0.1	0.3	0	0.2	0	0.2	0.1	0.2	0	0.1	0	0.1	0.1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.7	4.8	4.4	8.4	3.1	7.1	5.5	12.4
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.5	3.6	1.8	4.6	1.9	4.7	2	5.9
Tranquilizantes(sin receta)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7	0.9	1.1	0.8	1.6	1.5	1	0.9
Somníferos (sin receta)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	0.9	0.7	0.7	1	1.1	0.5	0.7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Tabla 2.11. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2011.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	49.6	36.9	43.7	36.9	46.3	37.5	47.2	39.5	42.3	35.5	42.2	36.3	40.9	38.4	40.4	35.9
Alcohol	66.7	61.6	64.4	59.4	65.7	62.1	65.8	62.7	66.3	63.4	61.7	59.4	63.1	63.3	63.7	61.5
Cánnabis	8.5	1.1	7.9	1.5	11.5	2.3	13.4	2.9	15.4	3.6	13.5	2.8	14.1	3.2	12.5	3.7
Éxtasis	0.6	0	0.5	0	1.5	0.2	0.7	0	1.1	0.2	0.8	0.2	0.8	0.1	0.6	0.1
Alucinógenos	0.4	0	0.3	0.1	0.4	0.1	0.4	0	0.5	0.1	0.2	0	0.4	0	0.3	0.1
Anfetaminas/speed	0.5	0	0.5	0.1	1.1	0.1	0.4	0.1	0.8	0.1	0.5	0.1	0.7	0.1	0.5	0.1
Cocaína en polvo	1.6	0.2	1.5	0.3	2.4	0.5	1.9	0.4	2.8	0.7	2.9	0.7	2	0.7	1.7	0.8
Cocaína base	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
Cocaína general															1.7	0.8
Heroína	0.2	0.1	0.1	0	0	0	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0.1
Inhalables	0.1	0	0	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0	0	0	0	0	0
Tranquilizantes	--	--	--	--	--	--	--	--	1.6	3.5	2.5	6.2	1.8	5.5	2.8	9.5
Somníferos	--	--	--	--	--	--	--	--	0.8	2.9	1	3.6	1.2	3.7	1.3	4.7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Tabaco

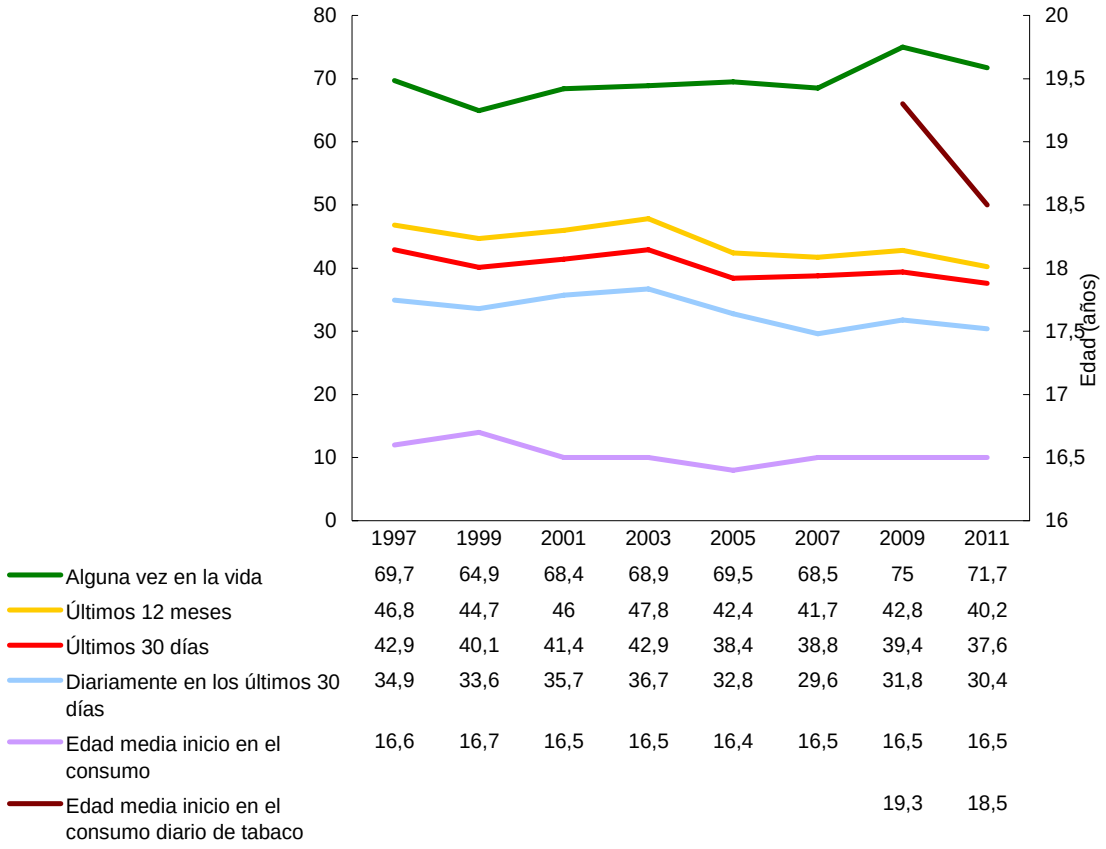
En el año 2011, el 71,7% de las personas de entre 15 y 64 años en España había consumido tabaco al menos una vez en la vida (Figura 2.2). Supone una reducción de 3,3 puntos respecto a la medición anterior pero no llega a los niveles de años anteriores que en ningún caso superaban el 70%.

Si nos referimos al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia desciende al 40,2%, lo que supone el 56,1% de las personas que habían consumido tabaco alguna vez en la vida (Figura 2.3). Aunque esta proporción es similar a la registrada en 2009, (57,1% de los que han fumado alguna vez en la vida, lo han hecho en el último año), nos encontramos ante el nivel de prevalencia más bajo de toda la evolución temporal analizada. Igualmente ocurre en el indicador temporal de los últimos 30 días, que presenta el nivel más bajo de los años estudiados, 37,6% de la población española de entre 15 y 64 años (Figura 2.2). Finalmente, considerando el consumo diario de tabaco en el último mes, la prevalencia desciende al 30,4%. Conviene indicar, que para calcular la continuidad en el consumo, se realiza el cociente entre la prevalencia del horizonte temporal más próximo y el más alejado que queramos considerar. Por ejemplo, para averiguar cuántas personas de las que han fumado en el último año, también lo han hecho en el último mes, hemos realizado la división de la prevalencia en el último mes entre la del último año.

La edad media de inicio en el consumo (Figura 2.2), fue de 16,5 años en 2011, manteniéndose constante en el tiempo, mientras que la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco ha disminuido, y se sitúa en 18,5 años (frente a 19,3 años registrado en 2009).

El consumo de tabaco diario está más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad (Figura 2.4), llegando a su nivel máximo en el segmento de entre 35 y 44 años (38,1%) mientras que las mujeres muestran la mayor prevalencia en el tramo de entre 25 y 34 años (31%). La mayor diferencia entre sexos se encuentra en el tramo de 55 a 64 años (27,5% de los hombres frente al 16,3% de las mujeres) mientras que las proporciones aparecen más igualadas entre los 15 y los 24 años (28,7% de los hombres frente al 24,8% de las mujeres). El consumo diario medio de cigarrillos, entre los españoles de entre 15 y 64 años en el último mes, es de 13,6 cigarrillos. Por su parte, el hombre fuma más cantidad diariamente (14,6 cigarrillos) que la mujer (12,3).

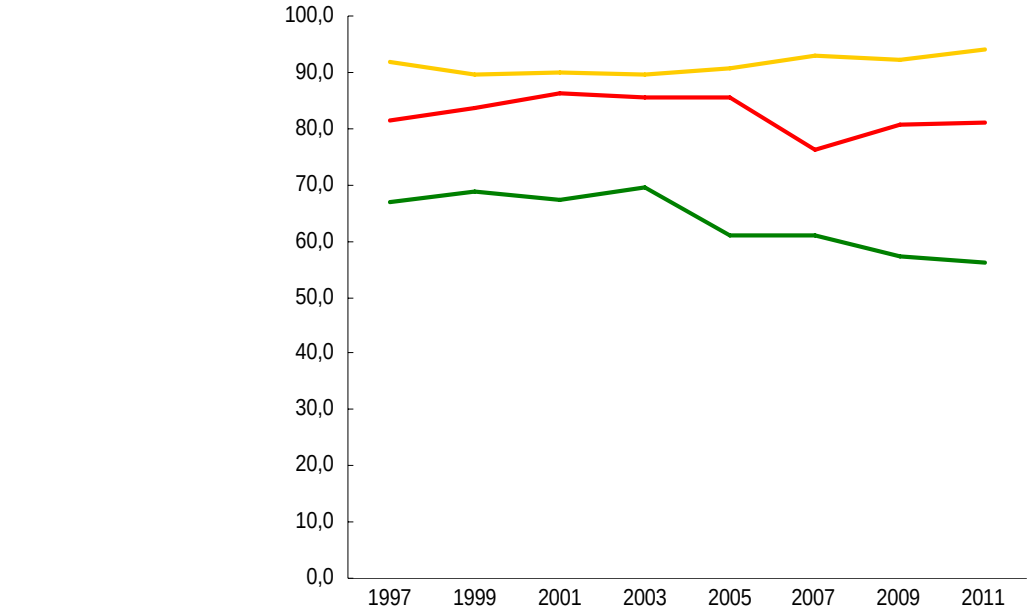
Figura 2.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75	71,7
Últimos 12 meses	46,8	44,7	46	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2
Últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6
Diariamente en los últimos 30 días	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4
Edad media inicio en el consumo	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5
Edad media inicio en el consumo diario de tabaco							19,3	18,5

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

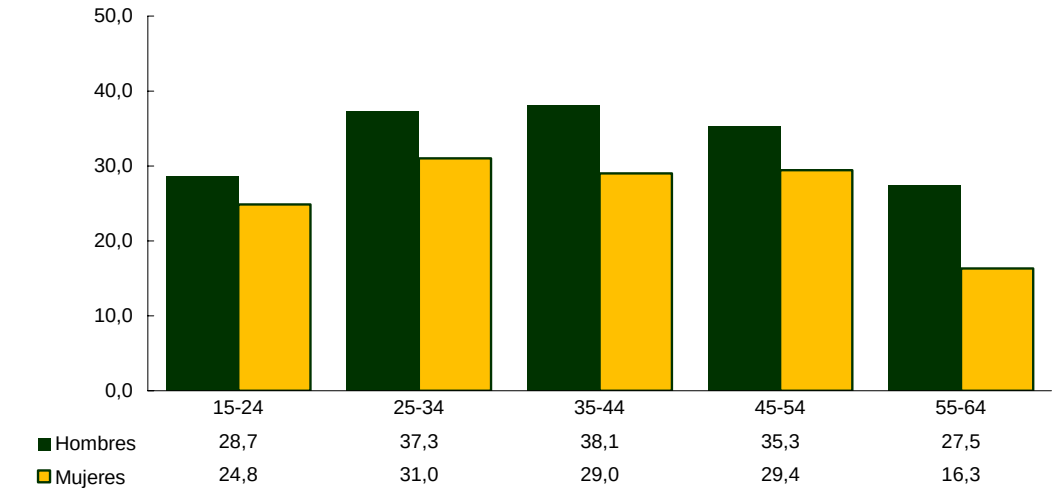
Figura 2.3. Evolución de la continuidad en el consumo de tabaco en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Prevalencia de consumo en el último mes entre los consumidores del último año	91,7	89,7	90,0	89,7	90,6	93,0	92,1	94,0
Prevalencia de consumo en el último año entre los consumidores de alguna vez en la vida	67,1	68,9	67,3	69,4	61,0	60,9	57,1	56,1
Prevalencia de consumo diario entre los consumidores del último mes	81,4	83,8	86,2	85,5	85,4	76,3	80,7	81,0

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Figura 2.4. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.

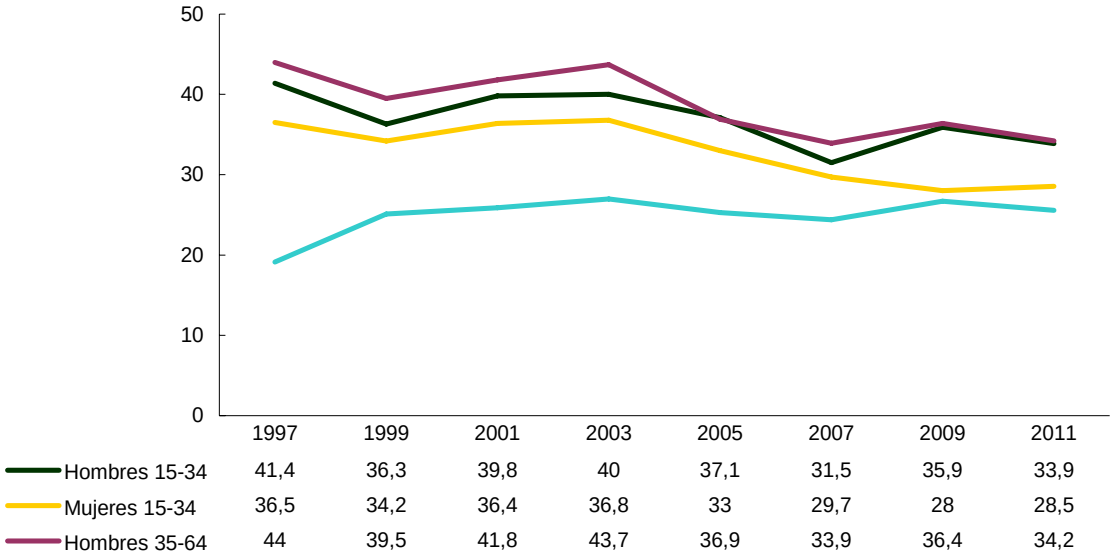


	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Hombres	28,7	37,3	38,1	35,3	27,5
Mujeres	24,8	31,0	29,0	29,4	16,3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

La evolución en el consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad (Figura 2.5) muestra que la disminución en la prevalencia que se observaba en el año 2011 con respecto al año 2009 proviene principalmente de los hombres, tanto de aquellos de entre 15 a 34 años (de 35,9% a 33,9%) como de aquellos de entre 35 a 64 años (de 36,4% a 34,2%). Sin embargo, este tipo de consumo crece ligeramente entre las mujeres de 15 a 34 años, medio punto (hasta el 28,5%) rompiendo la tendencia descendente que se venía observando para este segmento de la población desde el año 2005.

Figura 2.5. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2011.



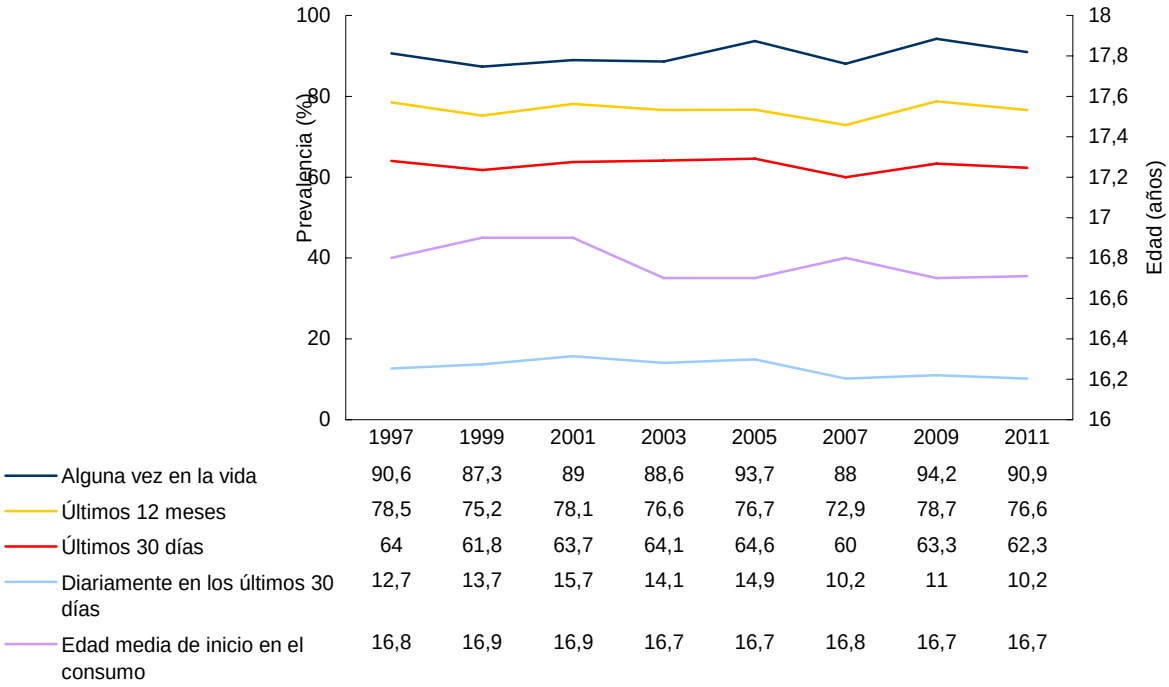
	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Hombres 15-34	41,4	36,3	39,8	40	37,1	31,5	35,9	33,9
Mujeres 15-34	36,5	34,2	36,4	36,8	33	29,7	28	28,5
Hombres 35-64	44	39,5	41,8	43,7	36,9	33,9	36,4	34,2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Alcohol

La extensión del consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad española es prácticamente universal. Así, en 2011, el 90,9% de la población española de entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida, el 76,6% de la población admitió haberlas consumido alguna vez durante el último año y el 62,3% lo hizo en el último mes. Para todas las frecuencias temporales contempladas, el consumo de bebidas alcohólicas se reduce en 2011 con respecto a 2009 (-3,3, -2,1 y -1,0 puntos porcentuales respectivamente), año donde repuntaron los niveles de consumo en todos los tramos temporales. Por su parte, en 2011, el consumo diario de alcohol se reduce 0,8 puntos porcentuales con respecto a 2009, hasta un porcentaje del 10,2%, volviendo así a niveles de 2007 (Figura 2.6 y Tabla 2.12).

Figura 2.6. Evolución temporal de la prevalencia de consumo de alcohol y edad media de inicio en el consumo de alcohol en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	90,6	87,3	89	88,6	93,7	88	94,2	90,9
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6
Últimos 30 días	64	61,8	63,7	64,1	64,6	60	63,3	62,3
Diariamente en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11	10,2
Edad media de inicio en el consumo	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Tabla 2.12. Evolución temporal de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	-	90.6	87.3	89	88.6	93.7	88	94.2	90.9
Último año	68.5	78.5	75.2	78.1	76.6	76.7	72.9	78.7	76.6
Último mes	-	64	61.8	63.7	64.1	64.6	60	63.3	62.3
Diario en el último mes	-	12.7	13.7	15.7	14.1	14.9	10.2	11	10.2
Nunca	-	9.4	12.7	11	11.4	6.3	12	5.8	9.1

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011

En todas las frecuencias temporales estudiadas y para todos los tramos de edad, el hombre presenta mayores prevalencias de consumo de alcohol que la mujer. El 94,0% de los hombres consultados había consumido alcohol alguna vez en su vida frente al 87,7% de las mujeres; el 83,2% de los hombres habían consumido alcohol en el último año frente al 69,9% de las mujeres y el 73,2% de los hombres consultados consumieron alcohol en el último mes frente al 51,2% de las mujeres. La prevalencia de consumo diario de alcohol, en los últimos 30 días, fue de 15,3% en hombres y de 5% en mujeres.

Como en años anteriores, la diferencia de las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres va creciendo conforme se examinan tramos temporales más próximos en el tiempo. Así, la razón hombre/mujer para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 1,07 hombres por cada mujer, de 1,19 para la prevalencia de consumo en el último año, de 1,43 para la prevalencia de consumo en el último mes y de 3,06 para el consumo diario en el último mes, sin que se hayan registrado cambios significativos en este sentido en 2011 con respecto a 2009 (1,04, 1,16, 1,41 y 3,3, respectivamente).

Atendiendo a los resultados por grupos de edad, el segmento de población de entre 15 y 34 años muestra una prevalencia de consumo de alcohol en el último año ligeramente superior al del grupo de entre 35 y 64 años (79,1% frente a 75,1%). Igualmente, si nos ceñimos al último mes, la prevalencia en el primer grupo de edad supera a la del segundo, aunque con una menor diferencia porcentual (63,7% frente a 61,5%). Si en el año 2009 el consumo de alcohol en el último mes entre aquellos de entre 35 y 64 superaba levemente al que presentaban aquellos de entre 15 y 34 años (63,3% vs 63,1% respectivamente), en 2011 se vuelve a la tendencia histórica en la que la prevalencia era mayor en el grupo más joven, si bien la diferencia entre los dos grupos de edad se ha ido reduciendo con el tiempo.

Sin embargo, cuando se analiza el indicador de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en el último mes respecto al total de la población española consultada, la prevalencia en el grupo de 15 a 34 años duplica la observada entre los que forman el grupo de entre 35 y 64 años (22,1% frente a 11,0%).

Si examinamos los diferentes tramos de edad de una forma más desagregada, se observa que son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) aunque no a mucha distancia del mostrado por los grupos de entre 15 y 24 años y entre 35 y 44 años (78,5% y 78,0% respectivamente). Respecto al consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, es también el grupo de entre 25 y 34 años el que muestra la mayor prevalencia de consumo (64,9%) seguido del grupo de entre 45 a 54 años (63,6%) y de entre 35 a 44 años (63,1%). Se constata, por tanto, que el hábito en el consumo de alcohol (consumos en último año y en último mes) se encuentra extendido en proporciones muy similares en un amplio rango de edad.

Por otra parte, teniendo en cuenta tanto el sexo como la edad de los entrevistados, las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres muestran mayor similitud en el tramo de edad de entre 15 y 24 años que en el resto de grupos de edad y para todos los indicadores temporales (Tabla 2.13).

Respecto al consumo diario de alcohol, éste va siendo mayor entre las personas conforme aumenta la edad, en ambos sexos, alcanzando los hombres de entre 55 y 64 años cifras del 32,5% de prevalencia frente al 10,5% entre las mujeres del mismo grupo etario. De este modo, se puede afirmar que, a partir de los 25 años, hay al menos 3 hombres que beben alcohol diariamente por cada mujer que lo hace.

Tabla 2.13. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez en la vida	88.1	84.5	94	89	94.7	89	95.6	89.6	96.5	84.6
Último año	81.9	75	85.9	72.8	84.1	71.6	83.5	69.7	79.2	59.5
Último mes	67.3	56.3	74.9	54.4	74.6	50.8	74.6	53	72.2	41.2
Diario en el último mes	2.2	1	7.3	2.1	13.8	4.3	21.9	7.1	32.5	10.5
Nunca	11.9	15.5	6	11	5.3	11	4.4	10.4	3.5	15.4

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011

La edad media de inicio en el consumo de alcohol registrada en 2011 es de 16,7 años, similar a la anotada en años anteriores. Por su parte, los hombres comienzan su consumo de alcohol año y medio antes (16 años) que las mujeres (17,5 años). Al analizar la edad de inicio en el consumo de alcohol por tramos de edad, se observa cómo conforme va aumentando la edad de las personas consultadas, la edad de inicio de consumo de alcohol es más tardía y conforme se consulta a personas más jóvenes, la edad de inicio es más temprana; de este modo, se observa que las personas de entre 15 y 24 años comienzan a consumir alcohol, de media, a los 15,4 años mientras que el segmento entre 55 y 64 años lo inició a los 17,8 años (Tabla 2.14).

Tabla 2.14. Edad media de inicio en el consumo de alcohol según sexo y edad. España, 2011

	15-25	25-34	35-44	45-54	55-64	Hombre	Mujer
Edad de inicio en el consumo de alcohol	15,4	16,2	16,8	17,2	17,8	16,0	17,5

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011

Tomando en consideración los diferentes tipos de bebida y el momento de consumo (días laborables/fines de semana) en el último mes, se observa que, en términos generales, el porcentaje de personas que consumen alcohol en fin de semana es prácticamente el doble de los que consumen durante los días laborables (60,2% frente a 31,9%) (Tabla 2.15). Esta diferencia es más pronunciada entre los jóvenes de 15 a 34 años dado que el 24,9% de este grupo consume alcohol en días laborables mientras que este porcentaje alcanza el 36,3% entre la población de 35 a 64 años.

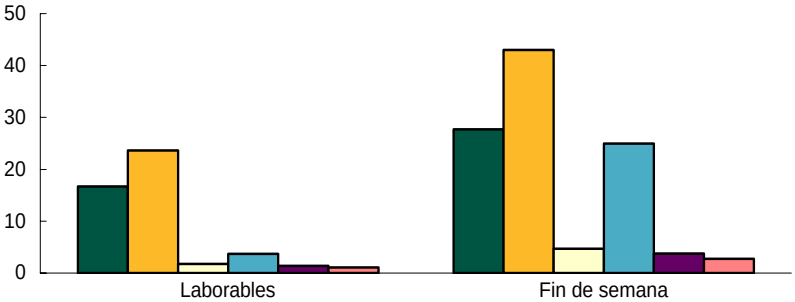
La bebida con la que las personas muestran un hábito más diferenciado entre días laborables y fin de semana son los combinados/cubatas, que son consumidos por el 3,7% en días laborables mientras que son consumidos por una de cada cuatro personas (24,9%) de 15 a 64 años que consume durante el fin de semana.

Centrándonos en el último mes y en los españoles de entre 15 y 64 años, la bebida alcohólica consumida por un mayor número de personas es la cerveza (Figura 2.7), tanto en los días

laborables (23,6%) como en los fines de semana (43%), habiendo crecido en este sentido con respecto al año 2009 (en 3,6 y 1,7 puntos porcentuales respectivamente) tanto en el grupo de entre 15 y 34 años como en el de 35 y 64 años.

En días laborables (de lunes a jueves), la cerveza es consumida por el 24,8% de las personas del grupo de mayor edad (35-64 años) y por el 21,6% del grupo de 15 a 34 años. El vino es la segunda bebida más consumida en días laborables. En este caso, sí existe una diferencia muy evidente según la edad de los encuestados, pues el consumo de vino se encuentra extendido, principalmente, en el grupo de 35 a 64 años (22,4%) frente al 7,4% observado en el grupo de 15 a 34 años (Tabla 2.15).

Figura 2.7. Prevalencia de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, en la población de 15-64 años, según tipo de bebida (porcentajes). España 2011.



	Laborables	Fin de semana
vino	16,7	27,7
cerveza	23,6	43
licores fuertes	1,7	4,7
combinados/ cubatas	3,7	24,9
aperitivos/ vermut	1,4	3,8
licores de frutas	1,1	2,8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo), la bebida consumida por un mayor porcentaje de personas es también la cerveza (44,1% de las personas de entre 15 y 34 años y 42,4% de aquellos de entre 35 a 64 años). Al igual que ocurría durante los días laborables, se observa que también en fin de semana, la cerveza es una bebida muy popular independientemente de los segmentos de edad. Sin embargo, si nos referimos al vino y a los combinados (que junto con la cerveza son las tres bebidas alcohólicas más consumidas en fin de semana), se registran mayores diferencias según los grupos de edad considerados. El vino muestra mayor extensión en el grupo de 35 a 64 años (34,6%) frente al 16,3% entre los de 15 a 34 años mientras que los combinados están más presentes entre los consumidores más jóvenes. Así, cuatro de cada diez jóvenes de entre 15 y 34 años (40,4%) han consumido combinados en fin de semana en el último mes, mientras que sólo 2 de cada diez los ha consumido en el grupo de 35 a 64 años. A este respecto, conviene resaltar que el consumo de combinados, en 2011, ha aumentado tanto en fin de semana como en días laborables y en ambos grupos de edad (15-34 y 35-64 años).

Tabla 2.15. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana en los últimos 30 días entre toda la población de 15 a 64 años, según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2011.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	16,7	27,7	7,4	16,3	22,4	34,6
Cerveza/sidra	23,6	43,0	21,6	44,1	24,8	42,4
Aperitivos/vermut	1,4	3,8	1,2	3,1	1,5	4,2
Combinados/ cubatas	3,7	24,9	5,2	40,4	2,8	15,5
Licores de frutas	1,1	2,8	1,1	3,5	1,1	2,3
Licores fuertes	1,7	4,7	1,6	5,4	1,8	4,2
Cualquier bebida alcohólica	31,9	60,2	24,9	61,6	36,3	59,4

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

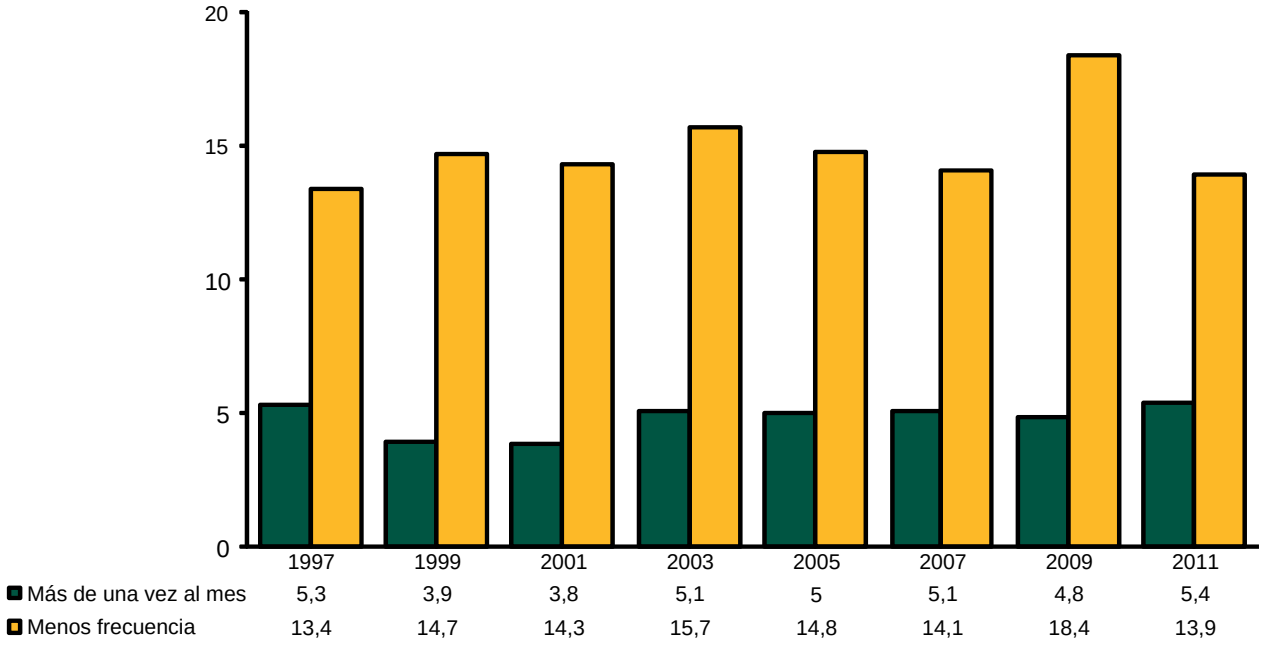
Con respecto a la información obtenida en 2009, el consumo de alcohol en fin de semana se ha reducido ligeramente (pasando de 61,9% a 60,2%) mientras que en días laborables ha crecido. Este incremento podría ser debido a una mayor incorporación del segmento más joven al consumo de alcohol de lunes a jueves. Así, respecto a los datos obtenidos en 2009, en 2011 se registró un notable aumento de la prevalencia de consumo de alcohol en días laborables entre las personas de 15 a 34 años (un incremento de 5,4 puntos porcentuales, pasando de 19,5% a 24,9%), produciéndose un mayor consumo en este sentido en todas las bebidas estudiadas. Es sabido que, en los últimos años, y sobre todo en áreas urbanas, la población más joven ha adelantado el inicio del fin de semana que, en la actualidad, comienza el jueves en lugar del viernes. No obstante, no se puede precisar este dato debido a que el cuestionario de EDADES pregunta por “días laborables (de lunes a jueves)” y no por cada día laborable por separado.

En relación con las intoxicaciones etílicas, el 19,3% de la población de 15 a 64 años admitió haberse emborrachado alguna vez en el curso del último año a ser encuestado (el 25,9% de hombres frente al 12,6 % de mujeres). De ellos, el 5,4% reconoció haberse emborrachado más de una vez al mes en el último año mientras que el 13,9% lo hizo con una frecuencia menor (Figura 2.8). La comparación de estas cifras con las obtenidas en el año 2009, muestra un incremento de 0,6 puntos porcentuales en el número de personas que se emborracharon más de una vez al mes en el último año, alcanzando las cifras más elevadas desde 1995.

El grupo que lidera la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas es el de los hombres de 15 a 34 años, pues el 41,3% de ellos se han emborrachado en el último año frente al 23,5% de mujeres de la misma edad. La desagregación simultánea por edad y sexo muestra, en 2011, un descenso

de las prevalencias de borracheras en todas las categorías consideradas (Figura 2.9) con respecto a 2009 en que registraron un aumento generalizado.

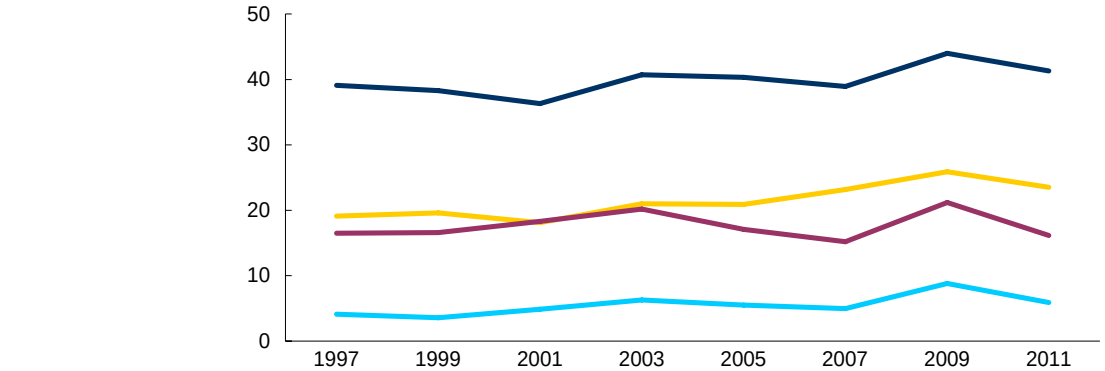
Figura 2.8. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Más de una vez al mes	5,3	3,9	3,8	5,1	5	5,1	4,8	5,4
Menos frecuencia	13,4	14,7	14,3	15,7	14,8	14,1	18,4	13,9

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997- 2011).

Figura 2.9. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2011



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Hombres 15 a 34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44	41,3
Mujeres 15 a 34 años	19,1	19,6	18,1	21	20,9	23,2	25,9	23,5
Hombres 35 a 64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2	16,2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

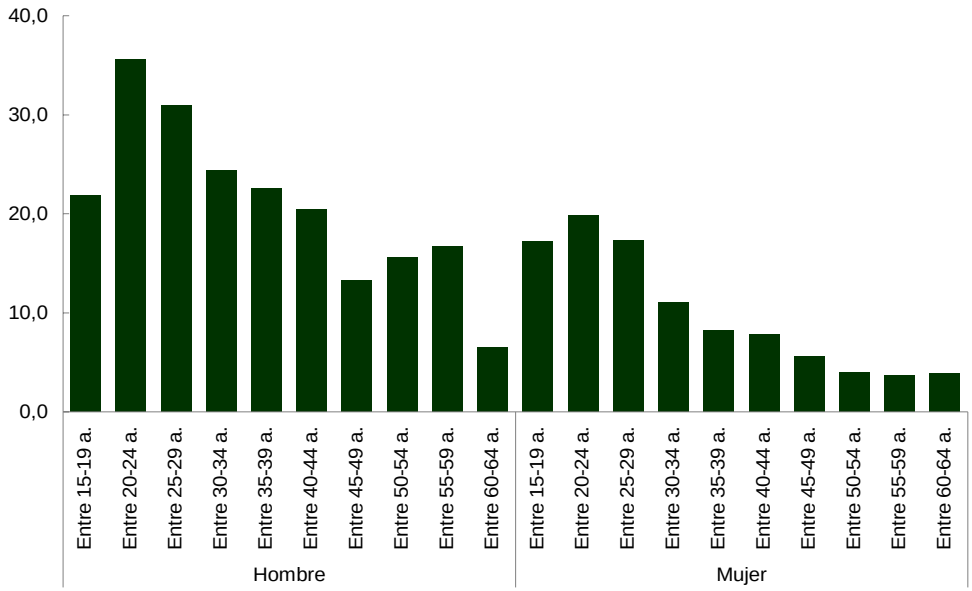
Por su parte, en referencia al binge drinking o consumo de alcohol en atracón (5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas), se observa una prevalencia muy similar a la observada en el año 2009 para el total nacional. En 2011, el 15,2% de los españoles de entre 15 y 64 años ha realizado binge drinking en el último mes, siendo mayor, como es habitual para este tipo de consumo intensivo, la proporción registrada en hombres (20,7%) que en mujeres (9,5%). La razón hombre/mujer, aun sin mostrar cambios muy llamativos, sí parece seguir una tendencia descendente (2,7 en 2007, 2,4 en 2009 y 2,1 en 2011). Con respecto al año 2009 (14,9%), la cifra total nacional asciende ligeramente debido al incremento de un punto porcentual ente las mujeres (8,6% en 2009 a 9,5% en 2011).

En general, para todos los grupos de edad y para ambos sexos, la mayor proporción de consumidores en atracón lo son entre 1 y 5 días al mes 84,1% lo que podría identificarse con un patrón de consumo episódico de fin de semana. No obstante, también se registra una proporción pequeña 3,4 % que admite ingerir 4/5 (mujer/hombre) bebidas alcohólicas en un intervalo de dos horas más de 19 días al mes, lo que podría identificarse con un patrón de dependencia alcohólica.

Tal y como se muestra en la Figura 2.10 y tomando como referencia la población general de 15 a 64 años desagregada por sexo y, posteriormente por grupos de edad, la proporción de hombres que ha realizado un consumo de atracón de alcohol en los últimos 30 días alcanza los mayores niveles entre los 20 y 24 años (35,6%), al igual que ocurre en el caso de las mujeres (19,9%), aunque con una diferencia de 15,7 puntos porcentuales a favor de los hombres.

Asimismo, la diferencia de prevalencia entre el grupo de 15 a 19 años con respecto al grupo de 20-24 años es sustancialmente menor en el caso de las mujeres, registrándose una diferencia de +13,8 puntos porcentuales en el grupo de los hombres y de +2,7 puntos en el de mujeres. En cualquier caso, se observa que para todos los rangos de edad, la prevalencia de binge drinking es menor entre las mujeres.

Figura 2.10. Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (porcentajes). España 2011.



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Si en vez de utilizar como referencia la población general de 15 a 64 años, se analiza el binge drinking entre aquellas personas que han consumido alcohol en el último mes, la cifra asciende hasta alcanzar el 24,5% (28,5% en hombres y 18,6% en mujeres), lo que significa que 1 de cada cuatro personas que ha consumido alcohol en el último mes, lo ha hecho en forma de atracón. En este caso, la razón hombre/ mujer desciende hasta 1,5.

Por último, con respecto a los denominados "bebedores de riesgo" (hombre que consume, por término medio, 50 cc o más de alcohol puro/día o mujer que consume, por término medio 30 cc o más de alcohol puro/día), EDADES 2011 registra una prevalencia de 4,1% (4,5% en hombres y 3,5% en mujeres) en la población española de 15 a 64 años (Tabla 2.16), que resulta ligeramente menor que la registrada en 2009 (4,4%). Teniendo en cuenta los diferentes tramos de edad, los segmentos de edad correspondientes a 15 y 24 años, 25 y 34 años y 45 a 54 años muestran una prevalencia similar (4,3%). Asimismo se registra que hay más mujeres bebedoras de riesgo que hombres entre los 15 y 24 años (Tabla 2.17).

Tabla 2.16. Prevalencia de bebedores de riesgo entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Hombre	Mujer
Prevalencia de bebedores de riesgo	4.3	4.3	3.6	4.3	4.2	4.5	3.5

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Tabla 2.17. Prevalencia de bebedores de riesgo entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Prevalencia de bebedores riesgo	4.2	4.4	4.5	4.1	4.4	2.2	5.1	3.1	4.2	4.2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

A modo de resumen, puede decirse que Edades 2011 registra una tendencia ligeramente descendente del consumo de bebidas alcohólicas en la población general española de 15 a 64 años.

Las mayores prevalencias de consumo siguen correspondiendo a los hombres, para todos los intervalos temporales y también para los tres tipos de patrones de consumo intensivo estudiados (intoxicaciones etílicas, consumo en atracón -binge drinking- y bebedores de riesgo). Estos tres patrones de riesgo muestran también ligeros descensos con respecto a los niveles registrados en 2009. Aparentemente, se ha frenado discretamente el aumento de las prevalencias en mujeres para diversos indicadores (intensivos y no intensivos) que venía observándose en las últimas ediciones de la encuesta.

Los consumos de bebidas alcohólicas siguen concentrándose en el fin de semana aunque se registra un discreto aumento del consumo en días laborables que podría estar relacionado con la tendencia, en los últimos años, de la gente joven por adelantar el inicio del fin de semana al jueves. La bebida consumida por un mayor número de personas es la cerveza, tanto en días laborables como durante el fin de semana, seguida del vino. Aun así, se registra un aumento del consumo de combinados tanto en días laborables como en fin de semana.

Cannabis

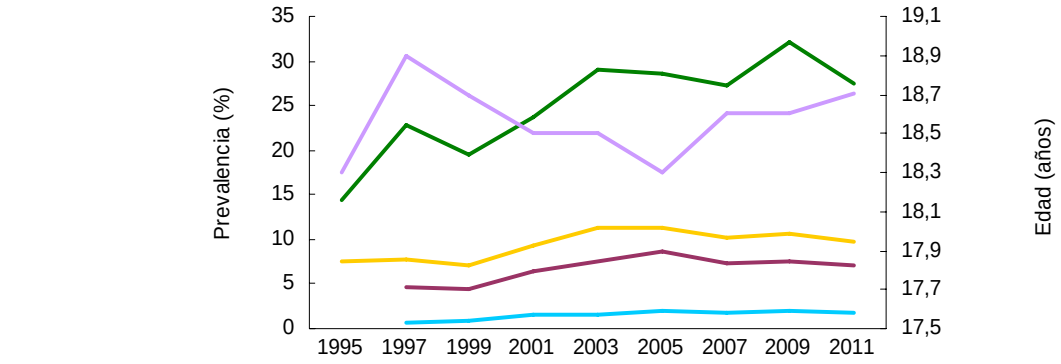
El cánnabis se mantiene como la droga ilegal más consumida entre la población de 15-64 años de edad residente en España, a pesar de detectarse una ligera caída en los tres indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, afectando a la estabilización que se viene observando en los últimos años. Este descenso es de mayor significado en el consumo experimental, único indicador que había aumentado considerablemente en la edición anterior y que había alcanzado los niveles más elevados desde 1995, volviendo con ello a los datos de consumo "alguna vez en la vida" de 2007. (Figura 2.11).

En el año 2011, el 27,4% de los españoles de entre 15 y 64 años afirmaron haber consumido esta sustancia al menos una vez en su vida. Esta prevalencia sufrió un repunte en el año 2009 (alcanzando el 32,1%) por lo que el dato actual supone un decremento en la tasa de consumo de 4,7 puntos porcentuales respecto a la medición anterior, volviendo así a niveles de 2007. Centrándonos en el consumo de cánnabis en el último año, la prevalencia resultante es de un 9,6%, lo que supone un 35% de las personas que lo habían consumido alguna vez en la vida, proporción acorde con la observada en periodos anteriores. Anotar que el nivel de prevalencia del último año supone una reducción de un punto con respecto a la medición anterior, siendo el más reducido desde el año 2003 (año en el que se registraron máximos en este sentido con un 11,3%).

Analizando los resultados del consumo en el último mes, la proporción resultante de consumidores es del 7,0% de la población estudiada, lo que supone un 73% de aquellos que consumieron la sustancia en el último año, y el 25,5% de aquellos que lo consumieron alguna vez en la vida. En términos de prevalencia, la diferencia con respecto a 2009 es de 0,6 puntos, lo que supone la cifra más baja desde el año 2003.

En cuanto al consumo diario de cánnabis considerando el último mes, se observa un 1,7% de prevalencia, sin producirse cambios sustanciales en este sentido respecto a años anteriores. De esta manera se observa que de cada cuatro personas que ha consumido cánnabis en el último mes, una lo hace a diario (24,3%). Por su parte, la edad de inicio en el consumo de esta sustancia se sitúa en 18,7 años, siguiendo así acorde a la tendencia histórica y resultando la droga ilegal cuyo primer consumo se hace a una edad más temprana. (Figura 2.11).

Figura 2.11. Evolución de la prevalencia de consumo de cánnabis y edad media de inicio en el consumo de cánnabis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6
Últimos 30 días		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7
Diariamente en los últimos 30 días		0,7	0,8	1,5	1,5	2	1,7	2	1,7
Edad media de inicio en el	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

En referencia al consumo de cánnabis en el último año, según la edad y sexo de las personas consultadas, se observa cómo, para los dos sexos, el consumo va disminuyendo conforme aumenta la edad. En cualquier caso, se trata de un consumo más extendido entre los hombres, independientemente del rango de edad, aunque las mayores diferencias entre sexos en términos porcentuales aparecen en los tramos de 15 a 24 años (27,6% frente a 13,5%) y 25 a 34 años (20,5% frente a 8,5%). (Figura 2.12).

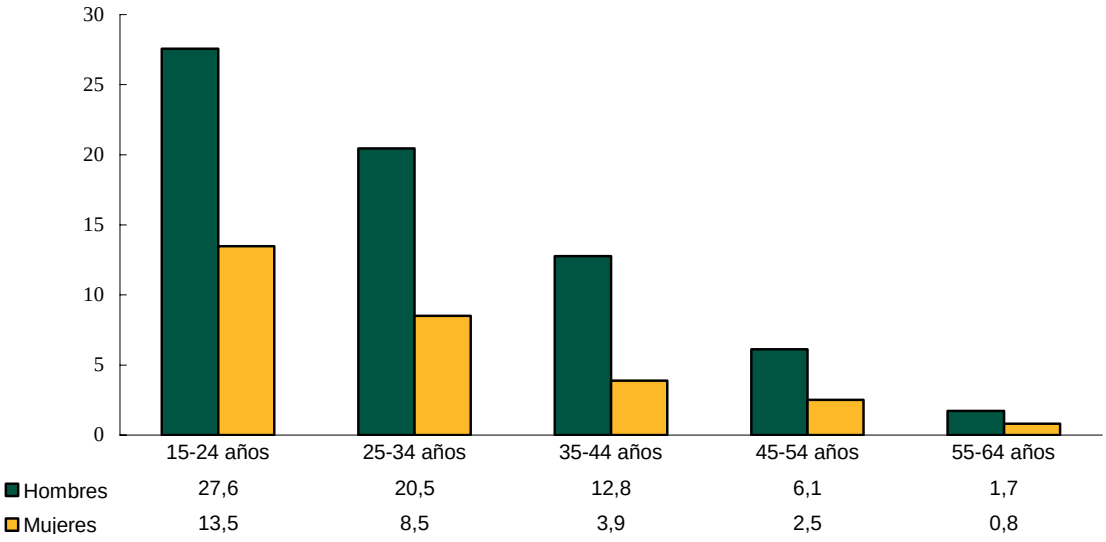
Por otra parte, respecto al año 2009, las evoluciones más importantes de consumo en el último año aparecen en el segmento más joven con una disminución del consumo. Las mujeres de entre 15 y 24 años lo han visto reducido en 4,1 puntos porcentuales (17,6% en 2009 frente a 13,5% en 2011) y en menor medida, los hombres, en 2,3 puntos (29,9% en 2009 frente a 27,6 en 2011). Por el contrario, se constata un incremento en el consumo en el segmento de los hombres de 35 a 44 años, cuya tasa crece 2 puntos porcentuales (10,8% en 2009 frente a 12,8% en 2011).

Atendiendo al consumo de cánnabis en el último mes, igualmente es el grupo de hombres de entre 15 y 24 años (20,0%) y de entre 25 y 34 años (16,2%) donde este consumo es más frecuente (Figura 2.13). Asimismo, conforme aumenta la edad disminuye la proporción de personas que consumen cánnabis en el último mes. En este sentido, entre los dos primeros grupos de edad considerados (15 a 24 años y 25 a 34 años) es donde aparecen las mayores diferencias en la prevalencia de hombres y mujeres.

Las diferencias intersexuales vienen manteniéndose año tras año a favor de las mujeres, cuyas cifras de prevalencia son significativamente más bajas que las de los hombres. No obstante, así como entre los hombres se observa, para todos los grupos de edad, una tendencia generalizada de descenso o estabilización del consumo (excepto para el grupo de 35-44 años), entre las mujeres se observa un aumento de la prevalencia en todos los grupos de edad (excepto para el grupo de 15-24 años), lo que viene a afianzar la disposición al aumento del consumo entre las chicas. (Figuras 2.14 y 2.15).

Por su parte, la evolución más destacada en el consumo del último mes con respecto al año 2009, también se produce en los jóvenes. El consumo de cánnabis entre las mujeres más jóvenes está menos extendido que en el año 2009 (pasando de 12,1% a 9,1%) e igualmente para los hombres aunque con una reducción menor (pasando de 22,1% a 20,0%). Por el contrario, el consumo entre los hombres de entre 35 a 44 años ha aumentado de 7,3% en 2009 a 9,6% en 2011. (Figuras 2.14 y 2.15).

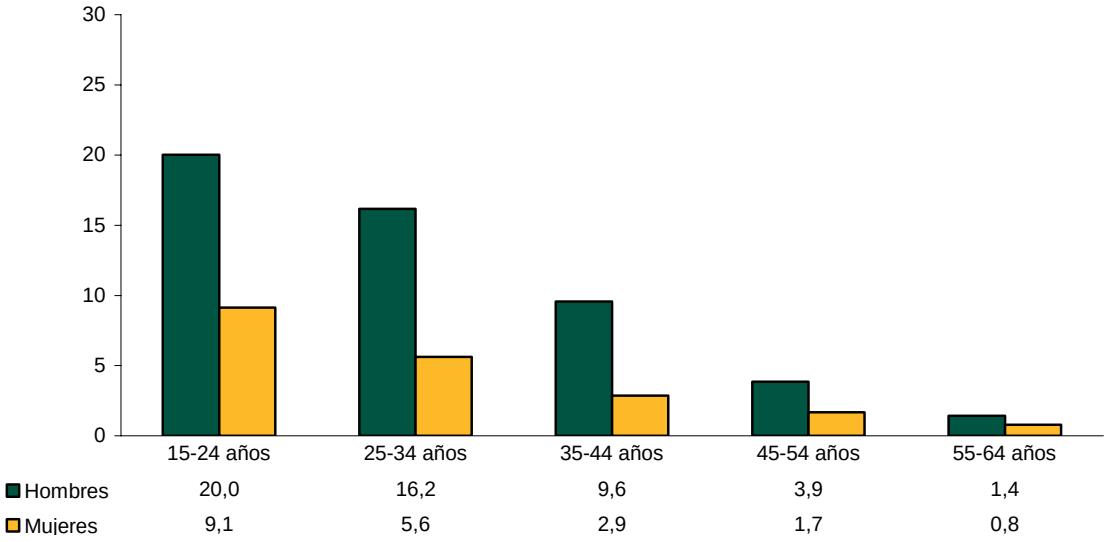
Figura 2.12. Prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	27,6	20,5	12,8	6,1	1,7
Mujeres	13,5	8,5	3,9	2,5	0,8

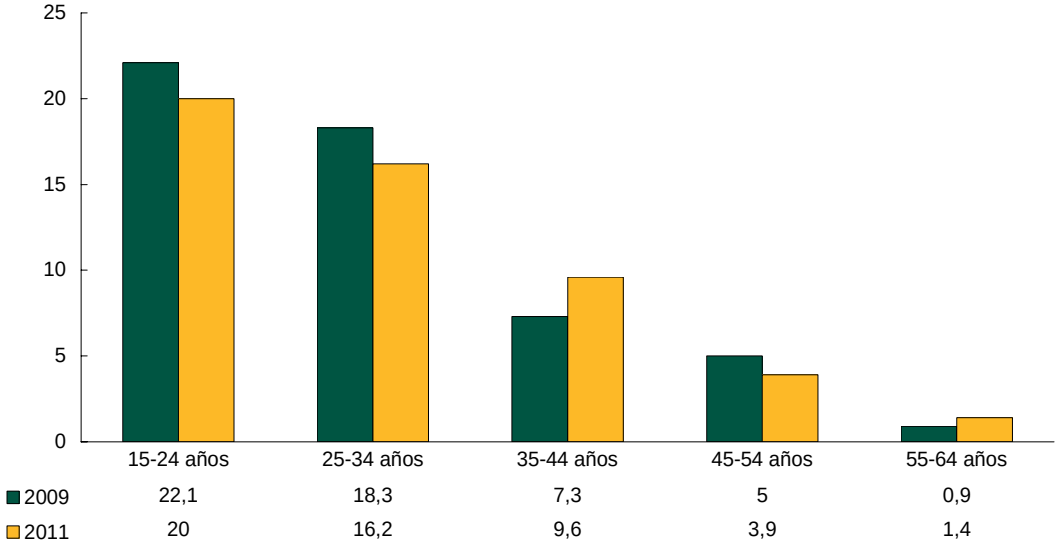
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Figura 2.13. Prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



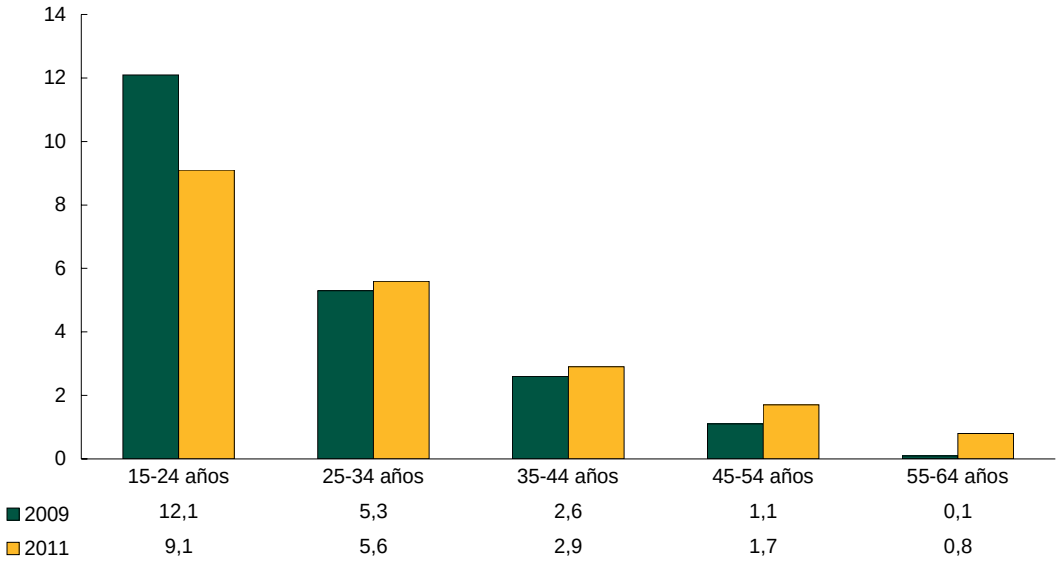
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Figura 2.14. Prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 30 días en los hombres españoles de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 2009-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Figura 2.15. Prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 30 días en las mujeres españolas de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 2009- 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

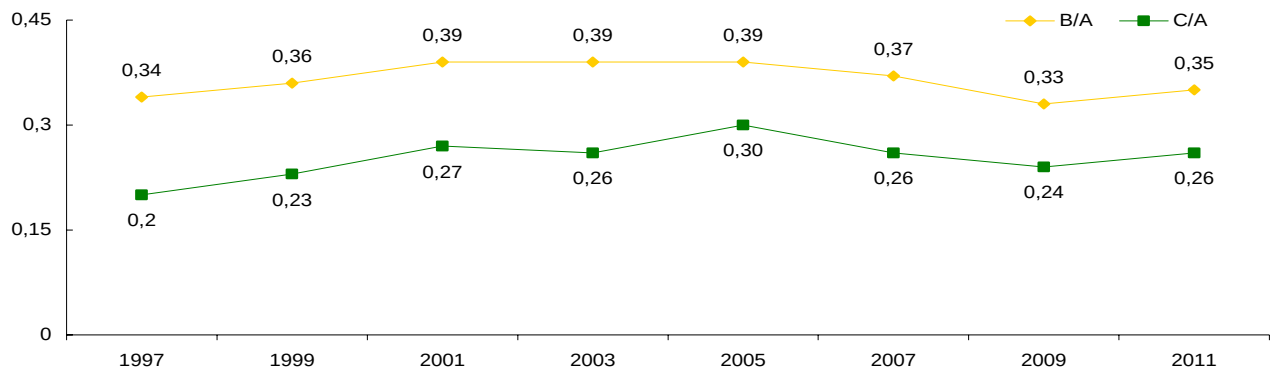
La continuidad en el consumo permanece en 0,26 para los últimos 30 días, es decir una cuarta parte de los que habían consumido cánnabis alguna vez en la vida seguían consumiendo en los últimos 30 días, la misma proporción que en 2009 y unas centésimas más para la continuidad en los últimos 12 meses, siendo esta cifra similar a la obtenida en el año 1997. (Tabla 2.18 y Figura 2.16).

Tabla 2.18. Prevalencia y continuidad en el consumo de cánnabis en la población de 15-64 años. España, 1995-2011.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	14.5	22.9	19.6	23.8	29	28.6	27.3	32.1	27.4
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	7.5	7.7	7	9.2	11.3	11.2	10.1	10.6	9.6
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)		4.6	4.5	6.4	7.6	8.7	7.1	7.6	7
B/A	0.52	0.34	0.36	0.39	0.39	0.39	0.37	0.33	0.35
C/A		0.2	0.23	0.27	0.26	0.3	0.26	0.24	0.26

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

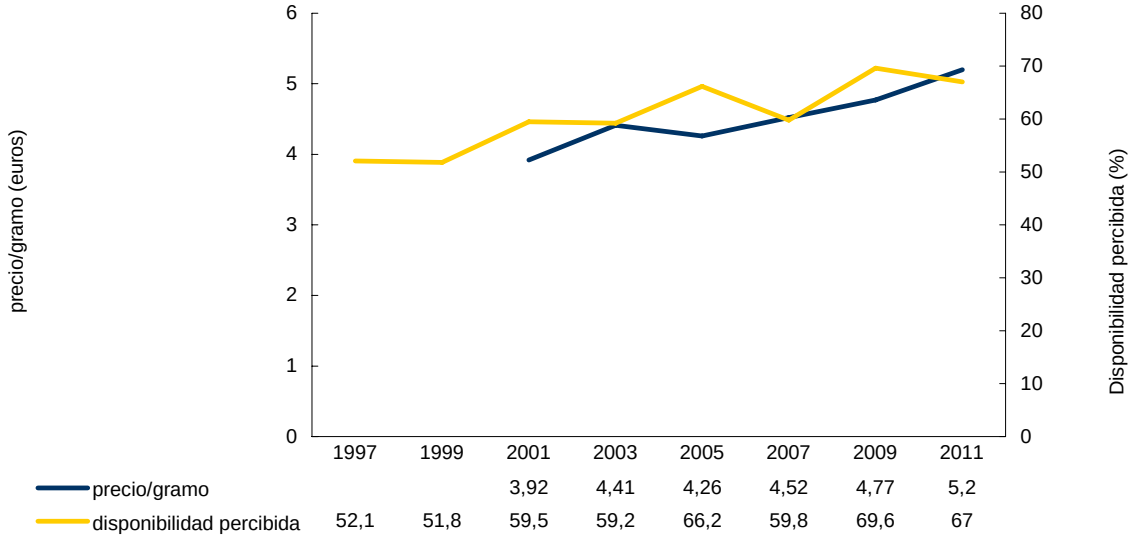
Figura 2.16. Evolución de la continuidad en el consumo de cánnabis en la población de 15-64 años. España, 1997-2011.



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Resulta de interés la relación inversa existente entre la disponibilidad percibida de cánnabis y el precio del gramo de la misma sustancia en el mercado al por menor en España. En 2001, 2005 y 2009 años en que el precio ha sido más bajo, ha correspondido con un aumento de la disponibilidad y al contrario los años 2003, 2007 y 2011 la disponibilidad desciende ante el aumento del precio, aun si este no es particularmente significativo. (Figura 2.17).

Figura 2.17. Evolución de la disponibilidad percibida de cánnabis (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y precio del gramo de cánnabis (euros). España, 1997-2011.



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

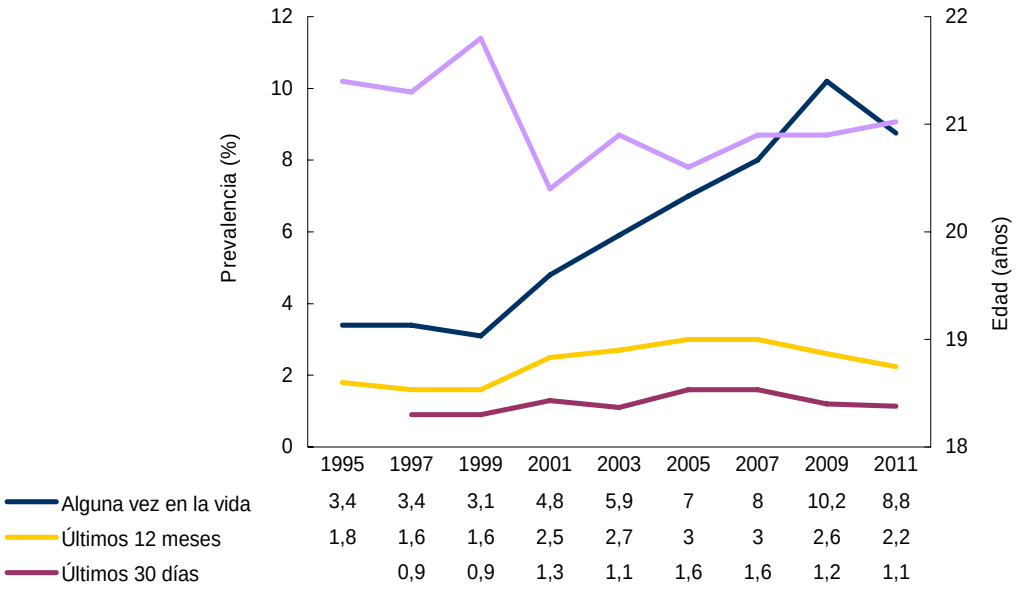
Cocaína

Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la cocaína general (polvo y/o base) es después del cannabis la de mayor prevalencia de consumo en España, entre las personas de 15 - 64 años de edad.

La cocaína en polvo tiene una prevalencia de 8,8% en el indicador alguna vez en la vida, la forma y tipo más consumida de todas. No obstante, en 2011, se observa cómo se rompe la tendencia ascendente que venía manifestándose desde hacía una década y que había alcanzado su máximo nivel en 2009, con una prevalencia del 10,2% de la población consultada y con un crecimiento más cuantioso que en años anteriores (con un incremento de 2,2 puntos porcentuales respecto al año anterior). En todo caso, la reducción no es aún lo suficientemente importante para regresar a los niveles de 2007 (8,0%) ni a los de años anteriores.

Siguiendo con el consumo de cocaína en polvo, el indicador temporal "en los últimos 12 meses", consolida en 2011 la tendencia descendente que comenzó en 2007 (cuando se alcanzó una prevalencia máxima del 3,0%) hasta el nivel de 2,2% que observamos actualmente. De la misma manera ocurre, para la referencia "en los últimos 30 días". En este caso los años 2005 y 2007 marcaron máximos (1,6%) mientras que en 2011 el nivel de prevalencia es medio punto porcentual menor (1,1%), si bien la mayor reducción en este sentido se produjo en el año 2009 que pasó de 1,6% a 1,2%. (Figura 2.18).

Figura 2.18. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.

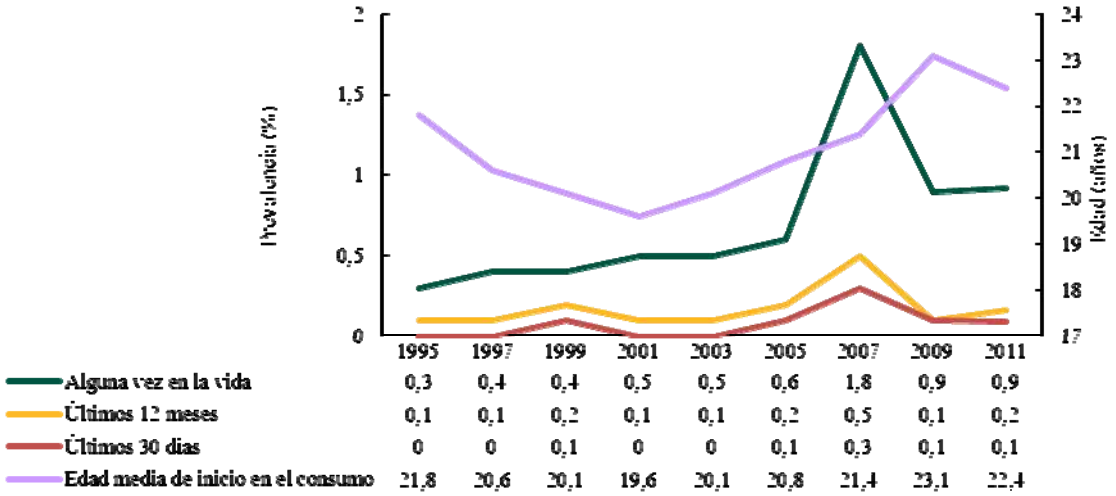


FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Para la cocaína base (crack), observamos niveles de prevalencia similares a los de 2009, año que supuso una inflexión del aumento que se venía observando y que alcanza en 2007 su punto máximo (1,8% para alguna vez en la vida; 0,5% en los últimos 12 meses y 0,3% en los últimos 30 días). En 2011 se constata que el número de personas que ha consumido cocaína base alguna vez en la vida se ha reducido a la mitad con respecto a 2007, aunque la reducción debe continuar para lograr los niveles registrados en los años de menor prevalencia de la serie. Asimismo

debemos destacar que en 2011 las proporciones obtenidas para el consumo en los últimos 12 meses (0,2%) y últimos 30 días (0,1%) están entre las más bajas. (Figura 2.19).

Figura 2.19. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio en el consumo de cocaína base en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011



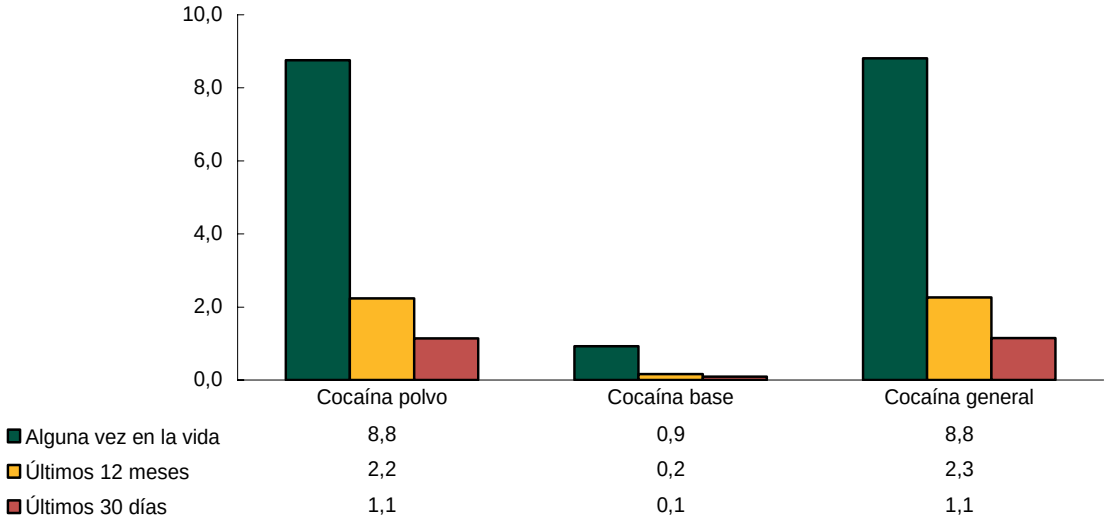
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9
Últimos 12 meses	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2
Últimos 30 días	0	0	0,1	0	0	0,1	0,3	0,1	0,1
Edad media de inicio en el consumo	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

La edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo se sitúa en los 21 años, acorde a la registrada en años anteriores. El inicio en el consumo de cocaína base es más tardío (22,4 años) aunque 2011 es el primer año desde hace una década que la edad de inicio desciende con respecto a la medición anterior (23,1 años registrados en 2009). (Figuras 2.18 y 2.19).

En términos generales cabe destacar que el descenso experimentado en el consumo de cocaína general, se hace fundamentalmente a expensas del consumo de cocaína en polvo, que es la mayoritariamente consumida (Figura 2.20), pues la cocaína base está extendida de manera residual.

Figura 2.20. Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2011

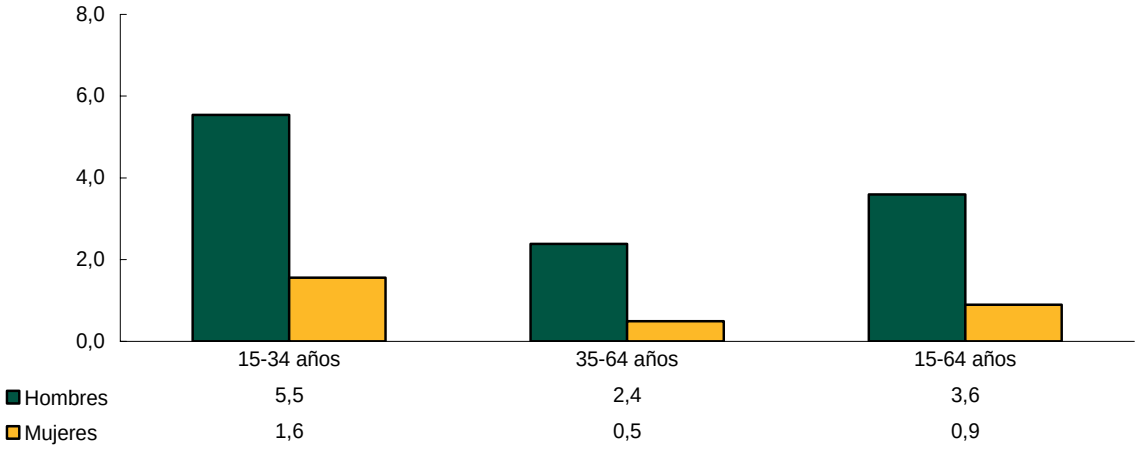


FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Analizando el consumo de cocaína en el último año por sexo, observamos que se trata de un hábito más extendido entre los hombres (3,6%) que entre las mujeres (0,9%), situación mantenida a lo largo de todas las ediciones. No obstante, es importante señalar que la reducción experimentada en las prevalencias de consumo de esta sustancia se produce principalmente por una disminución del consumo entre los varones. (Figuras 2.21 y 2.22).

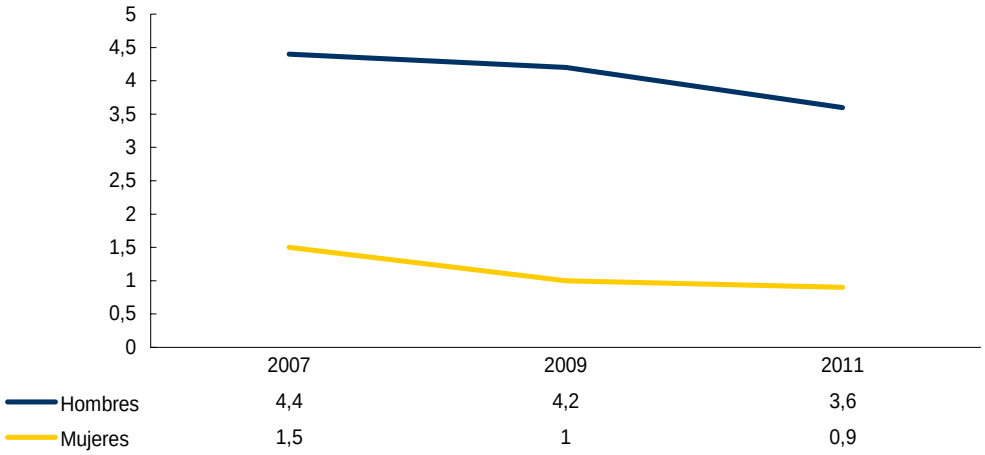
En el caso de los hombres, la sustancia se encuentra extendida en mayor medida entre los 25 y 34 años (5,9%) mientras que en el caso de las mujeres, son las de 15 a 24 años (1,9%) las mayores consumidoras (Figura 2.23). La relación entre hombres y mujeres es de 3,6 hombres por cada mujer que realiza este tipo de consumo, pero si la valoración la hacemos centrándonos en el grupo de población de entre 25 - 34 años esta proporción asciende a los 4,5 hombres por cada mujer.

Figura 2.21. Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



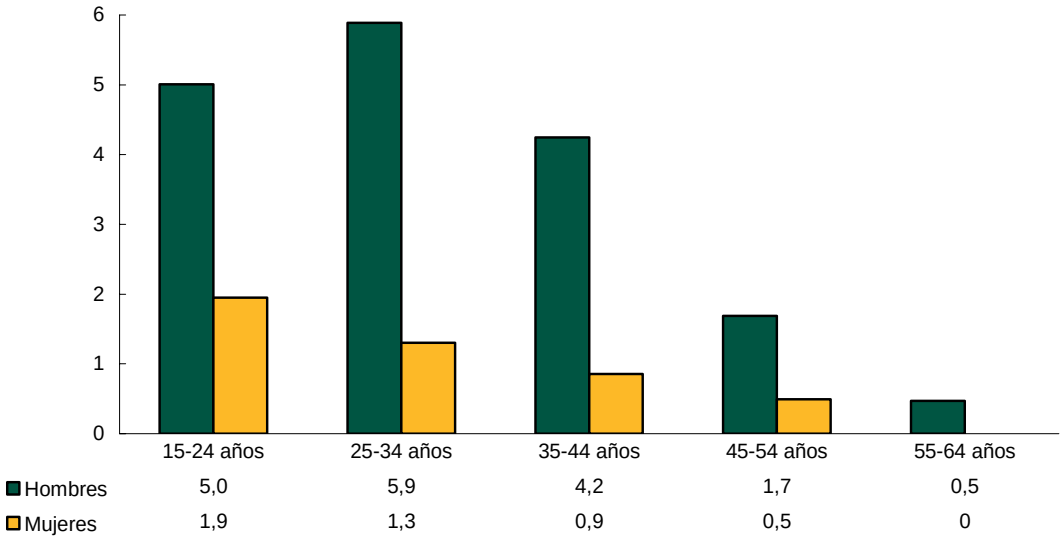
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Figura 2.22. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo. España 2007-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

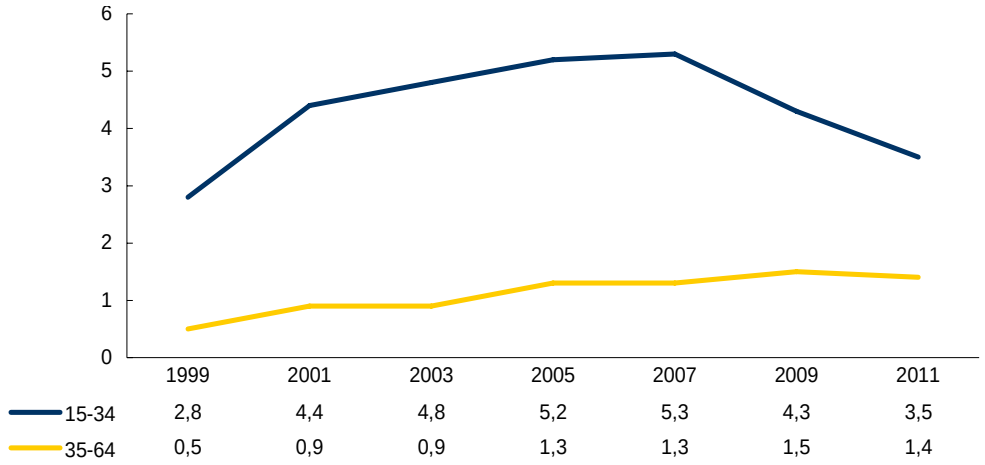
Figura 2.23. Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Con relación al grupo de edad, es el grupo de los más jóvenes los mayores consumidores tanto para hombres como para mujeres, con prevalencias marcadamente significativas. Aunque desde el año 2007 se observa un marcado descenso en la prevalencia de consumo en el último año en la población de 15 a 34 años, que pasa de un 5,3% en 2007 a un 3,5% en 2011, con niveles de consumo próximos al año 1999 (2,8%). (Figura 2.24).

Figura 2.24. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según grupo de edad. España 1999-2011.



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2011 alrededor de una cuarta parte de los que habían probado esta droga, alguna vez en la vida, la habían consumido en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una séptima parte la habían consumido en los últimos 30 días. Se observa que (Tabla 2.19) la continuidad en el consumo ha disminuido sensiblemente en los últimos años si bien, en 2011, se aprecia una estabilización para ambos indicadores en relación a 2009, rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2003.

Tabla 2.19. Prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años. España, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3.4	3.1	4.8	5.9	7	8	10.2	8.8
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	1.6	1.6	2.5	2.7	3	3	2.6	2.2
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	0.9	0.9	1.3	1.1	1.6	1.6	1.2	1.1
B/A	0.47	0.52	0.52	0.46	0.43	0.37	0.26	0.26
C/A	0.29	0.27	0.19	0.23	0.2	0.15	0.13	0.13

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Observando la Tabla 2.20 se apunta que entre los que consumen cocaína tanto en forma de polvo como en base, hay mayor número de solteros (70,9%) que casados o separados/divorciados o viudos (29,1%), sin embargo en el grupo de los que no consumen cocaína es mucho mayor el porcentaje de personas que están casadas (53,3%), frente al 37,6% de los solteros.

Tabla 2.20. Distribución por estado civil de las personas que han consumido o no cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo (porcentajes). España 2011

	Han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses				No han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses			
	Total de personas que han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Soltero	Casado	Separado /divorciado / viudo	Total de personas que han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Soltero	Casado	Separado/ divorciado/ viudo
Hombre	583,747	71.9	18.1	10	15,637,389	41.9	51.1	7
Mujer	142,067	67	18.2	14.8	15,709,687	33.4	55.4	11.2
TOTAL	**725,814**	**70.9**	**18.2**	**10.9**	**31,347,076**	**37.6**	**53.3**	**9.1**

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Un dato a destacar es que entre las personas que consumen cocaína el 86,2% consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno, frente al 84,9% de las personas que no consumen cocaína y que opinan que su estado de salud es muy bueno o bueno (Tabla 2.21). Esto puede ser debido a que es mayor el consumo de cocaína se da entre la población más joven y por tanto con un mejor estado de salud en general, aunque no hay que olvidar que en 2010 la cocaína fue la primera causa de atención en los servicios de urgencias por consumo de drogas en España.

Tabla 2.21. Distribución de la apreciación subjetiva del estado de salud de las personas que han consumido o no cocaína general (polvo y/o base) en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo y grupos de edad (porcentajes). España 2011

	Han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses				No han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses			
	Total de personas que han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Muy buena y buena	Regular	Mala y muy mala	Total de personas que han consumido cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Muy buena y buena	Regular	Mala y muy mala
Sexo								
Hombre	583,747	86.9	11.5	1.6	15,637,389	86.5	11.5	2
Mujer	142,067	83.2	15.8	1.1	15,709,687	83.3	14.3	2.4
Edad								
15-24	171,362	88.3	11.2	0.6	4,707,799	95.7	4.1	0.3
25-34	267,510	91.8	7.6	0.5	7,063,291	93.2	6.1	0.6
35-44	204,560	81	16	3	7,671,166	88.7	9.5	1.8
45-54	69,245	75.6	20.8	3.6	6,353,719	80.8	16.2	3
55-64	13,137	79.3	20.7	0	5,551,102	64.7	29.7	5.6
15-34	438,873	90.4	9	0.5	11,771,090	94.2	5.3	0.5
35-64	286,942	79.6	17.4	3	19,575,986	79.3	17.4	3.2
15-17	13,371	96.4	3.6	0	1,059,431	97.7	2.1	0.2
18-64	712,443	86	12.5	1.5	30,287,646	84.5	13.2	2.3
Total	**725,814**	**86.2**	**12.3**	**1.5**	**31,347,076**	**84.9**	**12.9**	**2.2**

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

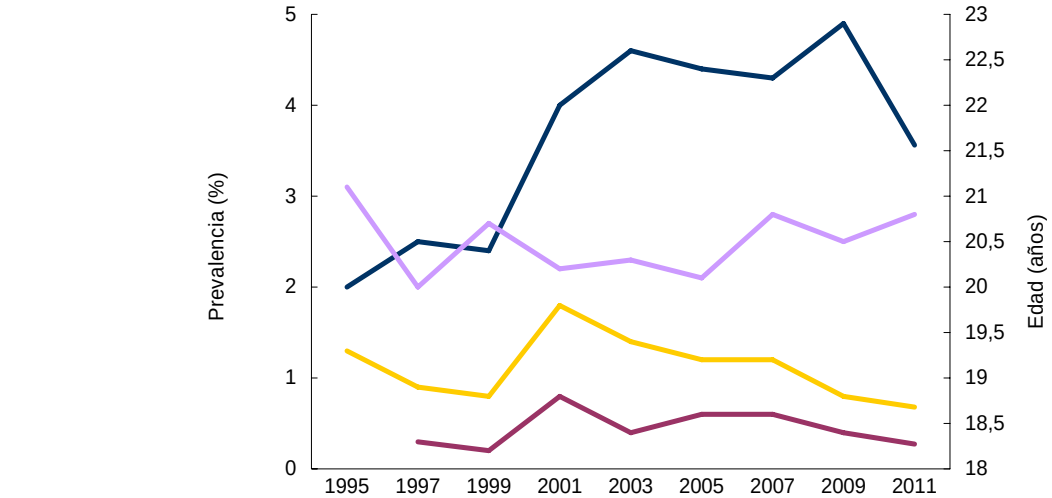
Éxtasis

Considerando las sustancias psicoactivas ilegales, al consumo de cannabis y cocaína, en España, le sigue el éxtasis en importancia. En 2011 se ha registrado un descenso generalizado en el consumo de éxtasis para los tres indicadores temporales habituales, (un 3,6% de la población al menos una vez en la vida, un 0,7% para los últimos 12 meses y el 0,3% en los últimos 30 días). (Figura 2.25).

Este descenso es más llamativo en el consumo experimental, lo que es de particular significado dado que el éxtasis se consume principalmente de esta forma y teniendo además en cuenta que en 2009, el consumo "alguna vez en la vida" repuntó y presentó el nivel más alto de prevalencia de la serie histórica (4,9%). Esta proporción en 2011 se ha reducido 1,3 puntos porcentuales hasta suponer el nivel más bajo de la última década. Sin embargo, en relación a su consumo en el último año y último mes, las prevalencias presentan caídas mínimas, manteniéndose en niveles próximos a los obtenidos en 2009, que en este caso ya experimentaron una reducción con respecto a 2007.

Asimismo, la edad media de inicio al consumo se realiza a los 20,8 años (20,5 en 2009), cambio positivo aunque poco relevante.

Figura 2.25. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis y edad media de inicio en el consumo de éxtasis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011



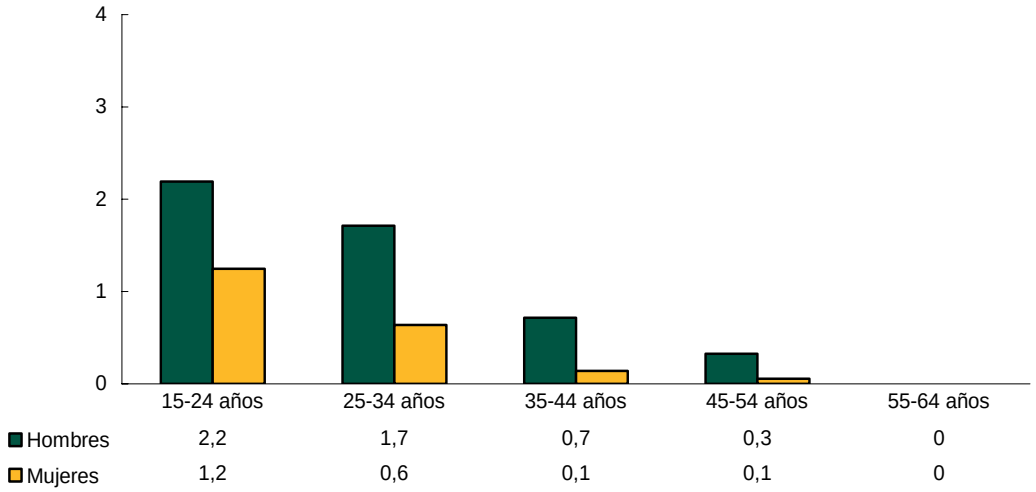
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	2	2,5	2,4	4	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6
Últimos 12 meses	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2	0,8	0,7
Últimos 30 días		0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3
Edad media de inicio en el consumo	21,1	20	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Por sexo y como ocurre con el resto de sustancias ilegales, el consumo en "los últimos 12 meses", de esta droga tiene mayor presencia entre los varones de 15-24 años, que entre las mujeres (2,2% frente al 1,2% respectivamente). (Figura 2.26).

Con respecto a 2009, la evolución a la baja más destacable en cuanto al consumo en el último año de éxtasis, es la anotada por los hombres de entre 15 y 24 años (-1,2 puntos porcentuales respecto 2009) y de entre 25 y 34 años (-0,6 puntos).

Figura 2.26. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Anfetaminas

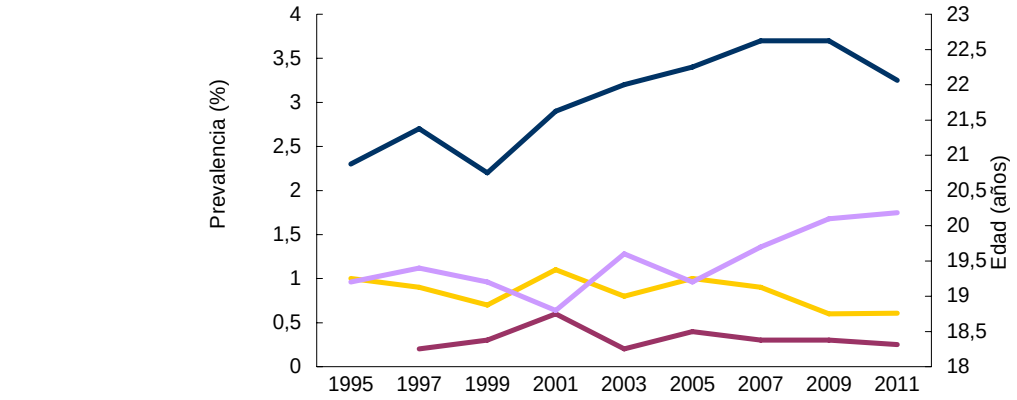
Se trata de sustancias conocidas también como speed, anfetas, anfetaminas, metanfetaminas, ice o cristal. Presentan fundamentalmente un consumo de carácter experimental, que desde hace algo más de una década se viene constatando una prevalencia de consumo con tendencia creciente para esta modalidad, que aunque no llamativa si mantenida, estabilizándose en 2009 y decayendo en 2011 por primera vez (de 3,7% a 3,3% respectivamente). Habrá que atender a ediciones sucesivas para ver la consolidación, en su caso, de este descenso. (Figura 2.27).

Por su parte, contemplando el último año y el último mes, obtenemos unos niveles de prevalencia iguales a los de 2009 (0,6% y 0,3% respectivamente). Centrándonos asimismo en el último año, se apunta el segmento de hombres entre 15 y 24 años como aquel entre el que la droga es más popular (1,8%) disminuyendo a 1,4% si consideramos el tramo de edad de entre 25 y 34 años. Entre las mujeres, este tipo de consumo está menos extendido, así para el tramo más joven se observa una prevalencia de 1,0% y de 0,4% para el de 25 a 34 años. (Figura 2.28).

El principal cambio en las prevalencias de consumo respecto al último año del estudio se da en el caso de los hombres de entre 15 y 24 años, pues la proporción de consumidores de este tipo desciende en 1,1 puntos porcentuales con respecto a 2009.

Por último, anotar también que la edad del primer consumo se mantiene relativamente estable, entorno a los 20 años.

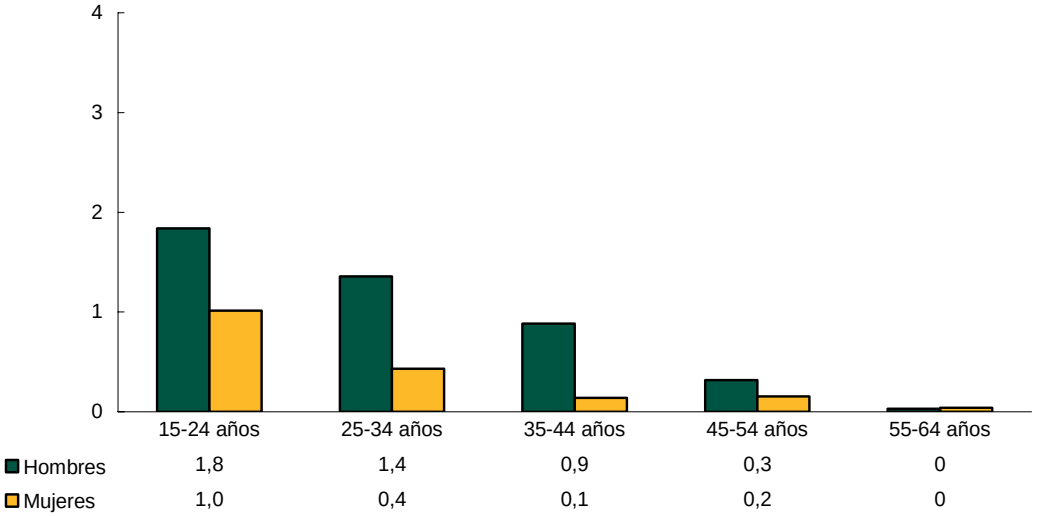
Figura 2.27. Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,7	3,7	3,3
Últimos 12 meses	1	0,9	0,7	1,1	0,8	1	0,9	0,6	0,6
Últimos 30 días		0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
Edad media de inicio en el consumo	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Figura 2.28. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	1,8	1,4	0,9	0,3	0
Mujeres	1,0	0,4	0,1	0,2	0

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Tranquilizantes y/o somníferos (hipnosedantes)

Para hablar de hipnosedantes, diferenciaremos loshipnosedantes en general por un lado y los hipnosedantes sin receta por otro. Dentro de hipnosedantes seincluyen medicamentos tales como: lexatín, orfidal, noctamid, trankimazín, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc… y no se incluyen medicamentos del tipo plantas medicinales tales como: valeriana, passiflorao antihistamínicos como la dormidina. Apuntar, que cuando se alude a los hipnosedantes en general, se están teniendo en cuenta tanto los prescritos, con receta médica, como aquellos que se consumen sin receta médica. Se entiende por medicamentos obtenidos sin receta médica a aquellos medicamentos recetados por el médico a otra persona de la familia y no al entrevistado, que los toma de vez en cuando, o aquellos medicamentos recetados por el médico al entrevistado en alguna ocasión y que el entrevistado los ha seguido tomando sin control médico, o aquellos medicamentos que el entrevistado ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica.

Por otro lado, es preciso anotar también, que no se puede extraer de los datos la misma profundidad histórica que con otras sustancias, dado que el consumo de este tipo de drogas se registra desde el año 2005.

Hipnosedantes (con o sin receta)

Los datos aportados sobre consumo de hipnosedantes en general resultan de tener en cuenta los tranquilizantes (que tienen como objetivo calmar los nervios o la ansiedad) y/o los somníferos (medicamentos para dormir). Asimismo, indicar que para la clasificación de las sustancias como tranquilizante o como somnífero, se acude al efecto buscado en ellos, de manera que no se ha registrado el grupo farmacológico de las sustancias declaradas. Por tanto, se ha podido producir el caso de que encuestados hayan declarado un consumo de somníferos como tranquilizantes y viceversa.

El 19,5% de la población española de entre 15 y 64 años declaró en 2011 haber consumido hipnosedantes alguna ocasión en su vida (Figura 2.29.). Esta prevalencia supone un crecimiento frente al año 2009 de 6,1 puntos porcentuales, y también, se observa que en 2011 lo ha consumido más del doble de personas que en el primer año de medición, 2005, cuando se registró una prevalencia de 8,7%. Si concretamos en el consumo de tranquilizantes, la prevalencia poblacional se sitúa en 17,1% (+6,1 puntos respecto 2009) mientras que para el caso de los somníferos en 7,9% (+1,6 puntos respecto 2009).

Tabla 2.22. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años. España, 2005-2011

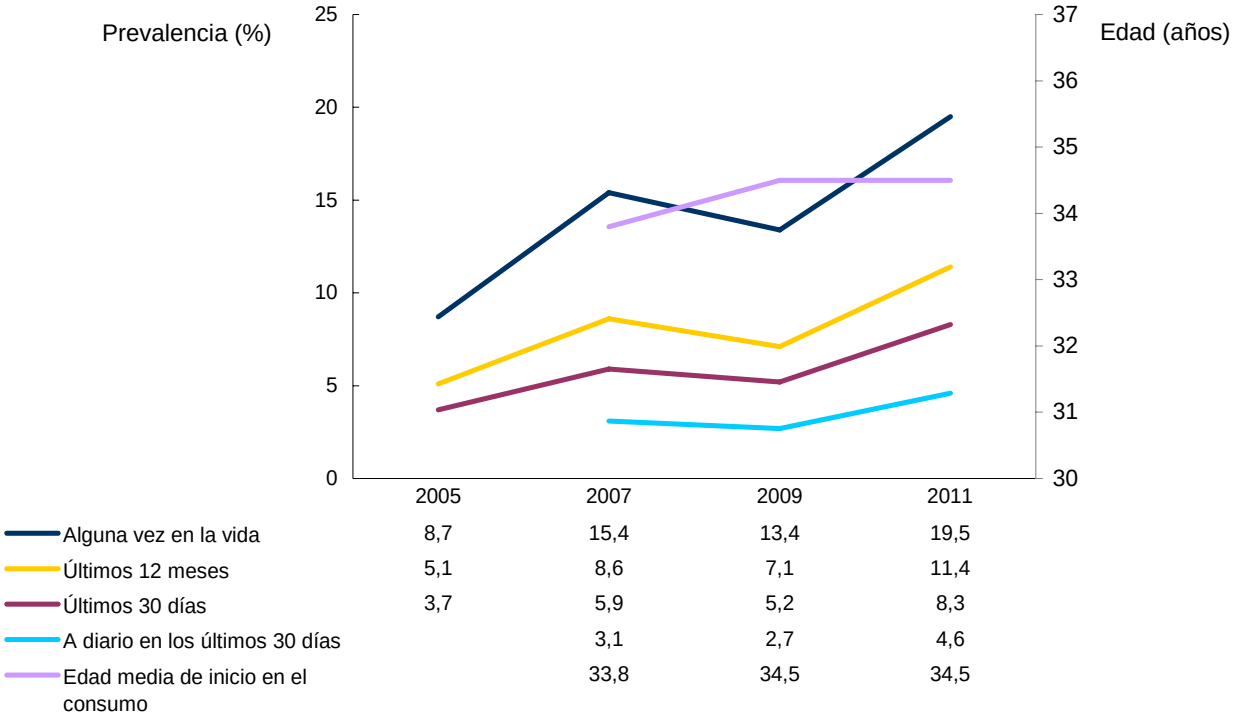
	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	8.7	15.4	13.4	19.5
Últimos 12 meses	5.1	8.6	7.1	11.4
Últimos 30 días	3.7	5.9	5.2	8.3
Diariamente	-	3.1	2.7	4.6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Preguntando sobre el consumo de hipnosedantes en el último año, se obtiene una proporción del 11,4% de la población estudiada. De nuevo estamos ante un crecimiento considerable respecto al

año 2009. En este caso, el incremento es de 4,3 puntos porcentuales y la proporción respecto a la anotada en 2005 igualmente es de más del doble (Tabla 2.22).
Con estos datos del último año, el cannabis deja de ser la tercera sustancia psicoactiva más extendida en España tras el alcohol y el tabaco para este tramo temporal, con un mayor peso de los tranquilizantes (9,8%) sobre los somníferos (4,4%) y un crecimiento más importante (+4,3 puntos porcentuales frente a un +0,8 puntos experimentado por los somníferos).

Figura 2.29. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con y sin receta y edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes con y sin receta en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Si atendemos al último mes a la hora de registrar el consumo de estas sustancias, la prevalencia resultante es de 8,3%, lo que constituye un crecimiento de 3,1 puntos porcentuales frente al año 2009. Distinguiendo entre tranquilizantes y somníferos obtenemos prevalencias de 6,9% y 3,4% respectivamente, por tanto, se infiere que para todos los tramos temporales contemplados la prevalencia de los tranquilizantes aproximadamente es el doble de la de los somníferos.

Por su parte, si consideramos el consumo más intensivo, el consumo diario en el último mes, el crecimiento respecto a 2009 asciende a 1,9 puntos, alcanzando el 4,6% de prevalencia.

Cabe anotar, que si bien, el año 2011 presenta un incremento notable del consumo de hipnosedantes para todos los tramos temporales contemplados, el año 2009 supuso una reducción del mismo respecto a la tendencia observada en años anteriores (Figura 2.29). Asimismo, en general, el consumo de hipnosedantes es el que presenta un mayor crecimiento de entre todas las sustancias psicoactivas estudiadas, que salvo casos puntuales, estaban mostrando datos de prevalencia inferiores a los registrados en 2009.

Al examinar el consumo de hipnosedantes por sexo, se observa que es una sustancia más extendida entre las mujeres, de manera que una de cada cuatro los ha consumido alguna vez en

su vida (el 25,4% de las mujeres). Sin embargo, la prevalencia de consumo entre los hombres es sustancialmente menor, un 13,7%. Igualmente si atendemos tanto a tranquilizantes como a somníferos, la prevalencia de las mujeres prácticamente dobla a la de los hombres en los dos tipos de sustancias (Tabla 2.23.).

Tabla 2.23. Prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

		15 a 64 años			15 a 34 años			35 a 64 años		
		Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes con o sin receta	Alguna vez	19.5	13.7	25.4	12.1	8.9	15.4	24.1	16.7	31.5
	Último año	11.4	7.6	15.3	6.3	4.8	7.9	14.5	9.3	19.8
	Último mes	8.3	5.2	11.4	3.4	2.6	4.2	11.3	6.9	15.7
Tranquilizantes con o sin receta	Alguna vez	17.1	11.9	22.3	10.7	7.8	13.8	21	14.5	27.5
	Último año	9.8	6.4	13.2	5.5	4.1	7.1	12.4	7.9	16.9
	Último mes	6.9	4.4	9.6	2.8	2.1	3.6	9.5	5.8	13.2
Somníferos con o sin receta	Alguna vez	7.9	5.5	10.2	3.9	3.3	4.6	10.3	6.9	13.6
	Último año	4.4	3.1	5.9	2	1.7	2.4	5.9	3.9	8
	Último mes	3.4	2.1	4.7	1.3	1	1.5	4.7	2.9	6.6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

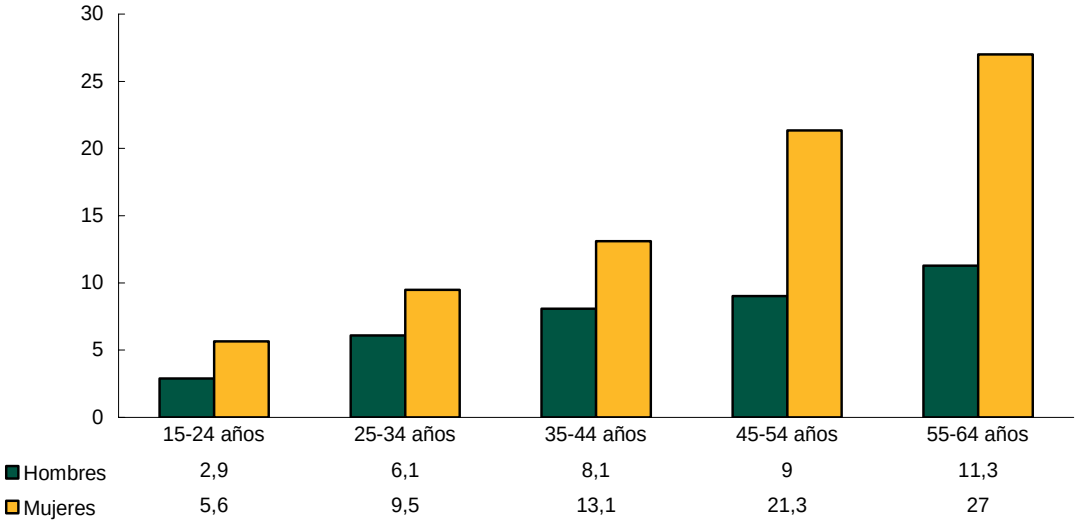
Analizando ahora el consumo de hipnosedantes en el último año, la diferencia entre sexos es relativamente similar a la observada en el consumo alguna vez en la vida, ya que el número de mujeres consumidoras en el último año dobla al de hombres (con prevalencias de 7,6% entre los hombres y 15,3% entre las mujeres). Además, no se puede concluir que el crecimiento en el consumo poblacional provenga mayoritariamente del incremento en la prevalencia de un solo sexo, ya que el incremento se produce en ambos sexos.

En el caso del consumo de estas sustancias en el último mes, obtenemos conclusiones similares a las anteriormente expuestas; el consumo entre las mujeres dobla al de los hombres (con prevalencias de 11,4% y 5,2% respectivamente) y también se ha producido un crecimiento de 4,4 puntos porcentuales para las mujeres y de 2 puntos para los hombres en las prevalencias respecto al año 2009.

El consumo de hipnosedantes es más prevalente a medida que aumenta la edad. Analizando el consumo por edad de manera más desagregada y por sexo, se observan unas prevalencias más altas entre las personas de 55 a 64 años hasta llegar a niveles del 27,0% en el caso de las mujeres y del 11,3% en el de los hombres, considerando el periodo del último año a la realización de la encuesta (Figura 2.30).

Finalmente, la edad media de inicio de consumo de hipnosedantes permanece estable en 34,5 años y por tanto, continua siendo la sustancia psicoactiva que se consume por primera vez a una edad más tardía.

Figura 2.31. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con y sin receta en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Hipnosedantes sin receta

Dado que las cifras relativas a los hipnosedantes en general están incluyendo a los hipnosedantes con y sin receta, los hipnosedantes sin receta arrojarán siempre prevalencias inferiores a los hipnosedantes en general.

Considerando el consumo de estas sustancias alguna vez en la vida se obtiene una prevalencia de consumo del 2,4%. Igualmente se trata de una sustancia más extendida entre las mujeres (2,6%) pero la diferencia con respecto a los hombres (2,1%) no es tan abultada como la que observábamos cuando atendíamos a los hipnosedantes en general.

Por su parte, el consumo de hipnosedantes sin receta médica en los últimos 12 meses, está extendido entre el 1,2% de la población. El crecimiento que observamos anteriormente en los hipnosedantes en general, no proviene de los hipnosedantes sin receta porque en 2011 han mostrado una prevalencia menor a la de 2009 (0,7 puntos porcentuales). Incluso el valor obtenido para este año supone volver a un nivel mínimo (con respecto a la serie histórica) que se registró en 2005. Diferenciando entre tranquilizantes y somníferos sin receta, se observan unas prevalencias de 0,9% y 0,6% respectivamente, con un decrecimiento respecto al 2009 de 0,7 y 0,5 puntos porcentuales respectivamente. Las diferencias entre hombres y mujeres para los hipnosedantes sin receta son muy bajas, dada además la reducida prevalencia que se muestra al desagregar el dato por sexos (1,1% en el caso de los hombres y 1,2% en el de las mujeres). Tanto hombres como mujeres muestran mayores prevalencias para los tranquilizantes (0,9% y 1,0% respectivamente) que para los somníferos (0,5% y 0,7%). (Tabla 2.25).

Tabla 2.24. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de 15-64 años. España, 2003-2011

	2003	2005	2007	2009	2011
Últimos 12 meses	3.1	1.2	1.3	1.9	1.2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Tabla 2.25. Prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

	15 a 64 años			15 a 34 años			35 a 64 años		
	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes (sin receta)	1.2	1.1	1.2	1.2	1.3	1.1	1.2	1	1.3
Tranquilizantes (sin receta)	0.9	0.9	1	1	1.1	0.8	0.9	0.8	1
Somníferos (sin receta)	0.6	0.5	0.7	0.5	0.5	0.5	0.7	0.6	0.8

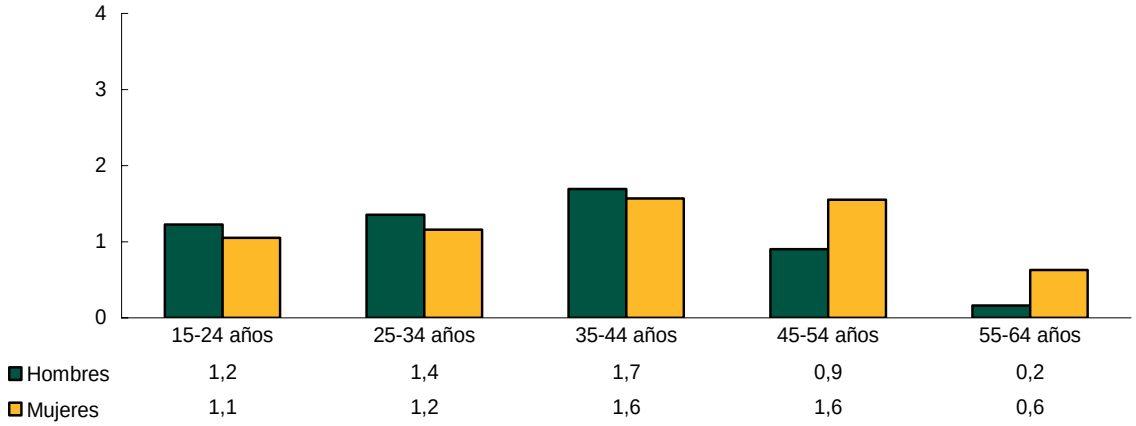
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Si consideramos la edad y el sexo de las personas entrevistadas, se observa que las mujeres de ente 35 a 64 años presentan mayor consumo de hipnosedantes sin receta que el grupo de edad más joven de 15 a 34 años (1,3% frente a 1,1%) mientras que entre los hombres, hay mayor prevalencia de estas sustancias en aquellos de entre 15 y 34 años (1,3% frente a 1,0%) de los que tiene entre 35 y 64 años (Tabla 2.25).

Desagregando la edad en mayor medida, se observa que tanto para hombres como para mujeres, el consumo de este tipo de sustancias está más extendido entre las personas de 35 a 44 años (1,7% y 1,6% respectivamente) si bien para las mujeres este nivel se mantiene en el siguiente tramo de entre 45 a 54 años. Además se observa que la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta médica de los varones, hasta los 44 años de edad, es ligeramente superior a la de las mujeres (Figura 2.31).

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes sin receta es de 27,8 años, es decir, casi 7 años antes que la edad media registrada para los hipnosedantes en general (con y sin receta).

Figura 2.31 Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

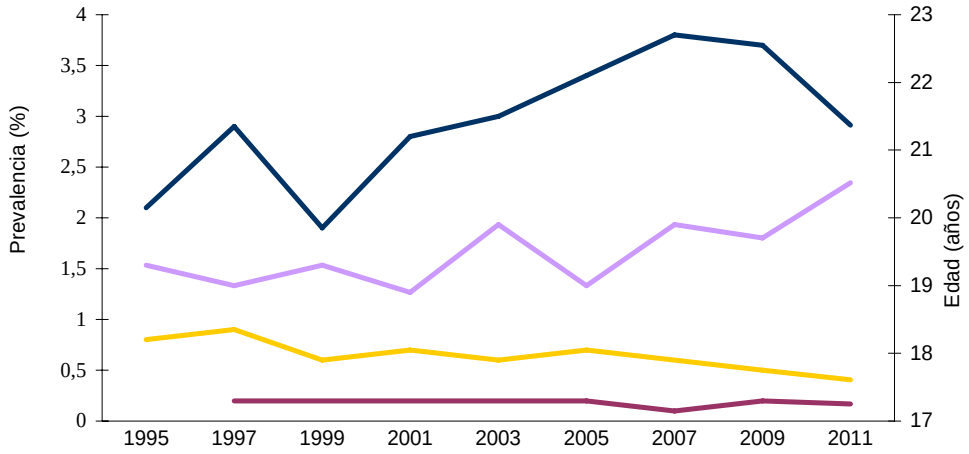
Alucinógenos

El 2,9% de la población española de 15 a 64 años de edad, ha consumido alguna vez en su vida alucinógenos, el 0,4% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 0,2% en el último mes. Considerando la importancia del consumo experimental en el patrón de utilización de este grupo de sustancias, resulta de interés el descenso en 0,8 décimas, observado en la forma temporal de "alguna vez en la vida", bajando del 3% por primera vez en el último decenio. El descenso, aunque pequeño, se consolida para el consumo en los últimos 12 meses alcanzando la cifra más baja de toda la serie, permaneciendo estable el consumo en los últimos 30 días. (Figura2.32).

La edad media de inicio al consumo de estas sustancias se realiza con 20'5 años , ligeramente más tardía que en las ediciones anteriores que la edad no llegaba a los 20.

La prevalencia en los últimos 12 meses es mayor entre los hombres (0,6%) que entre las mujeres (0,2%). Asimismo, se observa que el segmento con mayor prevalencia es el de los hombres de entre 15 y 24 años (1,8%) mientras que para esa misma edad, entre las mujeres se sitúa en 0,8%, algo menos de la mitad. (Figura 2.33).

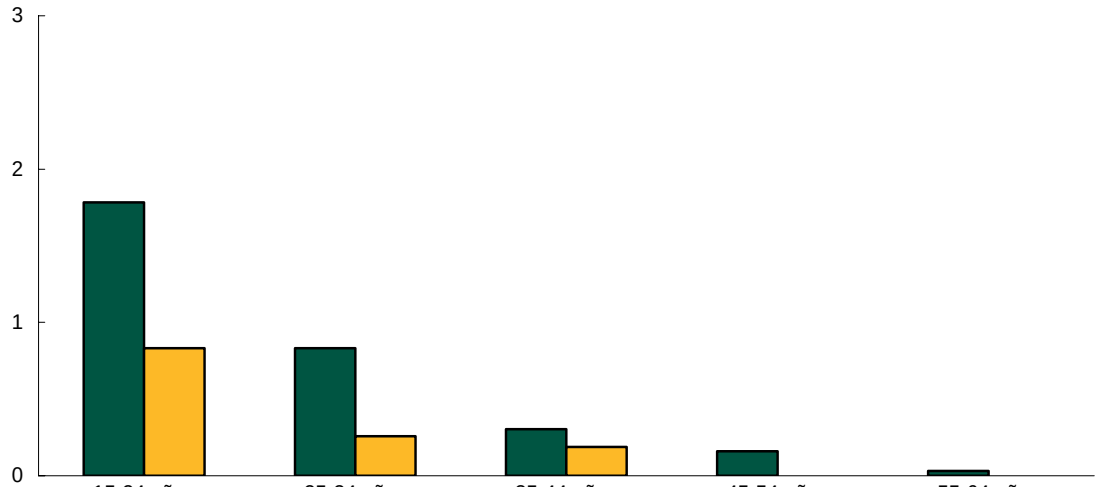
Figura 2.32. Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	2,1	2,9	1,9	2,8	3	3,4	3,8	3,7	2,9
Últimos 12 meses	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4
Últimos 30 días		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Edad media de inicio en el consumo	19,3	19	19,3	18,9	19,9	19	19,9	19,7	20,5

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Figura 2.33. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	1,8	0,8	0,3	0,2	0
Mujeres	0,8	0,3	0,2	0	0

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

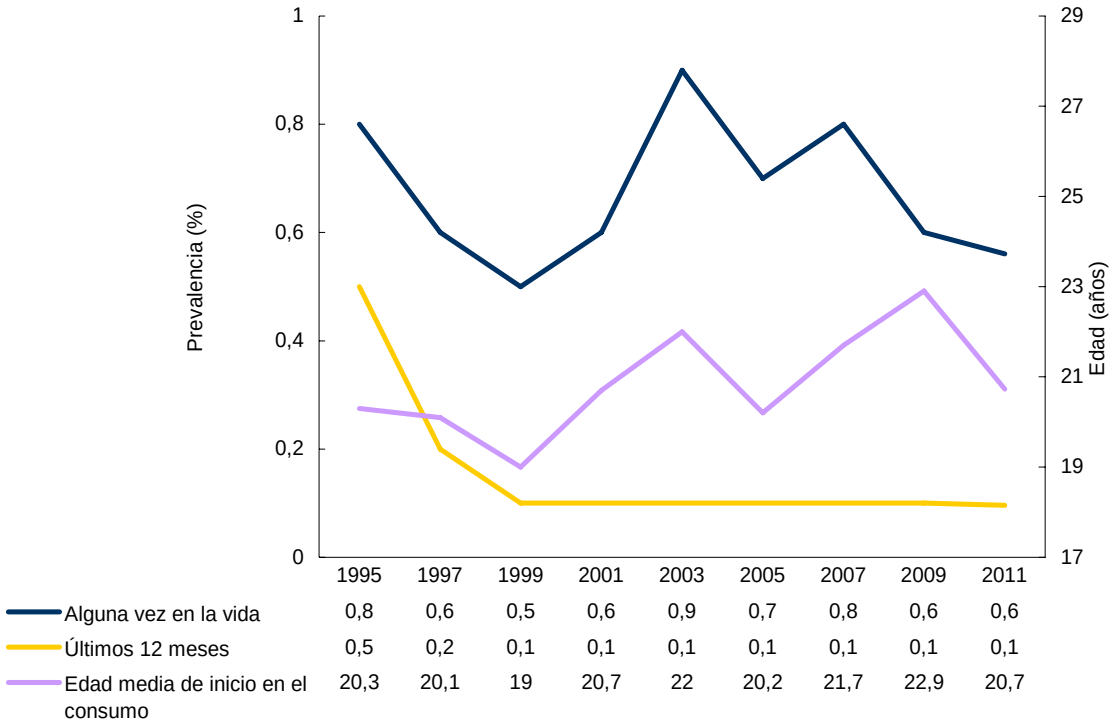
Otras drogas psicoactivas

El consumo de inhalables volátiles y heroína está menos extendido entre la población residente en España que para el resto de sustancias psicoactivas. Sus prevalencias en “alguna vez en la vida” no alcanzan el punto porcentual (0,8% y 0,6% respectivamente) y para “el último año” ambas se sitúan en el 0,1%. Pero estas bajas prevalencias son, por otra parte, un obstáculo para medir apropiadamente los patrones de consumo de estas drogas a partir de las encuestas poblacionales, pues los consumidores problemáticos, de particular significado entre los heroinómanos, no están suficientemente representados en este tipo de mediciones.

La edad media del primer consumo de inhalables volátiles se sitúa en 19,7 años mientras que en el caso de la heroína se registra un año más tarde. El bajo número de encuestados que señalan consumir estas sustancias, plantea la necesidad de tomar con cautela las edades medias de inicio en el consumo, ya que pueden verse afectadas por el tamaño de muestra, lo que justificaría las variaciones que muestra la serie histórica. (Figura 2.34).

Aunque ligero, cabe destacar el crecimiento de las prevalencias de consumo de inhalables volátiles con respecto al año 2009, año en que habían experimentado una bajada, en tanto que en el caso de la heroína, las prevalencias se mantienen constantes desde 2007. (Figura 2.35).

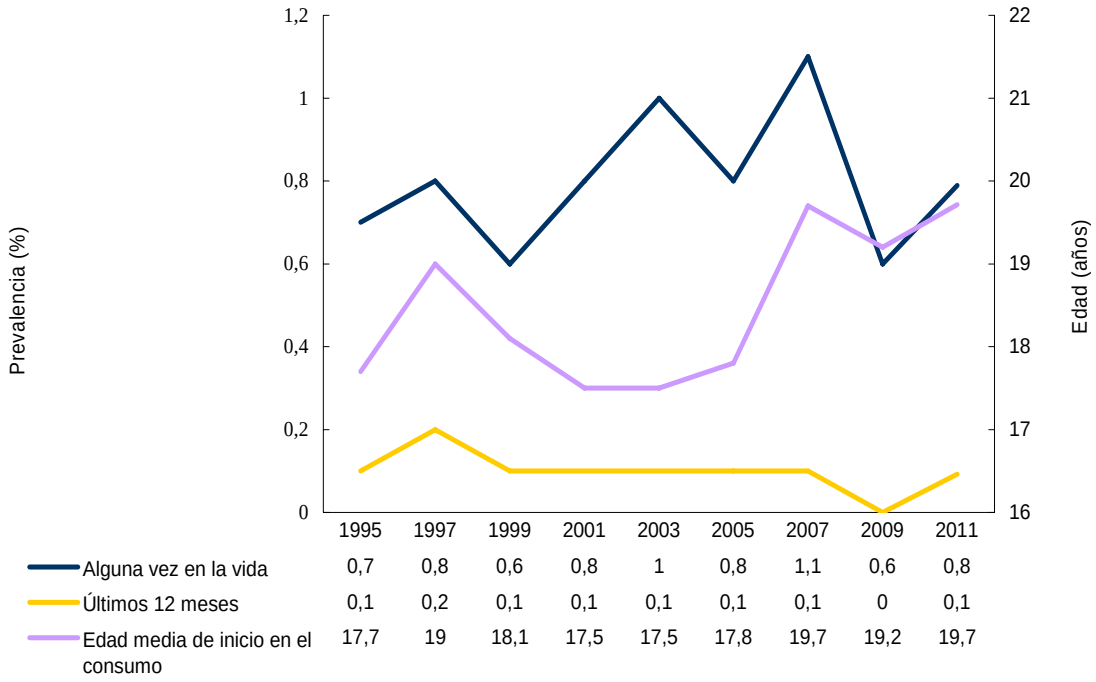
Figura 2.34. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Edad media de inicio en el consumo	20,3	20,1	19	20,7	22	20,2	21,7	22,9	20,7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Figura 2.35. Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	0,7	0,8	0,6	0,8	1	0,8	1,1	0,6	0,8
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1
Edad media de inicio en el consumo	17,7	19	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Drogas emergentes

Este apartado revisa los resultados obtenidos de la introducción en el cuestionario de EDADES 2011 de un módulo orientado a conocer diversos aspectos de un grupo de sustancias psicoactivas a las que se denomina drogas emergentes, bien debido a que han aparecido recientemente en el mercado o porque, aun siendo sustancias conocidas y utilizadas desde hace más tiempo, su uso ha sido retomado o reinventado por el conjunto o por ciertos grupos de la población. Las sustancias consideradas son: ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes.

La encuesta ESTUDES 2010 en estudiantes de enseñanzas secundarias incluyó, por primera vez, un módulo similar que permitió realizar una aproximación inicial al fenómeno de las drogas emergentes en España en la población más joven (14 a 18 años) (ver Spanish National Report 2011). Los resultados que se muestran a continuación permitirán observar la evolución temporal de la prevalencia de consumo entre los consumidores de menor edad y determinar, al menos a grandes rasgos, la magnitud general de los consumos y la existencia o no de diferencias según sexo y grupos de edad en la población adulta. Asimismo, se aporta información sobre percepción de riesgo y de disponibilidad asociada a estas sustancias por los encuestados y también sobre las vías de acceso real a estas sustancias entre aquellos que las han consumido.

Consideradas en conjunto, en 2011, el 3,6% de la población española de 15 a 64 años había consumido drogas emergentes alguna vez en su vida, el 0,9% las consumieron en alguna ocasión durante el año anterior a ser encuestados y el 0,4% durante el último mes. Para todos los indicadores temporales y todos los grupos de edad, la extensión del consumo fue mayor entre los hombres que entre las mujeres. La desagregación por edad mostró, para el tramo temporal de

alguna vez en la vida, una cifra de prevalencia más elevada en el grupo de 19 a 34 años (6,6%), lo que por otra parte, no sorprende teniendo en cuenta que una gran parte de los consumos de drogas emergentes se espera sean realizados por consumidores jóvenes en entornos de ocio o espacios privados, con intención de experimentar con sustancias psicoactivas novedosas o que, sin ser ilegales, reproducen los efectos de otras que sí lo son y tienen, por tanto, tienen un acceso más restringido. Respecto al tramo temporal del último mes, el segmento de entre 19 y 34 años muestra una prevalencia similar al del grupo de jóvenes de entre 15 y 18 años (1,7% y 1,8% respectivamente) mientras que considerando el último mes, el consumo está de nuevo más extendido entre aquellas personas de 19 a 34 años (0,8%) (Tabla 2.26).

Tabla 2.26. Prevalencias de consumo de drogas emergentes entre la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2011

	15-18			19-34			35-64			15-64		
	Global	**H**	**M**	**Global**	**H**	**M**	**Global**	**H**	**M**	**Global**	**H**	**M**
Alguna vez en la vida	2.4	3.5	1.3	6.6	9.5	3.6	2.1	3.3	0.9	3.6	5.4	1.8
Último año	1.8	2.4	1.2	1.7	2.6	0.8	0.3	0.5	0.1	0.9	1.3	0.4
Último mes	0.4	0.6	0.2	0.8	1.2	0.3	0.2	0.3	0.1	0.4	0.6	0.2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

Por sustancias, si se considera el consumo alguna vez en la vida, las mayores prevalencias de consumo en la población de 15 a 64 años se observan para las setas mágicas (2,4%), seguidas de la ketamina (1%), la salvia (0,9%), el spice (0,8%) y la metanfetamina (0,8%). El resto de sustancias muestran prevalencias inferiores al 0,3%. Los consumos en el último año y en el último mes muestran una distribución similar en cuanto a las sustancias, pero con cifras de prevalencia muy bajas, lo que confirma el carácter esporádico y experimental del consumo de estas sustancias en la población general (Tabla 2.27).

Tabla 2.27. Prevalencias de consumo de drogas emergentes entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2011

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ketamina	1	0.2	0
Spice	0.8	0.1	0.1
Piperazinas	0.1	0	0
Mefedrona	0.1	0	0
Nexus	0.2	0	0
Metanfetamina	0.8	0.2	0.1
Setas mágicas	2.4	0.4	0.1
Research chemicals	0.1	0	0
Legal highs	0.1	0	0
Salvia	0.9	0.2	0.1
Esteroides anabolizantes	0.3	0.1	0.1

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).

No obstante, debido a las características propias del fenómeno del consumo de "nuevas drogas" o drogas emergentes, que parece haberse extendido y dado a conocer, fundamentalmente, a través de Internet, redes sociales, etc., merece la pena realizar un estudio más pormenorizado en aquellos grupos de población que, en principio, podrían ser más proclives a la adopción de nuevos consumos o nuevos usos.

Así, la Tabla 2.28 muestra claramente cómo la mayor proporción de consumidores de setas mágicas, ketamina, spice, metanfetamina, salvia y esteroides anabolizantes se encuentra comprendida en el grupo de edad de 25 a 34 años, mientras que las mayores prevalencias de consumo de mefedrona, piperazinas, legal highs y research chemicals se observan en población adolescente de 14 a 18 años. Ambos grupos muestran una prevalencia de consumo similar para el caso del nexus. A este respecto, llama la atención el hecho de que las drogas emergentes de consumo más prevalente en el grupo de 25 a 34 sean, precisamente, las menos novedosas, con la excepción del spice (cannabinoides sintéticos) y la salvia, ya que se trata de sustancias como la ketamina, las setas mágicas, la metanfetamina o los esteroides anabolizantes que son conocidas desde hace décadas y cuyo uso y popularidad ha venido variando con el tiempo. Sin embargo, es la población más joven (14 a 18 años) la que muestra una mayor penetrancia de las drogas de más reciente aparición en el mercado (mefedrona, piperazinas, research chemicals o legal highs) real y también virtual. La Tabla 2.29 incluye los datos correspondientes a las prevalencias de consumo en el último año.

Tabla 2.28. Prevalencias de consumo de drogas emergentes (alguna vez en la vida) en estudiantes de 14 a 18 años y en población general de 15 a 64 años (porcentajes). España, 2010 y 2011

	2010	2011							
Alguna vez en la vida	**14-18**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**15-34**	**35-64**	**15-64**
Ketamina	1.1	1.4	2	1	0.4	0	1.8	0.5	1
Spice	1.1	1	1.4	0.9	0.4	0.1	1.2	0.5	0.8
Piperazinas	0.4	0.1	0.2	0.2	0	0	0.1	0.1	0.1
Mefedrona	0.4	0.3	0.2	0.2	0	0	0.3	0.1	0.1
Nexus	0.5	0.2	0.5	0.1	0	0	0.4	0.1	0.2
Metanfetamina	0.8	0.9	1.2	1	0.3	0.1	1.1	0.5	0.8
Setas mágicas	2.1	3.3	4.9	2.1	1	0.1	4.3	1.2	2.4
Research chemicals	0.4	0.1	0.2	0	0	0	0.1	0	0.1
Legal highs	0.7	0	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1
Salvia	---*	1.1	1.8	0.8	0.3	0.1	1.5	0.5	0.9
Esteroides anabolizantes	---*	0.3	0.6	0.4	0	0.1	0.4	0.2	0.3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011) y Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2010).
*ESTUDES 2010 no incluyó preguntas sobre consumo de Salvia ni esteroides anabolizantes.

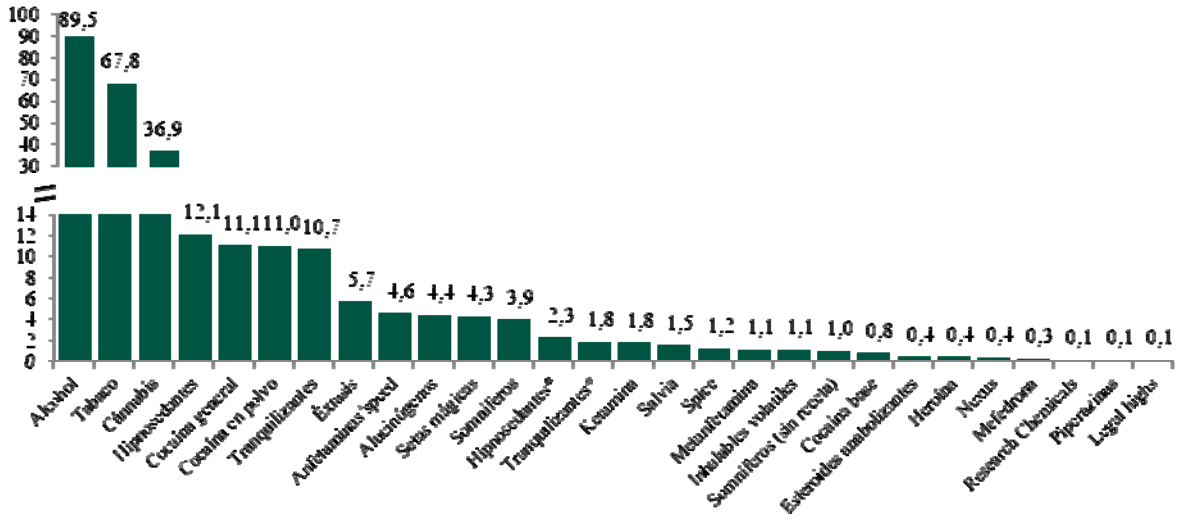
Tabla 2.29. Prevalencias de consumo de drogas emergentes (último año) en estudiantes de 14 a 18 años y en población general de 15 a 64 años (porcentajes). España, 2010 y 2011

	2010	2011							
Alguna vez en la vida	**14-18**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**15-34**	**35-64**	**15-64**
Ketamina	0.8	0.5	0.3	0.1	0	0	0.4	0	0.2
Spice	0.8	0.4	0.3	0.1	0	0	0.3	0	0.1
Piperazinas	0.3	0.1	0	0	0	0	0	0	0
Mefedrona	0.3	0.2	0.1	0	0	0	0.1	0	0
Nexus	0.3	0	0.1	0	0	0	0.1	0	0
Metanfetamina	0.6	0.3	0.3	0.1	0.1	0	0.3	0.1	0.2
Setas mágicas	1.6	1.1	0.8	0.2	0	0	1	0.1	0.4
Research chemicals	0.3	0	0.1	0	0	0	0	0	0
Legal highs	0.6	0	0	0.1	0	0	0	0	0
Salvia	---*	0.4	0.2	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2
Esteroides anabolizantes	---*	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011) y Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2010).
*ESTUDES 2010 no incluyó preguntas sobre consumo de Salvia ni esteroides anabolizantes.

A pesar de que, por el momento, las prevalencias de consumo de drogas emergentes no alcanzan en España cifras tan elevadas como las que se han registrado en algunos otros países de la UE, Australia, etc., y de que la dificultad para evidenciar o descartar su participación en intoxicaciones y fallecimientos han evitado la existencia de alarma social, resulta de interés observar la magnitud de los consumos de algunas de estas sustancias en el contexto del resto de sustancias psicoactivas a las que, clásicamente, se viene prestando atención.

Figura 2.36. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-34 años (porcentajes). España 2011.



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Sin receta

Para la mayoría de las drogas emergentes estudiadas, una de cada dos personas encuestadas reconoce no haber oído nunca hablar de ella. Las mas conocidas entre la población general serían los esteroides anabolizantes y las setas mágicas. Por otro lado, si consideramos el total de las drogas emergentes en su conjunto, tenemos que el 32,3% de los entrevistados nunca ha oído hablar de ninguna droga emergente de las propuestas, tal y como muestra la Tabla 2.30. Esta tabla detalla la distribución, según sexo y edad, de aquellos que dicen conocer la existencia de una o más de las drogas emergentes preguntadas y de aquellos que no conocen ninguna. De este modo, se aprecia que el desconocimiento total de las drogas emergentes es más habitual entre las mujeres y en los tramos de mayor edad, mientras que aquellos de entre 25 y 34 años muestran el mayor nivel de conocimiento en términos de notoriedad (78%), seguido del segmento más joven de 15 a 24 años (76,9%).

Tabla 2.30. Distribución, según sexo y edad, de la población de 15 a 64 años que dice conocer la existencia de una o más de las drogas emergentes por las que se les pregunta. España, 2011

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	
Ha oído hablar de al menos una droga emergente	71.9	63.5	76.9	78.0	70.5	62.9	47.6	67.7
Nunca ha oído hablar de ninguna droga emergente	28.1	36.5	23.1	22.0	29.5	37.1	52.4	32.3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Teniendo en cuenta, únicamente, a las personas que afirman conocer las drogas emergentes por las que se pregunta, más del 95% de éstas coincide en asociar a su consumo esporádico (para cada una de las sustancias estudiadas) muchos o bastantes problemas, si bien este porcentaje es algo menor en el caso de las sustancias más conocidas ente la población (setas mágicas 92% y esteroides anabolizantes 92,9%) y en el caso de la salvia (93,3%) (Tabla 2.31).

La percepción del riesgo asociado al consumo esporádico es mayor entre las mujeres que entre los hombres, para todas las drogas emergentes estudiadas, registrándose las mayores diferencias entre ambos sexos también en el caso de setas mágicas y esteroides anabolizantes.

Con respecto a la edad se observa que, a medida que ésta aumenta, también lo hace la percepción de riesgo en la población. No obstante, se supera el 90% en todas las sustancias y segmentos de edad, siendo las setas mágicas la única sustancia para la que no se alcanza este nivel en el caso de los jóvenes (87,6% en el grupo de 15 a 24 y 89,9% en el de 25 a 34 años) (Tabla 2.31).

Tabla 2.31. Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas emergentes (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*, según sexo y edad. España, 2011

	SEXO		EDAD					TOTAL
Alguna vez	**Hombre**	**Mujer**	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	
Ketamina	94.4	96.5	93.9	94.4	95.8	96.6	97.2	95.4
Spice	94.3	96.7	93	94.6	96.2	96.4	97.5	95.4
Piperazinas	95.5	97.2	95.1	95.5	96.5	96.8	98.3	96.3
Mefedrona	95.6	97.3	95.2	95.5	96.9	96.8	98.3	96.4
Nexus	95.4	97.2	94.5	95.4	96.9	96.9	97.7	96.2
Metanfetamina	94.5	97.2	94.1	95.1	96	96.8	97.4	95.7
Setas mágicas	90.1	94.3	87.6	89.9	93	95.8	96.5	92
Research chemicals	95.7	97.4	95.4	95.7	96.9	97.1	97.7	96.5
Legal highs	95.4	97.4	95.3	95.2	96.8	97	98	96.3
Salvia	92	94.9	91.2	91.5	94.6	94.6	95.8	93.3
Esteroides anabolizantes	91.5	94.5	90.5	91.9	93.8	93.3	95.9	92.9

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
* Eliminando los casos que señalan que No conocen la sustancia o que han contestado Ns/Nc.

En cuanto a la percepción de disponibilidad, es decir, la facilidad con que los encuestados creen que podrían conseguir cada una de las sustancias estudiadas en 24 horas, se muestran datos obtenidos a partir de aquellos que dicen conocer las sustancias. Dependiendo de las sustancias, entre un 37,7% y un 59,5% de los entrevistados, las desconocían y alrededor de un 13,5% no contestaron, esto conlleva que según el tipo de sustancia, entre un 53,4% y un 72% de los entrevistados no dieron una respuesta a la disponibilidad percibida.

Entre los que dieron una respuesta, los esteroides anabolizantes son la sustancia considerada fácilmente disponible por un mayor porcentaje de población (48,8%) ya que aproximadamente una de cada dos personas que conoce esta sustancia, opina que puede conseguirse fácilmente/muy fácilmente en 24 horas. Esto mismo ocurre en el 43,9% de los que conocen el spice y en el 43,7% de los que conocen las setas mágicas. El resto de sustancias estudiadas muestra cifras que también superan el 40%. (Tabla 2.32).

Atendiendo a la edad de las personas consultadas, la percepción de disponibilidad desciende conforme aumenta la edad. En el grupo de 15 a 24 años, son las setas mágicas y los esteroides anabolizantes las sustancias consideradas fácilmente/muy fácilmente disponibles por una mayor

proporción de jóvenes (uno de cada dos cree que podría conseguirlas fácil/muy fácilmente en 24 horas). En el grupo de 25 a 34 años, son los esteroides anabolizantes (55,2%) y el spice (49%) las que se perciben fácil/muy fácilmente disponibles por una mayor proporción (Tabla 2.32).

Tabla 2.32. Disponibilidad percibida de drogas emergentes (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)*. España 2011

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Ketamina	43.0	39.2	45.8	45.5	42.0	36.1	28.4	41.4
Spice	45.3	42.2	49.0	49.0	44.0	38.4	30.9	43.9
Piperazinas	42.8	39.2	45.5	45.0	42.8	36.5	29.2	41.2
Mefedrona	42.2	38.7	45.6	44.7	41.5	36.2	28.6	40.7
Nexus	42.2	39.3	45.1	44.8	42.1	36.3	29.9	40.9
Metanfetamina	43.4	38.6	46.5	45.4	41.5	36.3	29.2	41.3
Setas mágicas	46.4	40.3	50.2	47.9	42.8	37.8	30.9	43.7
Research chemicals	42.7	39.3	45.9	44.9	42.1	37.5	28.5	41.2
Legal highs	42.5	39.1	45.8	45.2	42.2	36.4	28.2	41.0
Salvia	44.8	40.7	48.4	47.7	43.7	36.9	31.1	43.0
Esteroides anabolizantes	51.7	45.2	54.4	55.2	48.7	41.8	35.2	48.8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)
* Eliminando los casos que señalan que No conocen la sustancia o que han contestado Ns/Nc.

La mayor o menor percepción del riesgo asociado al consumo de determinada sustancia y la percepción de mayor o menor facilidad para conseguir esa sustancia (disponibilidad percibida) suelen relacionarse con la prevalencia de consumo, de modo directo para el caso del riesgo percibido, e inversamente en el caso de la disponibilidad. Así, tiene cierta lógica que se registren mayores proporciones de consumidores entre los que perciben el consumo de una sustancia como menos peligroso que entre los que lo perciben como muy peligroso. Del mismo modo, en términos generales, suele observarse una mayor proporción de consumidores entre los que creen que una sustancia es fácilmente accesible que entre los que reconocen mayor dificultad para conseguirla. No obstante, no siempre ocurre de esta manera pues, en ocasiones, la existencia de una percepción de riesgo alta no se traduce en la evitación del consumo (p.ej fumadores activos con percepción de riesgo elevada, etc.), pudiendo influir diversos factores como la edad, la normativa existente con respecto a la sustancia de que se trate, el grado de aceptación social del consumo de tal sustancia, la asociación de la misma con determinadas características sociales (status social elevado, marginalidad, etc.).

Tabla 2.33. Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas emergentes (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas de salud) según consumidores y no consumidores de las diferentes drogas emergentes. España, 2011

	Nunca ha consumido la sustancia		Ha consumido la sustancia en alguna ocasión	
	%	Casos	%	Casos
Ketamina	95.9	10.189	68.2	187
Spice	95.9	8.890	69.9	135
Piperazinas	96.3	7.896	85.4	19
Mefedrona	96.5	7.972	66.5	25
Nexus	96.3	7.773	59.9	26
Metanfetamina	96.1	10.296	71.8	148
Setas mágicas	93.9	10.282	51.5	324
Research chemicals	96.5	7.578	50.6	10
Legal highs	96.3	7.511	66.2	9
Salvia	94.4	7.828	43.7	91
Esteroides anabolizantes	93.0	11.626	60.7	40

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)
* Eliminando los casos que señalan que No conocen la sustancia o que han contestado Ns/Nc.

En la Tabla 2.33. se observa como, los consumidores de cada una de las sustancias analizadas muestran una menor percepción de riesgo que los no consumidores, dándose también importantes diferencias en función de la sustancia. Hay que tener en cuenta que la submuestra de consumidores es muy pequeña, pero se ve claramente como más de la mitad de los consumidores de setas mágicas, no consideran peligrosa esta sustancia.

Vías de obtención

Al analizar las diferentes vías por las que los consumidores de drogas emergentes (una o más sustancias) han conseguido acceder a las mismas, se observa que la vía utilizada por una mayor proporción de ellos fue a través de un amigo o conocido (55%), seguida, a cierta distancia, de los distribuidores y los bares o discotecas (13,2% en ambos casos), las smart-shops/headshops (6,1%) y los festivales (5,4%) (Tabla 2.34).

Merece hacer una mención especial a la utilización de Internet como vía de acceso a las drogas emergentes, ya que esta vía ha desempeñado un papel fundamental en el resto de países de la Unión Europea, en la difusión de información sobre muchas de estas sustancias, especialmente las de más reciente aparición (spice, mefedrona, legal highs, research chemicals, etc.) y también ha permitido acceder fácilmente a ellas a través de websites con ofertas a precios bastante asequibles y mínimos requisitos de identificación personal para los consumidores. No debe

olvidarse, además, que Internet es, para la población más joven, una herramienta de uso habitual que posibilita y amplia las opciones recreativas con apenas esfuerzo. Sin embargo, en España, no parece haber sido así. La Tabla 2.34 muestra que sólo el 1,4% de los que dicen haber accedido/comprado a alguna de las drogas emergentes, lo hicieron a través de Internet. De ellos, el 0,9 las consiguió a través de páginas web, el 0,4 % lo hizo a través de las redes sociales y el 0,1% a través de foros. Es, al menos sorprendente, que internet tenga tan poco peso en la adquisición de sustancias, pero es necesario hacer un seguimiento de esta vía, para evitar que se convierta en una puerta de entrada "fácil" de determinadas sustancias, como ocurre en otros países.

Tabla 2.34. Vías de obtención de drogas emergentes entre aquellos que las han conseguido alguna vez, en la población de 15 a 64 años (porcentajes). España 2011

	¿Dónde consiguió estas drogas?
A través de internet: páginas web	0.9
A través de internet: redes sociales	0.4
A través de internet: foros	0.1
Un amigo/a o conocido/a	55
A través de un distribuidor	13.2
En una discoteca o bar	13.2
En una tienda especializada (smart shop o head shop)	6.1
En un festival	5.4
Otros	5.6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011
*Nota: Eliminados los casos de "No he conseguido nunca este tipo de drogas" y distribuidas las respuestas en base 100%

Canales de información

La mitad de la población consultada manifiesta no haber recibido información sobre estas drogas. Entre los que si han recibido información, las vías más prevalentes son los medios de comunicación (el 30% de las personas consultadas ha recibido información por esta vía) y los amigos/as, conocidos/as o compañeros/as de trabajo (14,2%). Cuando se les pregunta a los encuestados las vías por las que les gustaría recibir información de estas sustancias, el 34,5% no le interesa recibir información sobre el tema. Entre los que si que les gustaría recibir información, señalan como opción mayoritaria los medios de comunicación (39,4%), seguido de los profesionales sociosanitarios (18,6%). Precisamente es a través de los profesionales sociosanitarios donde se produce el mayor desfase entre la proporción de personas que desean recibir información por esta vía y la proporción que de hecho la reciben a través de dichos profesionales.

Tabla 2.35. Principales vías de información por las que la población de 15-64 años ha recibido información sobre nuevas drogas y por las que le gustaría recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de nuevas drogas, los efectos y los problemas asociados con ellas y sus formas de consumo. España 2011

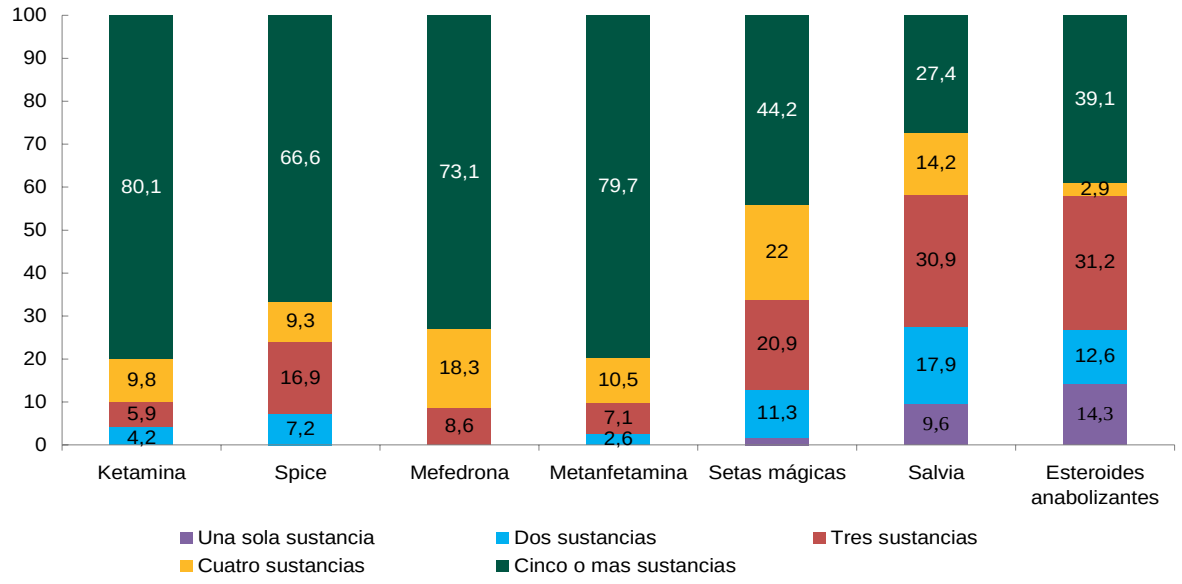
	Vías por las que ha recibido información.	Vías por las que le gustaría recibir información.
A través de internet: páginas web	6.1	14.2
A través de internet: redes sociales	2.4	9.2
A través de internet: foros	1.3	5.0
Padres/familiares	5.2	6.2
Un amigo/a, conocido/a o compañero/a de trabajo	14.2	5.1
Profesionales sociosanitarios (médicos, enfermeras/os, trabajadores sociales)	4.0	18.6
Profesores/as	6.7	14.4
Charlas o cursos sobre el tema	5.8	16.4
Organismos oficiales (ministerios, consejerías, ...)	2.6	11.8
Libros y/o folletos	6.8	14.6
Los medios de comunicación (prensa, tv o radio)	30.0	39.4
La policía	1.2	5.0
Personas que han tenido contacto con ellas	6.6	8.0
Otros	1.4	0.7
No he recibido información sobre dichas drogas	50.8	-
No me interesa este tipo de información	-	34.5
No contesta	1.8	3.8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Consumo de otras drogas

Los resultados de EDADES 2011 muestran que la gran mayoría de los consumidores de drogas emergentes (60-90%) ha consumido al menos cinco sustancias psicoactivas diferentes a lo largo de su vida. En este sentido, destacan especialmente los consumidores de ketamina (92,3%) y metanfetamina (92,1%). En el otro extremo, se encuentran los consumidores de salvia, de los que el 61,6% habría consumido alguna vez en su vida cinco sustancias psicoactivas. En la figura 2.37 se pueden ver la prevalencia de consumo de otras sustancias en el último año, entre los consumidores de drogas emergentes del último año.

Figura 2.37. Número de sustancias consumidas alguna vez en la vida entre los consumidores de cada una de las sustancias emergentes en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)

Al analizar los consumos de otras sustancias entre los consumidores de drogas emergentes, utilizando la referencia temporal de los últimos 12 meses, se observa que, en general son consumidores de otras drogas ilegales, porque a pesar de que alrededor del 90% consumen tabaco y alcohol, la gran mayoría consume más de tres drogas en el mismo periodo, lo que implica el consumo de otras drogas ilegales.

Todo lo anterior permite concluir que aquellos que consumen las sustancias incluidas en la categoría de drogas emergentes son, en su mayoría, policonsumidores de múltiples drogas, aunque no pueda establecerse el intervalo de tiempo entre el consumo de unas y otras, ni si éste es simultáneo o no. De cualquier forma, independientemente de los efectos de la droga emergente que se consuma y de la frecuencia con que se consuma, puede afirmarse que, en general, haber consumido alguna droga emergente durante el último año convierte al consumidor en un consumidor de riesgo, sólo por la elevada prevalencia de policonsumo a la que se asocia.

Estudiando la asociación de las diferentes drogas (legales e ilegales) para los consumidores de drogas emergentes (Tabla 2.36) en el último año, se apunta que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis es universal.

Tabla 2.36. Proporción de consumidores de otras drogas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes en el mismo periodo (porcentajes). España, 2011

	Ketamina	Spice	Piperazinas	Mefedrona	Nexus	Metanfetamina	Setas mágicas	Research chemicals	Legal highs	Salvia	Esteroides anabolizantes
Alcohol	100	100	100	100	100	99.2	97.1	100	100	100	100
Tabaco	97.2	85.2	79	100	100	88.2	87.9	79	100	81.4	82
Inhalables volátiles	12.4	7.4	55.3	19.2	0	12.8	5.6	26.5	0	4.7	0
Anfetaminas/speed	61.8	48.5	79	73.1	68.5	71.4	32.6	87.7	71	22.6	20.1
Alucinógenos	46.6	25.9	55.3	67.6	54.4	37.4	45.8	47.6	10.7	18.1	5
Heroína	9.2	11.4	0	10.4	0	9.7	0	0	0	0	18.6
Tranquilizantes	34.2	13.5	38.8	9	58.8	27.3	17.3	26.5	12.6	15.2	44.3
Somníferos	22.2	13.3	0	0	34.7	17.2	7.6	21.1	12.6	4	25.7
Hipnosedantes	34.8	14.5	38.8	9	58.8	27.3	19.2	47.6	12.6	15.2	45.2
Cánnabis	94.1	90.8	100	100	100	84.3	84.9	100	100	73.3	55.5
Éxtasis	67.5	49.8	55.3	66.5	92.6	61.2	36	87.7	71	19	20.9
Cocaína en polvo	79.9	67.1	79	69.4	79.9	74.1	48.2	66.5	71	32.9	34
Cocaína base	13.2	20.3	0	0	0	15.3	3.9	21	0	3.7	19.1
Cocaína general	79.9	71.6	79	69.4	79.9	74.1	48.2	66.5	71	32.9	34

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Asimismo, la cocaína (en general) es la cuarta sustancia más consumida por todos los perfiles con la excepción de los consumidores de research chemicals pues, en este caso, la prevalencia de anfetaminas y éxtasis es mayor que la de la cocaína.

Además, se observan ciertas asociaciones de sustancias entre los consumidores de las diferentes drogas emergentes. Así, los alucinógenos, tienen mayor prevalencia entre los consumidores de piperazinas y nexus que entre los consumidores de otra drogas emergentes. El éxtasis está más extendido entre los consumidores de nexus, research chemicals y legals highs. La prevalencia de anfetaminas/speed destaca entre los consumidores de piperazinas, mefedrona, metanfetaminas, research chemicals y legals highs.

Respuestas a las nuevas drogas emergentes

Sin duda el fenómeno de las drogas está cambiando tanto en nuestro país como en el resto del mundo, apareciendo nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Conscientes de esta situación, desde la DGPNSD, se están realizando esfuerzos para abordar este proceso.

En este contexto se sitúa el adaptar los Sistemas de Información para obtener datos sobre las nuevas drogas, como se ha realizado en la encuesta en estudiantes de 2010 o en la encuesta en población general de 2011 que acaba de ser descrita.

Otra acción puesta en marcha es la publicación del informe "drogas emergentes1", llevado a cabo por los expertos de la comisión clínica de la DGPNSD. En éste se pone a disposición de los profesionales un manual práctico que compendia los conocimientos actuales sobre las drogas emergentes y sus efectos sobre la salud, aporta información actualizada sobre la situación del consumo de estas sustancias en España y revisa algunos aspectos legales y sociales relacionados.

Un campo en el que también se está trabajando, es en impulsar y fortalecer el Sistema de Alerta Temprana Español2,3 enmarcado en la decisión 2005/587/JAI del Consejo de la Unión Europea, que requiere que cada país miembro de la Unión Europea cuente con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Europol y así cumplir con los objetivos de la decisión.

En este sentido se realizó una reunión, en Marzo de 2012, con todos los agentes implicados en el sistema y actualmente se mantiene una red virtual de comunicación bidireccional con todos ellos cada vez que es necesario comunicar una alerta. El sistema está integrado por diferentes Ministerios de la Administración General del Estado, la Administración Autonómica y Organizaciones No Gubernamentales, así como otras entidades. La DGPNSD coordina esta red, mantiene la comunicación con el EMCDDA, notifica las nuevas sustancias detectadas y elabora aquellos informes que sean necesarios.

Inyección de drogas

Las prevalencias obtenidas por este estudio muestran que el 0,4% de la población de entre 15 y 64 años se ha inyectado alguna vez en su vida heroína, cocaína u otras drogas ilegales (el 0,6 % de los hombres y el 0,2% de las mujeres). Observando los resultados según la edad de los entrevistados, se obtiene que son aquellas personas de entre 35 a 44 años los que presentan la mayor prevalencia (0,8%) (Tabla 2.37).

[1]Emerging Drugs (ingles)
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/DROGAS_EMERGENTES_ingles_WEB.pdf
[2] Early warning system. national profiles. Spain (Pág. 147).
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_157279_EN_EWS%20profiles.pdf
[3] Report of the Spanish Observatory on Drugs, 2011. El Sistema de Alerta Español (Pág. 192).
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf

Tabla 2.37. Prevalencia de consumo de heroína, cocaína u otras drogas ilegales a través de inyección alguna vez en la vida según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011

	Total	Hombre	Mujer	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años
Prevalencia de consumo de heroína, cocaína u otras drogas ilegales a través de inyección	0.4	0.6	0.2	0.1	0.3	0.8	0.5	0.2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Policonsumo de drogas

El policonsumo de drogas hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, en un periodo de tiempo concreto. Tomando en cuenta esta consideración y refiriéndonos a los últimos 12 meses, en 2011 se ha registrado que el 48,1% de la población consumidora de sustancias psicoactivas (de entre 15 y 64 años) ha realizado policonsumo en el último año. Por tanto, se observa que aproximadamente la mitad de la población consumidora de sustancias psicoactivas, consume exclusivamente un tipo concreto de drogas mientras que la otra mitad consume al menos dos tipos diferentes de sustancias. El consumo de dos sustancias es el hábito mayoritario entre la población que realiza policonsumo, con una prevalencia del 34,7%. (Tabla 2.38).

Por su parte, atendiendo al último mes respecto a la realización de la encuesta, la proporción de personas consumidoras de sustancias psicoactivas que realizan policonsumo alcanza el 42,9%; el 33,2% si concretamos en el consumo de dos sustancias diferentes en los últimos 30 días. Asimismo, respecto a los hábitos de policonsumo más extremos, se apunta que un 2,2% de la población consumidora, en el último año ha consumido cuatro sustancias (un 1,3% de la población consumidora en caso de considerar el último mes) y el 1,2% al menos cinco sustancias (un 0,6% respecto al último mes).

Tabla 2.38. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales) (porcentajes). España, 2011.

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Una sola sustancia	51.9	57.1
Dos sustancias	34.7	33.2
Tres sustancias	10	7.8
Cuatro sustancias	2.2	1.3
Cinco o más sustancias	1.2	0.6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)

Examinando tanto la intensidad del policonsumo como las sustancias consumidas en el último año (Tabla 2.39), se observa cómo el alcohol está presente en prácticamente todos los tipos de policonsumo. El consumo de tabaco también es una constante en el policonsumo, principalmente a medida que se incrementa el número de sustancias. Por su parte, el cannabis, empieza a tener una prevalencia importante ya en el policonsumo de tres sustancias (62,6%). Finalmente, destacar el crecimiento experimentado por los tranquilizantes y somníferos en este sentido. Entre las personas que han consumido dos sustancias psicoactivas, la prevalencia de tranquilizantes asciende del 6,3% registrado en 2009 al 14,5% en 2011 y en el caso de los somníferos, del 3,7% en 2009 al 6,4% observado en 2011. Asimismo, entre las personas consumidoras de tres sustancias en el último año, la prevalencia de tranquilizantes crece del 22,3% en 2009 al 30,5% en 2011 mientras que el de somníferos permanece constante.

Tabla 2.39. Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses (porcentajes de columna). España, 2011

Sustancias consumidas	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	95.3	99	98.7	99.8
Tabaco	82.8	97.1	96.6	98.3
Cánnabis	5	62.6	95.1	95.1
Éxtasis	0	0.8	5.7	50.7
Tranquilizantes	14.5	30.5	36.4	43.2
Somníferos	6.4	14.6	16.1	23.8
Cocaína en polvo	0.2	4	54.1	82.3
Cocaína base	0	0	3.1	10
Anfetaminas/Speed	0	0.5	4.5	49
Alucinógenos	0	0.3	3.3	31.9
Heroína	0	0	0.5	8.6
Inhalables volátiles	0	0	0.6	7.8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)

La Tabla 2.40, referida al último año de consumo, recoge las prevalencias que presentan los consumidores de una sustancia, en el resto de sustancias estudiadas. De esta forma se puede observar en qué medida se asocian o están vinculadas unas sustancias psicoactivas con otras. Por ejemplo, entre las asociaciones reseñables, se encuentra que de las personas que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, el 19,2% consumieron también cocaína (general). Sin embargo, el 81,5% de los que consumieron cocaína, consumieron cannabis, y casi el 20% de ellos hipnosedantes y/o éxtasis (19,3% y 19,6% respectivamente). Por finalizar en este ámbito, examinando el policonsumo con hipnosedantes, se señala que esta sustancia es consumida por el 18,2% de las personas que han consumido éxtasis, por el 24,9% que ha consumido alucinógenos o por el 28,1% de los consumidores de anfetaminas/speed.

La tendencia general observada, es que se registra un consumo más amplio de cualquier tipo de sustancia cuando se está analizando una droga ilegal residual (inhalables volátiles, heroína, speed…) que otras socialmente más aceptadas (alcohol, tabaco…).

Tabla 2.40. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cánnabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables volátiles en los últimos 12 meses (porcentajes de columna). España, 2011

	Alcohol	Tabaco	Cánnabis	Éxtasis	Tranquilizantes	Somníferos	Hipnosedantes	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína general	Anfetaminas/speed	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles
Alcohol	-	84.7	94.4	97.2	70.9	71	71.5	98.1	90.4	98.2	97.6	97.7	94.5	100
Tabaco	44.5	-	84	87.7	46.8	49.8	46.4	88	93.8	87.8	90.8	92.7	100	94.7
Inhalables volátiles	0.1	0.2	0.9	5.1	0.4	0.1	0.3	2.4	5.7	2.3	7.9	11.1	6.5	-
Anfetaminas/speed	0.8	1.4	5	51.4	1.4	2	1.5	18.2	20.9	18	100	52.6	37.1	51.3
Alucinógenos	0.5	0.9	3.7	29.7	0.9	1.1	0.9	10	10.3	9.9	35.4	-	24.7	48.9
Heroína	0.1	0.2	0.9	3.5	0.7	1	0.6	2.4	17.8	2.4	5.9	5.8	-	6.8
Tranquilizantes	9	11.4	12.4	16.3	-	64.6	86.2	17.4	45	17.5	23.1	22.5	69.6	43.1
Somníferos	4.1	5.5	5.8	9.8	29.2	-	39.2	10.9	35.7	10.8	14.7	12.3	46.5	6.2
Hipnosedantes	10.6	13.2	13.6	18.2	100	100	-	19.2	47.5	19.3	28.1	24.9	73.8	43.1
Cánnabis	11.9	20.2	-	84.7	12.2	12.6	11.5	81.5	94	81.5	79.4	88.2	90.3	94.7
Éxtasis	0.9	1.5	6	-	1.1	1.5	1.1	19.6	29.5	19.6	57.9	49.7	24.7	39.2
Cocaína en polvo	2.9	4.9	19	64.2	3.9	5.4	3.7	-	84.3	98.9	68.7	55.1	56.7	57.3
Cocaína base	0.2	0.4	1.6	7.1	0.7	1.3	0.7	6.2	-	7.2	5.7	4.1	30.4	10.1
Cocaína general	2.9	5	19.2	65	4	5.4	3.8	100	100	-	68.7	55.1	56.7	57.3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Si analizamos el fenómeno de policonsumo según la edad de los consumidores observamos que los menores de edad de 15 a 17 años realizan menos policonsumo que los de 18 años o mayores (39,2% frente a 48,3%). Parece lógico pensar que las personas mayores de edad disponen de mayor poder adquisitivo, mayor actividad social y mayor autonomía personal (la hora de llegada a casa se retrasa, etc.) y ello aumenta las oportunidades y posibilidades de consumir una o más sustancias psicoactivas. (Tabla 2.41).

Dentro del grupo de los mayores de edad son los de 25 a 34 años los que realizan un mayor policonsumo (52,7%).

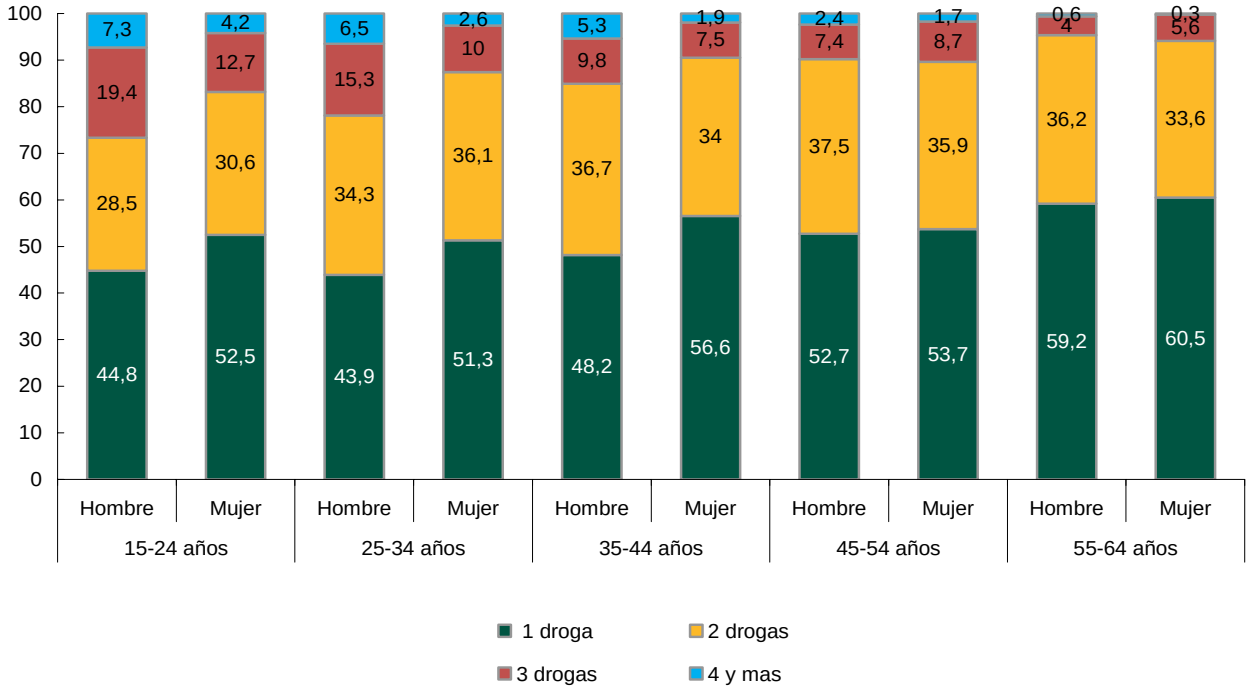
Tabla 2.41. Distribución del número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2011

	15-17	18-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Una sola sustancia	60.8	51.7	48.5	47.3	52	53.2	59.8
Dos sustancias	22.2	35	29.5	35.1	35.4	36.7	35
Tres sustancias	14.3	9.9	16.2	12.9	8.8	8.1	4.8
Cuatro sustancias	1.5	2.3	3.4	3	2.6	1.5	0.4
Cinco o más sustancias	1.3	1.2	2.4	1.7	1.1	0.6	0.1

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Existen pocas diferencias en función del sexo (Figura 2.38), dándose principalmente entre los grupos de población más jóvenes. A partir de 45 años las diferencias entre sexos son prácticamente inexistentes.

Figura 2.38. Prevalencias de consumo múltiple de drogas en el último año, según edad y sexo (porcentajes). España 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Respecto al estado civil de las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en España, son los solteros aquellos que mayor policonsumo realizan (51,8%), respecto a los casados o separados, divorciados o viudos (Tabla 2.42). Esto posiblemente esté muy relacionado con la edad de los consumidores, y con las responsabilidades que el estado civil suele llevar asociadas, hijos y responsabilidades económicas, que conllevan menos tiempo y menos disponibilidad económica para realizar policonsumo.

Tabla 2.42. Distribución por estado civil de las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas (policonsumo*), excluyendo tabaco, en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo (porcentajes). España 2011

	Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses				No han realizado policonsumo en los últimos 12 meses			
	Total de personas que han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	**Soltero**	**Casado**	**Separado / divorciado/ viudo**	**Total de personas que no han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)**	**Soltero**	**Casado**	**Separado/ divorciado/ viudo**
Total SEXO	**5,276,156**	**51.8**	**36.3**	**11.9**	**26,806,602**	**35.8**	**55.6**	**8.6**
Hombre	2,955,656	60.5	31.4	8.1	13,271,176	39.1	54	6.9
Mujer	2,320,500	40.8	42.5	16.7	13,535,426	32.5	57.2	10.3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Policonsumo= consumo concomitante de 2 o más de estas sustancias: alcohol, hipnosedantes con y sin receta, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles
Nota: No se han tenido en cuenta los casos que no han proporcionado respuesta en el consumo de esa droga

Respecto al nivel de estudios y el policonsumo, tras observar los resultados obtenidos (Tabla 2.43) podemos afirmar que no hay diferencias entre el nivel de estudios de los que realizan policonsumo y entre los que no lo realizan.

Tabla 2.43. Distribución por nivel de estudios más alto completado de las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas (policonsumo*), excluyendo tabaco, en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo y grupos de edad (porcentajes). España 2011

	Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses				No han realizado policonsumo en los últimos 12 meses			
	Total de personas que han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Sin estudios / Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios	Total de personas que no han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Sin estudios / Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios
Total SEXO	**5,276,156**	**19.4**	**64**	**16.6**	**26,806,602**	**20.4**	**61.6**	**18.1**
Hombre	2,955,656	19.2	65.2	15.6	13,271,176	20.7	62.5	16.8
Mujer	2,320,500	19.6	62.4	18	13,535,426	20	60.6	19.3
EDAD								
15-24	1,104,513	16.5	74.9	8.6	3,774,648	14.8	76.6	8.6
25-34	1,433,827	11.9	64.8	23.4	5,899,852	8.9	66.9	24.2
35-44	1,164,703	16	65.9	18.1	6,711,731	12.5	64.6	22.8
45-54	883,571	23.5	60.4	16.1	5,545,673	22.2	59.9	17.9
55-64	689,542	40.2	46	13.8	4,874,697	47.3	41.2	11.5
15-34	2,538,339	13.9	69.2	16.9	9,674,501	11.2	70.7	18.1
35-64	2,737,817	24.5	59.1	16.4	17,132,101	25.5	56.4	18
15-17	147,065	35.4	64.6	0	925,737	30.9	69.1	0
18-64	5,129,091	18.9	64	17.1	25,880,865	20	61.3	18.7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Policonsumo= consumo concomitante de 2 o más de estas sustancias: alcohol, hipnosedantes con y sin receta, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles
Nota: No se han tenido en cuenta los casos que no han proporcionado respuesta en el consumo de esa droga

Aquellas personas que realizan policonsumo en los últimos 12 meses tienen una apreciación subjetiva de su estado de salud más negativa que aquellos que no realizan policonsumo (3,8% de los que realizan policonsumo piensan que su estado de salud es malo o muy malo frente al 1,9%

que opinan que su estados de salud es malo o muy malo de los que no realizan policonsumo) y en los últimos 12 meses han sufrido más de 2 veces lesiones con un porcentaje más elevado que aquellos que no realizan policonsumo. (Tablas 2.44 y 2.45).

Tabla 2.44. Distribución de la apreciación subjetiva del estado de salud de las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas (policonsumo*), excluyendo tabaco, en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo (porcentajes). España 2011

	Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses				No han realizado policonsumo en los últimos 12 meses			
	Total de personas que han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	**Muy buena y buena**	**Regular**	**Mala y muy mala**	**Total de personas que no han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)**	**Muy buena y buena**	**Regular**	**Mala y muy mala**
Total SEXO	**5,276,156**	**79.4**	**16.8**	**3.8**	**26,806,602**	**86**	**12.1**	**1.9**
Hombre	2,955,656	85.1	12	3	13,271,176	86.9	11.4	1.8
Mujer	2,320,500	72.1	23.0	4.9	13,535,426	85.2	12.8	2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Policonsumo= consumo concomitante de 2 o más de estas sustancias: alcohol, hipnosedantes con y sin receta, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles
Nota: No se han tenido en cuenta los casos que no han proporcionado respuesta en el consumo de esa droga.

Tabla 2.45. Distribución del nº de veces que ha sufrido heridas, lesiones o traumatismos físicos agudos que le han obligado a recibir asistencia sanitaria en los últimos 12 meses en las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas (policonsumo*), excluyendo tabaco, en el mismo periodo entre la población de 15 a 64 años según sexo y grupos de edad (porcentajes). España 2011

	Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses					No han realizado policonsumo en los últimos 12 meses				
	Total de personas que han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	**Nunca ha sufrido lesiones**	**1 vez ha sufrido lesiones**	**2 veces ha sufrido lesiones**	**Más de 2 veces ha sufrido lesiones**	**Total de personas que no han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)**	**Nunca ha sufrido lesiones**	**1 vez ha sufrido lesiones**	**2 veces ha sufrido lesiones**	**Más de 2 veces ha sufrido lesiones**
Total SEXO	**5,276,156**	**80.4**	**13.1**	**3.6**	**2.9**	**26,806,602**	**88.7**	**8.3**	**1.5**	**1.5**
Hombre	2,955,656	81.7	12.7	3.3	2.3	13,271,176	88.2	8.7	1.8	1.3
Mujer	2,320,500	78.9	13.5	4	3.6	13,535,426	89.2	7.9	1.3	1.6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Policonsumo= consumo concomitante de 2 o más de estas sustancias: alcohol, hipnosedantes con y sin receta, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles
Nota: No se han tenido en cuenta los casos que no han proporcionado respuesta en el consumo de esa droga.

Por último es importante destacar según indican la Tabla 2.46, que aquellas personas que realizan policonsumo en los últimos 12 meses viven en mayor medida con los padres o solos que los que no realizan policonsumo.

Tabla 2.46. Distribución del tipo de convivencia de las personas que han consumido 2 o más sustancias psicoactivas (policonsumo*), excluyendo tabaco, en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según sexo y grupos de edad (porcentajes). España 2011

	Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses					No han realizado policonsumo en los últimos 12 meses				
	Total de personas que han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Vive solo/ con compañeros de piso	Vive con padres	Vive con pareja y/o hijos	Resto	Total de personas que no han realizado policonsumo en los últimos 12 meses (nº absoluto)	Vive solo/ con compañeros de piso	Vive con padres	Vive con pareja y/o hijos	Resto
Total SEXO	**5,276,156**	**15.7**	**31.1**	**49.3**	**3.8**	**26,806,602**	**10.4**	**23.8**	**63.7**	**2.1**
Hombre	2,955,656	18.3	37.0	40.6	4.1	13,271,176	12.5	25.1	60.2	2.1
Mujer	2,320,500	12.5	23.5	60.5	3.5	13,535,426	8.4	22.4	67.1	2.2
EDAD										
15-24	1,104,513	7.4	77.5	10.5	4.6	3,774,648	4.4	81.1	10.8	3.7
25-34	1,433,827	17.5	35.0	42.4	5.1	5,899,852	11.0	30.2	55.9	2.8

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
*Policonsumo= consumo concomitante de 2 o más de estas sustancias: alcohol, hipnosedantes con y sin receta, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles
Nota: No se han tenido en cuenta los casos que no han proporcionado respuesta en el consumo de esa droga.

Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

El riesgo que la población percibe ante el uso de distintas drogas podría interpretarse como un factor de protección frente al consumo de las mismas y de manera especial en su inicio.

Se mantiene mayoritariamente (más del 94% de la población), como ya ocurría en años anteriores, la consideración de que el consumo de heroína, cocaína y éxtasis puede producir muchos o bastantes problemas con independencia de la frecuencia de su consumo. Sin embargo, cuando se pregunta por el hecho de probar una o dos veces en la vida el éxtasis o la cocaína, aumenta la tolerancia al riesgo. Así, en estos casos la percepción se reduce, al 78,2% de la población en el caso del éxtasis y al el 76,5% en el de la cocaína (Tabla 2.47).

Por el contrario, la percepción de riesgo para el caso de consumo de 5/6 cañas o copas en fin de semana continua siendo la más baja de todas, dado que aproximadamente la mitad de la población no considera que ello pueda acarrear muchos o bastantes problemas (Figura 2.39). No

obstante, la percepción de riesgo para este consumo ha aumentado respecto de 2009 en 4,3 puntos porcentuales, alcanzando con ello el valor más alto de toda la serie histórica.
Respecto a los tranquilizantes (sustancias que experimentan en 2011 el mayor crecimiento de consumo de entre todas ellas entre la población de 15 a 64 años), se aprecia que el riesgo derivado de consumirlos una vez o menos al mes es el segundo más bajo, tras la ingesta de 5/6 cañas o copas en fin de semana. En este sentido, el 62,5% de la población consultada asocia este tipo de consumo con la posibilidad de tener bastantes o muchos problemas mientras que si la intensidad de consumo es de una vez por semana o más, la percepción de riesgo alcanza el 79,9% de la población (Tabla 2.47).

La evolución más sustancial con respecto a la medición anterior se produce para el consumo de cannabis en una vez o menos al mes, cuya percepción aumenta 6,7 puntos porcentuales respecto de 2009 alcanzando la valoración más alta desde 2001 y 3,9 puntos para el consumo semanal, también situándose en el nivel más alto de la década.

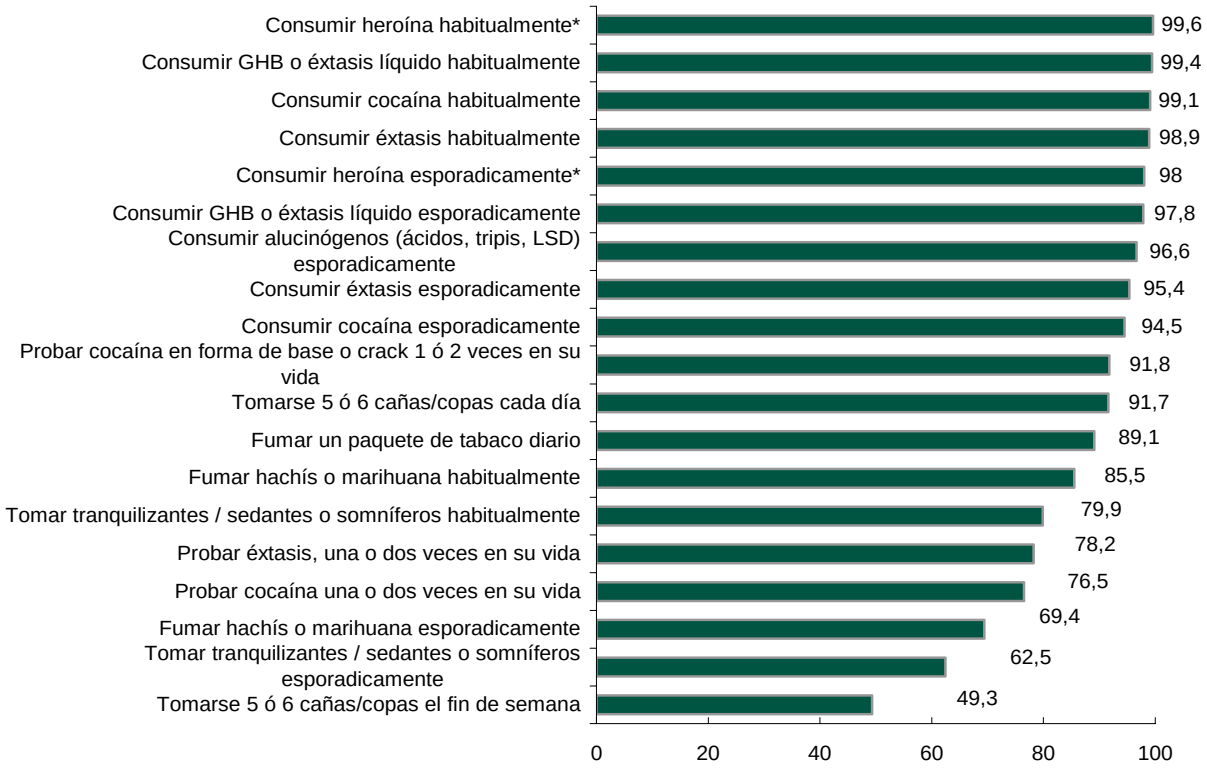
Por otro lado, desde 1997 la consideración del consumo de un paquete diario de tabaco como un hábito de riesgo ha ido creciendo entre los ciudadanos hasta el año 2011, año en el que vemos cómo esta evolución se ha estancado, si bien esta actitud ya se encuentra entre prácticamente el 90% de la población residente en España.

Tabla 2.47. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*. España, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2011-2009	Diferencia 2011-1997
Consumir heroína una vez por semana o más	99.4	99.6	98.8	99.3	99.3	99.4	99.4	99.6	0.2	0.2
Consumir heroína una vez o menos al mes	97.6	98.5	96.7	97.4	97.9	98.7	97.5	98	0.5	0.4
Consumir cocaína una vez por semana o más	98.5	99.2	97.9	98.5	98.7	98.9	99	99.1	0.1	0.6
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93.5	95.4	93.3	93.1	95	95.8	94.6	94.5	-0.1	1.0
Probar cocaína una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	77.4	76.5	-0.9	-
Consumir éxtasis una vez por semana o más	98.6	98.9	97.8	98.3	98.7	98.3	98.3	98.9	0.6	0.3
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	92.5	94.6	92.6	92.6	94.4	95.8	94.4	95.4	1.0	2.9
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	76.7	78.2	1.5	-
Consumir alucinógenos una vez por semana o más	99.1	99.4	98.5	99.1	99.2	-	-	-	-	-
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	96	97.4	95.5	96.3	97.1	97.4	96.1	96.6	0.5	0.6
Consumir tranquil./somn una vez por semana o más	81.4	86.8	84.8	85.4	81.8	79.7	79.7	79.9	0.2	-1.5
Consumir tranquil/somn una vez o menos al mes	60.4	70.1	66.7	65.3	62.3	62.2	60.1	62.5	2.4	2.1
Consumir cannabis una vez por semana o más	84	87.6	83.1	79.2	80.8	83	81.6	85.5	3.9	1.5
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68.9	74.8	67.9	62	64.2	68.5	62.7	69.4	6.7	0.5
Probar cocaína base 1 o 2 veces en su vida	-	-	-	-	-	-	95.7	91.8	-3.9	-
Consumir 5-6 cañas/copas cada día	89.2	90.7	86.1	83.3	87.3	89.2	91.4	91.7	0.3	2.5
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45.6	49.2	44.2	41.8	43.6	46.6	45	49.3	4.3	3.7
Fumar paquete tabaco diario	79.7	82.4	83.6	84.6	87.1	87.1	89.4	89.1	-0.3	9.4
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	99.4	-	-
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	97.8	-	-

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

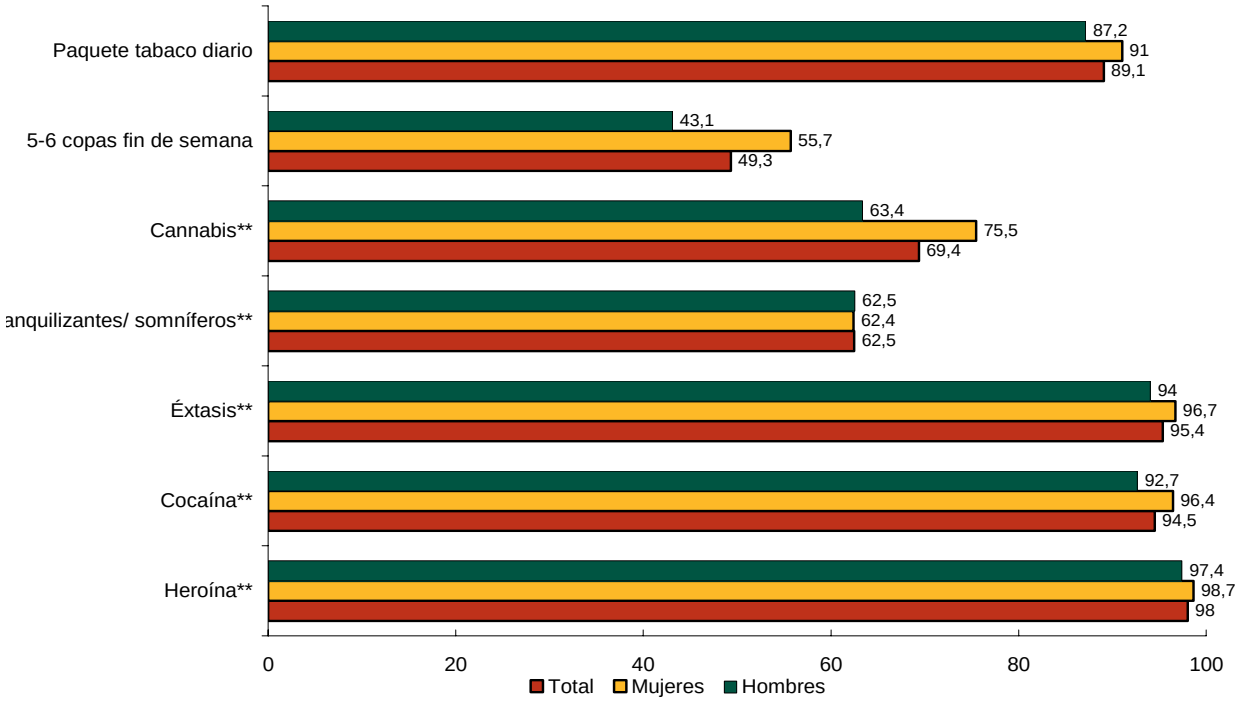
Figura 2.39. Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes)*. España, 2011



* “habitualmente” es una vez a la semana o más frecuentemente; “esporádicamente” es una vez al mes o menos frecuentemente.
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Con carácter general la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres para todas las sustancias psicoactivas y para todas las frecuencias de consumo. La excepción aparece con los tranquilizantes/somníferos, sustancias de consumo más prevalente entre las mujeres. En este caso, la proporción entre sexos es similar a la hora de asociar determinado riesgo al consumo esporádico de dichas sustancias (Figura 2.40).

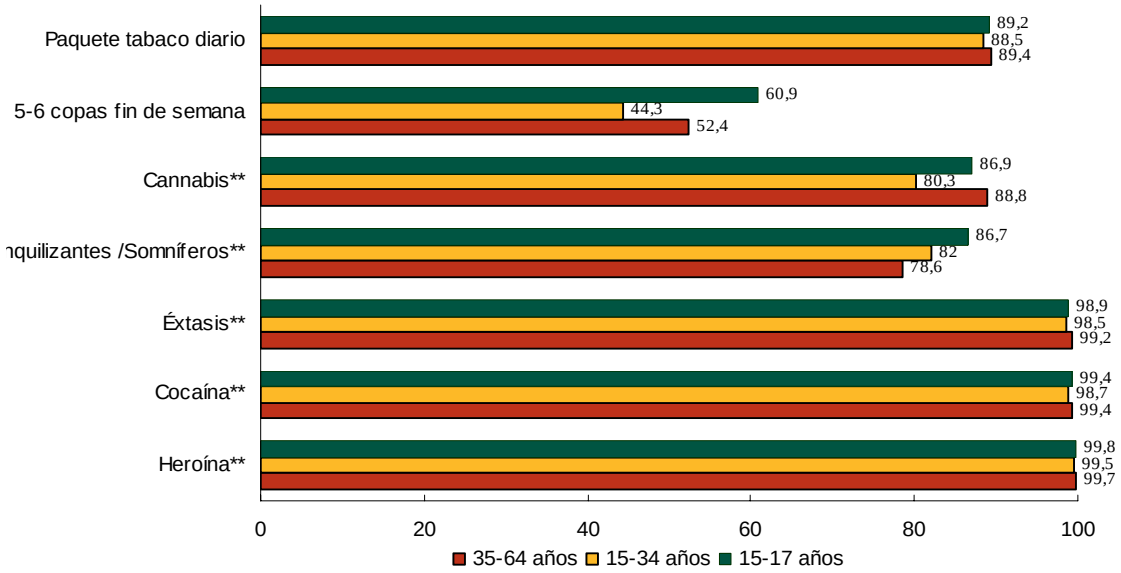
Figura 2.40. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (Porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas* según sexo (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc
** Una vez al mes o menos

En términos de edad, existe una gran unanimidad a la hora de valorar el riesgo del consumo habitual de heroína, cocaína, éxtasis y un paquete diario de tabaco. Sin embargo, en referencia al consumo de cannabis y al de 5/6 copas en fin de semana, el segmento de entre 15 a 34 años muestra mayor tolerancia al riesgo que el segmento más joven (15 a 17 años) y que el más mayor (35 a 64 años). Por otra parte se observa que la percepción de riesgo asociada al consumo habitual de tranquilizantes va descendiendo conforme se incrementa la edad del segmento considerado (Figura 2.41).

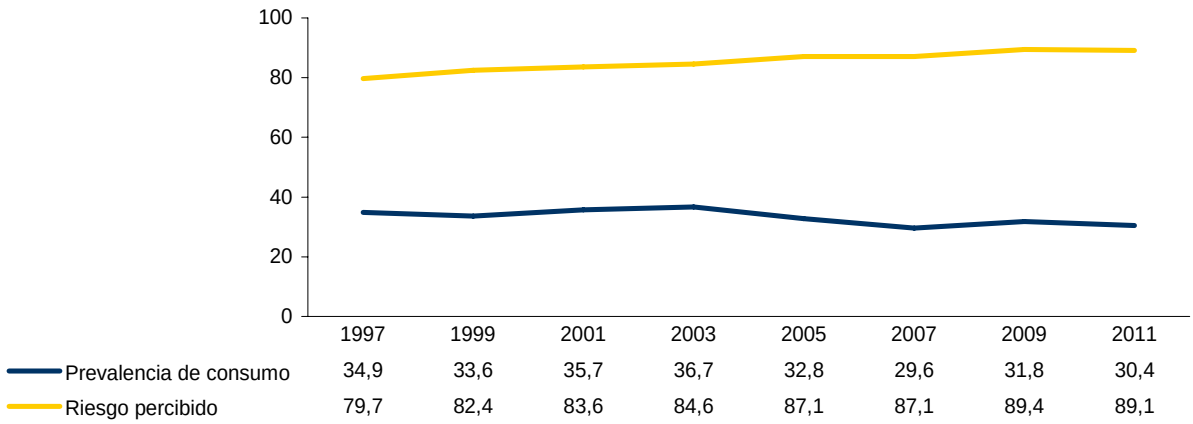
Figura 2.41. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas* según edad (porcentajes). España, 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc
** Una vez a la semana o más

Si se observa la Figura 2.42 se puede ver claramente como a medida que aumenta la percepción de riesgo de consumo de un paquete de tabaco diario disminuye la prevalencia de consumo, con lo cual la percepción de riesgo ante el uso de distintas drogas podría interpretarse como un factor de protección frente al consumo de las mismas.

Figura 2.42. Evolución de la prevalencia de consumo de un paquete de tabaco diario en los últimos 30 días y riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*. España, 1997-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997- 2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Disponibilidad de drogas percibida

Cuando se consulta a la población sobre ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener determinada droga, en un plazo de unas 24 horas?, aparece el cannabis como aquella más sencilla de conseguir, de manera que el 67% de la población piensa que conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil para ellos. Por el contrario, la que parece más difícil de obtener es el éxtasis líquido, seguido de la heroína, aunque ésta presenta niveles de percepción de disponibilidad similares a los del éxtasis y alucinógenos (en torno al 45%).

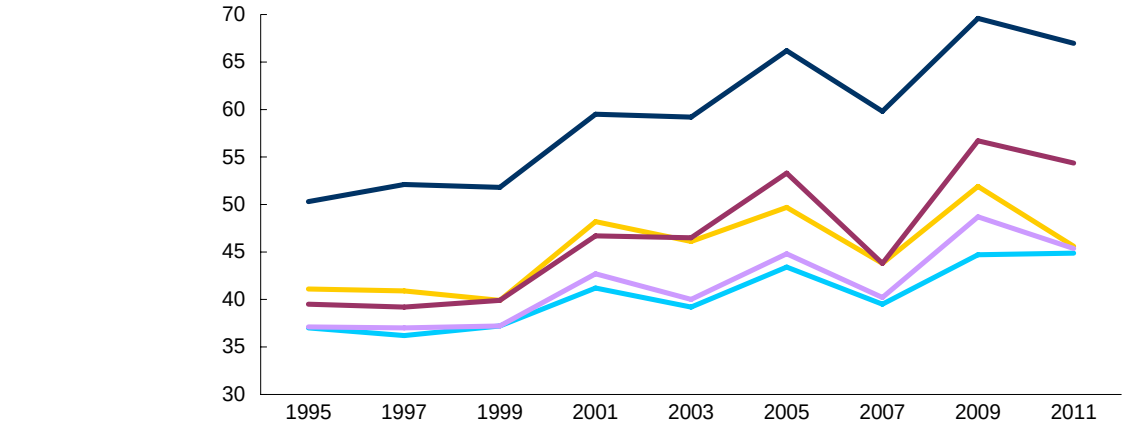
Exceptuando la heroína, el año 2009 mostró los mayores niveles de percepción de disponibilidad de los registrados hasta la fecha para todas las sustancias. En el año 2011 se reduce la generalización de esta percepción, destacando el descenso experimentado en este sentido por el éxtasis (-6,3 puntos porcentuales). De 1995 a 2011 ha crecido la percepción de disponibilidad de todas las sustancias estudiadas, habiéndose notado un mayor crecimiento en este sentido para el caso del cannabis (en 16,7 puntos porcentuales) y de la cocaína (en 14,9 puntos porcentuales) (Tabla 2.48 y Figura 2.43).

Tabla 2.48. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes)*. España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2009-2011	Diferencia 1995-2011
Cánnabis	50.3	52.1	51.8	59.5	59.2	66.2	59.8	69.6	67	-3	16.7
Éxtasis	41.1	40.9	39.9	48.2	46.1	49.7	43.8	51.9	45.6	-6.3	4.5
Cocaína	39.5	39.2	39.9	46.7	46.5	53.3	43.8	56.7	54.4	-2.3	14.9
Heroína	37	36.2	37.2	41.2	39.2	43.4	39.5	44.7	44.9	0.2	7.9
Alucinógenos (LSD)	37.1	37	37.2	42.7	40	44.8	40.2	48.7	45.4	-3.3	8.3
GHB o éxtasis líquido	-	-	-	-	-	-	-	-	41.8	-	-

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).*
% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Figura 2.43 Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil)*, entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2011



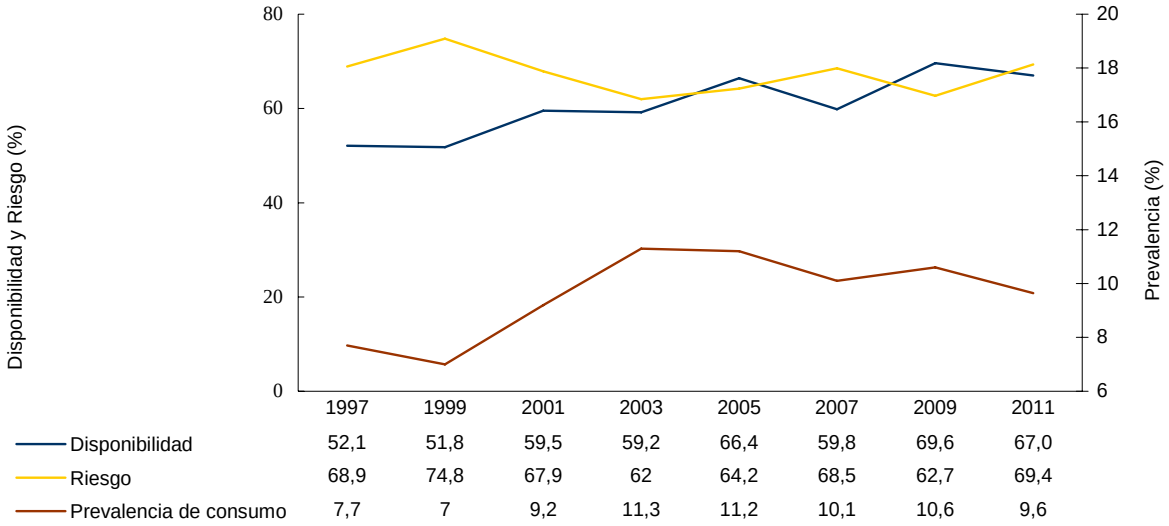
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Cánnabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4
Heroína	37	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9
Alucinógenos (LSD)	37,1	37	37,2	42,7	40	44,8	40,2	48,7	45,4

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995- 2011)

A continuación se muestran las tendencias de las prevalencias de consumo, percepción de riesgo asociado y de disponibilidad para el consumo esporádico en el último año de cannabis, cocaína en polvo y éxtasis.

Centrándonos en el cannabis, en 2011 se observa que su prevalencia de consumo y percepción de disponibilidad han descendido a la vez que la percepción de riesgo asociado ha aumentado. En cuanto a la cocaína, el consumo y la noción de disponibilidad descienden ligeramente mientras que la sensación de riesgo ante su consumo esporádico permanece estable, en la medida que viene presentando niveles cercanos al 95% desde años anteriores. Igualmente ocurre con el éxtasis, cuya percepción de riesgo apenas evoluciona pues ya prácticamente toda la población asocia riesgo a su consumo esporádico. Asimismo se percibe una menor disponibilidad de esta sustancia a la vez que su consumo se ha estabilizado sin llegar al punto porcentual en población general (Figuras 2.43 a 2.48).

Figura 2.44. Evolución de la prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil)* y percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes, porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*. España, 1997-2011

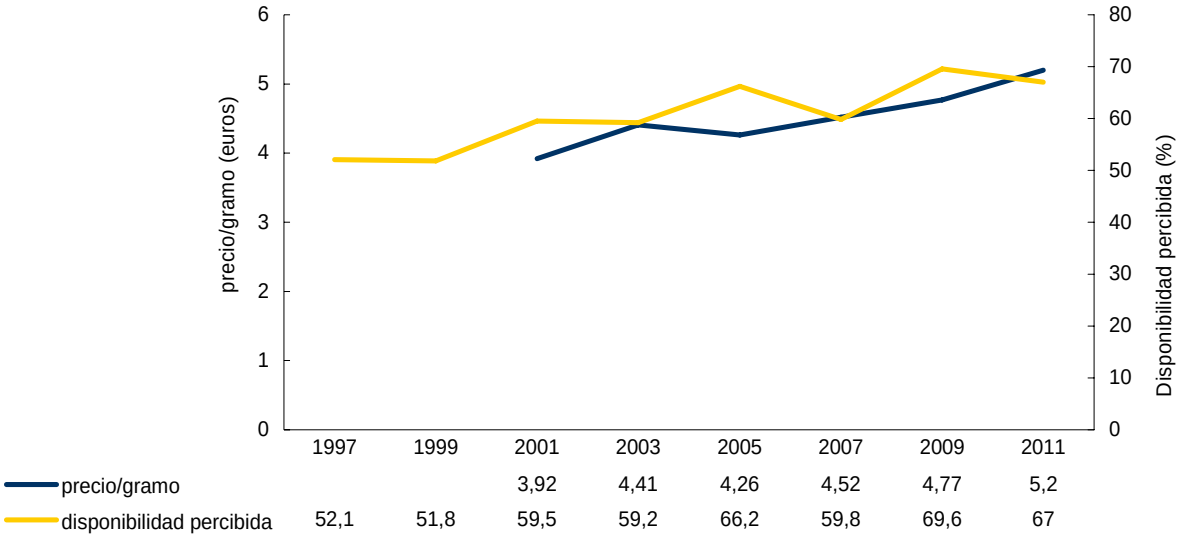


	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Disponibilidad	52,1	51,8	59,5	59,2	66,4	59,8	69,6	67,0
Riesgo	68,9	74,8	67,9	62	64,2	68,5	62,7	69,4
Prevalencia de consumo	7,7	7	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Resulta de particular interés la relación inversa existente entre la disponibilidad percibida de cannabis y el precio del gramo de la misma sustancia en el mercado al por menor. En 2001, 2005 y 2009, que el precio es más bajo se corresponde con un aumento de la disponibilidad y al contrario, en los años 2003, 2007 y 2011 la disponibilidad desciende ante el aumento del precio, aun si este no es particularmente relevante (Figura 2.45).

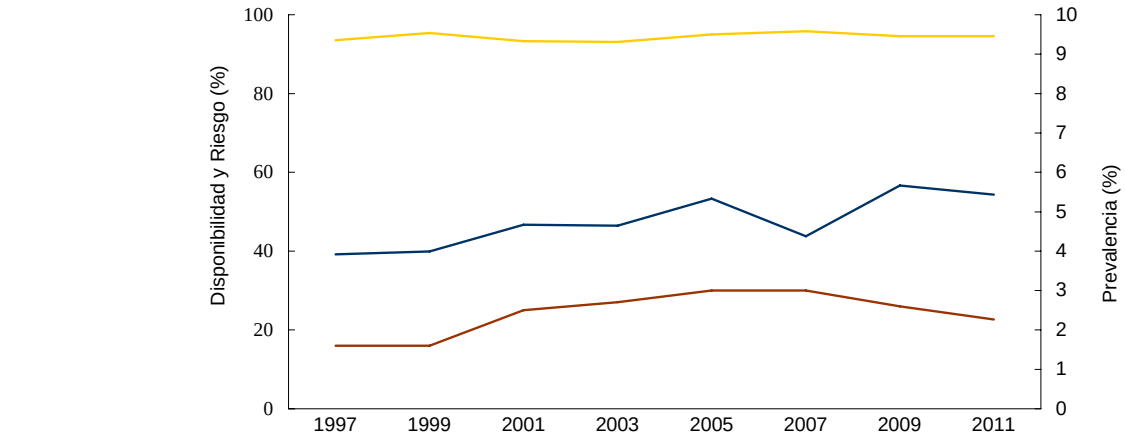
Figura 2.45. Evolución de la disponibilidad percibida de cánnabis (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y precio del gramo de cánnabis (euros). España, 1997-2011



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
precio/gramo			3,92	4,41	4,26	4,52	4,77	5,2
disponibilidad percibida	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).

Figura 2.46. Evolución de la prevalencia de uso de cocaína en los últimos 12 meses, disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil)* y percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes, porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*. España, 1997-2011

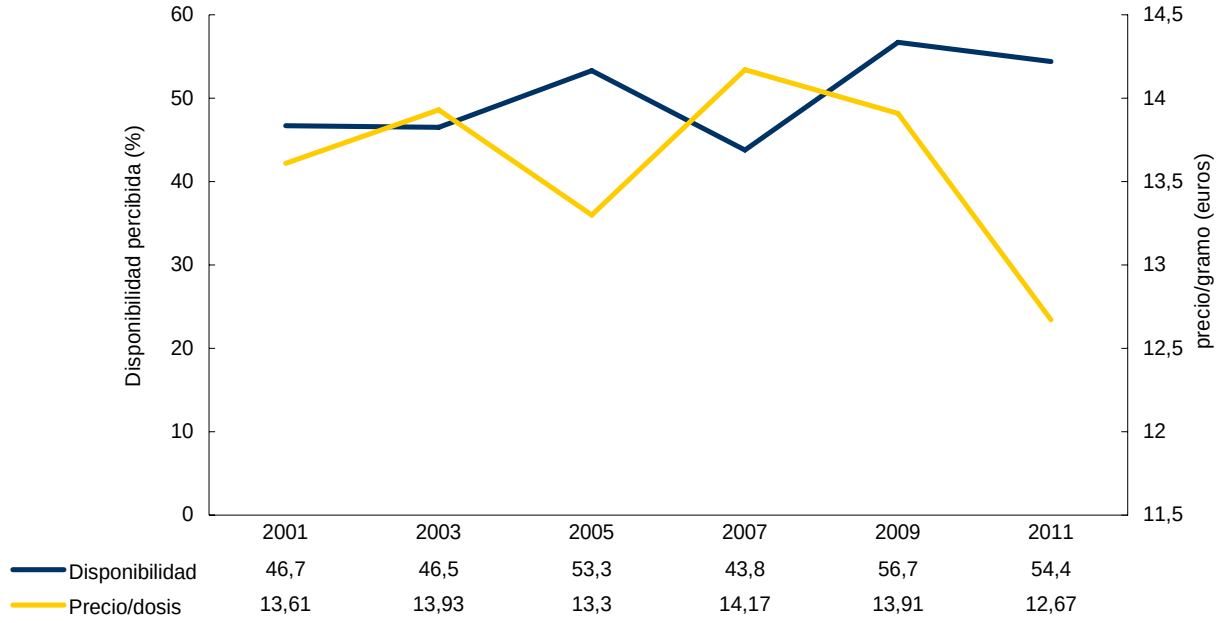


	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Disponibilidad	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4
Riesgo	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5
Prevalencia de consumo	1,6	1,6	2,5	2,7	3	3	2,6	2,3

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997- 2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

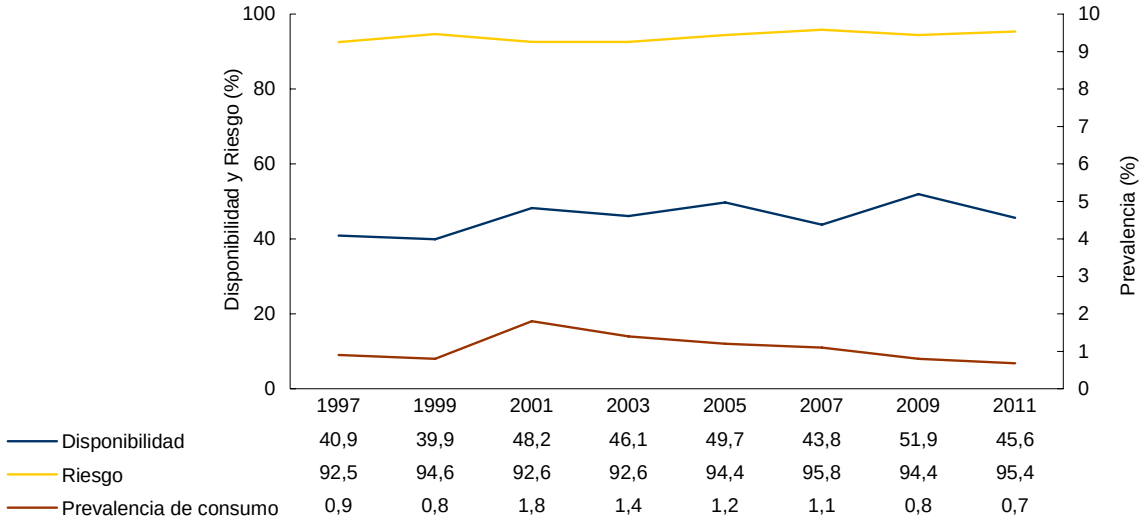
Teniendo en cuenta la información facilita por el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) en España, sobre el mercado de la cocaína en nuestro país los mayores incrementos del precio por dosis se han producido en los años 2005 y 2007 a partir de los cuales se ha registrado una caída importante, alcanzando en 2011 el precio más bajo desde el año 2001. Si relacionamos estos datos con la disponibilidad percibida por los entrevistados en las encuestas realizadas en los años correspondientes nos encontramos con una relación inversa esperable, a menor precio mayor accesibilidad, la droga se percibe como de más fácil adquisición. (Figura 2.47)

Figura 2.47 Evolución de la disponibilidad percibida (conseguir en 24 horas la droga resulta fácil o muy fácil) y precio de la dosis de cocaína. España, 2001-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2001-2011).

Figura 2.48. Evolución de la prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil)* y percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes, porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)*. España, 1997-2011



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Disponibilidad	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6
Riesgo	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	95,4
Prevalencia de consumo	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Percepción sobre la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el uso problemático y la oferta de drogas

En el año 2011, el 40% de la población española de entre 15 y 64 años declaró que el problema de las drogas ilegales en su lugar de residencia era "muy importante". Esta percepción ha descendido considerablemente entre la población respecto a 2009, cuando el 48,9% de los ciudadanos anotaban las drogas ilegales como un problema muy importante del entorno donde habitaban. Por el contrario, el 27,5% de la población consultada cree que el problema de las drogas ilegales es "nada importante", la mayor cifra registrada en este sentido de la serie temporal desde 1997. (Tabla 2.49).

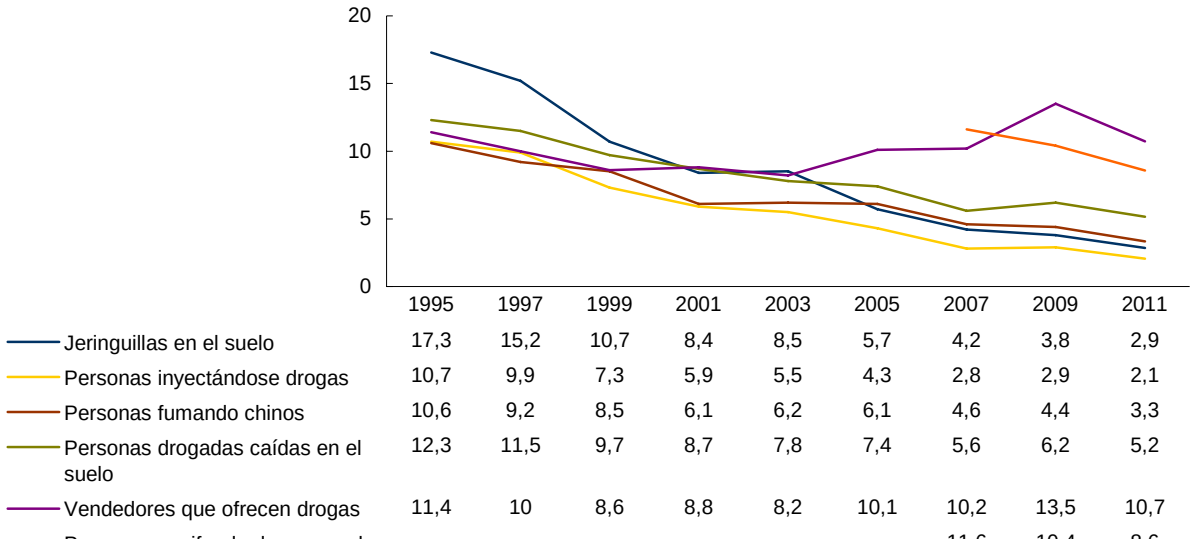
Tabla 2.49. Evolución de la importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes)*. España, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2009- 2011
Nada importante	19.6	22.3	19.1	20.9	14.8	20.5	20.4	27.5	7.1
Algo importante	28.1	32.1	34.3	34.3	27.9	29.7	30.7	32.5	1.8
Muy importante	46.4	37.3	39.3	36.3	52	49.8	48.9	40	-8.9

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1997-2011).
*% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Este cambio, coincide con una menor visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (Figura 2.49). Entre estas situaciones, las más visibles por el ciudadano en su entorno residencial son, como en años anteriores, los vendedores que ofrecen drogas (10,7%) y las personas esnifando drogas por la nariz (8,6%), siendo asimismo aquellas situaciones que experimentan mayor descenso en visibilidad en puntos porcentuales (de -2,8 y -1,8 respectivamente) respecto al año 2009. Por el contrario, las situaciones menos visibles son las personas inyectándose drogas y las jeringuillas en el suelo. Desde años atrás, la cantidad de ciudadanos que se encontraban estas situaciones de forma frecuente o muy frecuente ha ido descendiendo en el 2011 hasta el 2,1% y el 2,9% respectivamente (Tabla 2.50).

Figura 2.49. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive)*. España, 1995-2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Tabla 2.50. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive)*. España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2001-2011
Jeringuillas en el suelo	17.3	15.2	10.7	8.4	8.5	5.7	4.2	3.8	2.9	-5.5
Personas inyectándose drogas	10.7	9.9	7.3	5.9	5.5	4.3	2.8	2.9	2.1	-3.8
Personas fumando chinos	10.6	9.2	8.5	6.1	6.2	6.1	4.6	4.4	3.3	-2.8
Personas drogadas caídas en el suelo	12.3	11.5	9.7	8.7	7.8	7.4	5.6	6.2	5.2	-3.5
Vendedores que ofrecen drogas	11.4	10	8.6	8.8	8.2	10.1	10.2	13.5	10.7	1.9
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11.6	10.4	8.6	-

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Igualmente anotar, que la visibilidad de las diferentes situaciones estudiadas, en términos generales, ha seguido una destacada evolución positiva desde el histórico al que se hace referencia. El año 2011, marca niveles mínimos en cuanto a proporción de personas que se encuentran frecuentemente con situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales en su

entorno residencial, por lo que, lejos de estabilizarse, continua la tendencia descendente que se veía observando en este sentido. La excepción de esta tendencia se encuentra en los vendedores que ofrecen drogas, cuya visibilidad aumentó desde 2003 llegando a un nivel máximo de 13,5% en 2009 (Figura 2.49).

Valoración de la importancia de las acciones para intentar resolver el problema de las drogas ilegales

Al igual que años anteriores, la medida más valorada para resolver el problema de las drogas es la educación en las escuelas (respaldado por el 91,8% de la población). Por su parte, el tratamiento voluntario a consumidores es la segunda medida más apoyada (84,9%) seguida del control policial y aduanero (84,2%) (Tabla 2.51 y Figura 2.50).

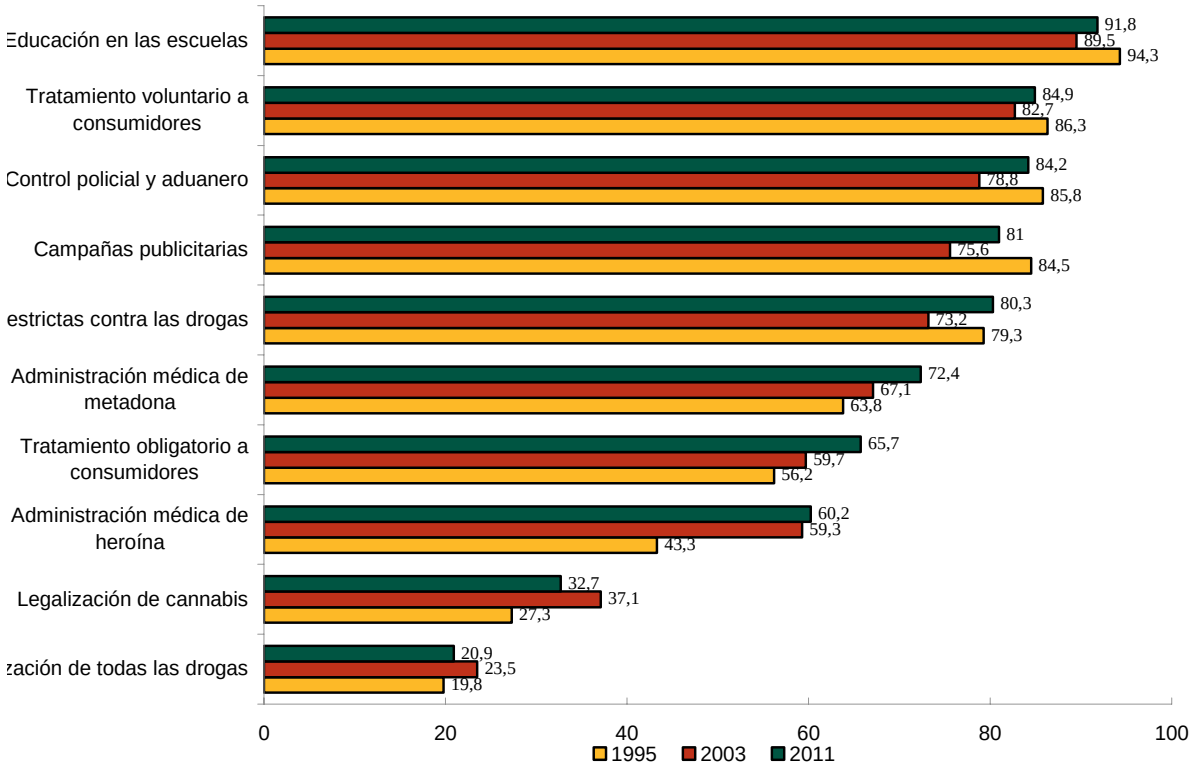
Por el contrario, las medidas que se consideran menos efectivas son las relativas a la legalización. La legalización de todas las drogas muestra un apoyo del 20,9%, lo que supone un incremento respecto a 2009 de 5,3 puntos, si bien permanece alejado del nivel que se observaba hace una década (27,1%). Por su parte, el respaldo a la legalización del cannabis viene creciendo desde el año 2007 hasta el 32,7% de la población observado en la última medición. Igualmente no alcanza el apoyo que se mostraba hace una década (38,5%).
Asimismo, otras medidas consideradas como efectivas por más del 80% de los ciudadanos son las campañas publicitarias (81,0%) y las leyes estrictas contra las drogas (80,3%). De esta manera, las medidas de mayor eficacia según los ciudadanos son las informativas, de tratamiento voluntario y a través de control policial y restricción legal.

Tabla 2.51. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes)*. España, 1995-2011

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4	91,8
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1	84,9
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7	84,2
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7	81
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6	80,3
Administración médica de metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8	72,4
Tratamiento obligatorio a consumidores	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2	65,7
Administración médica de heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9	60,2
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6	32,7
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6	20,9

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Figura 2.50. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes)*. España, 1995-2011

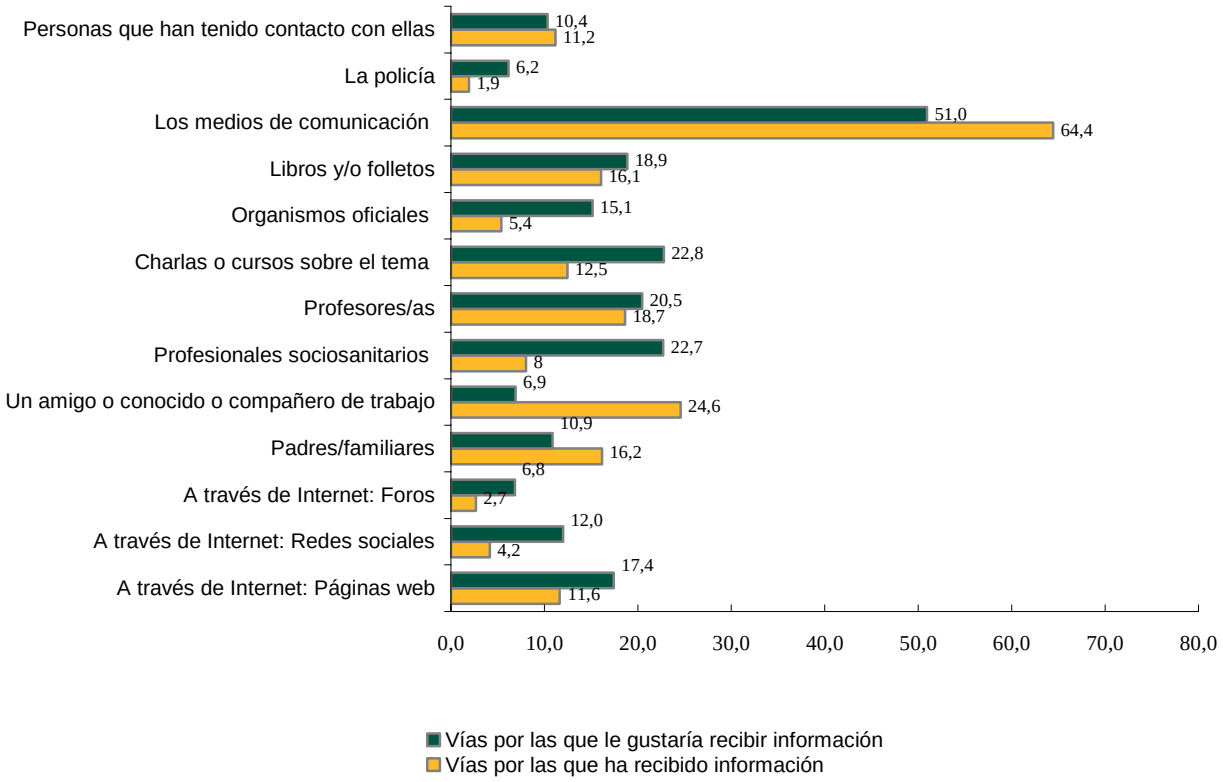


FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 1995-2011).
* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

Información sobre drogas

En el año 2011 se introdujeron por primera vez 2 preguntas sobre las principales vías de información por las que los ciudadanos reciben información sobre drogas y las principales vías por las que les gustaría recibir dicha información. Los resultados obtenidos se muestran en la Figura 2.51.

Figura 2.51. Principales vías de información por las que la población de 15-64 años ha recibido información sobre drogas y por las que le gustaría recibir información sobre drogas, sus efectos y los problemas asociados. España 2011



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011)

Las vías por las que una mayor proporción de la población residente en España recibe información son los medios de comunicación (64,4%), un amigo o conocido o compañero de trabajo (24,6%), los profesores (18,7%) e Internet, teniendo en cuenta que internet incluye foros, redes sociales y páginas web y con la suma de estos 3 tipos de acceso a Internet se obtendría un porcentaje de 18,5% (Figura 2.51).

Sin embargo son la policía, con un 1,9%, los organismos oficiales con un 5,4% y los profesionales sanitarios con un 8% aquellas vías por las que las personas han recibido menos información sobre drogas. Es importante detenerse en este punto puesto que si nos fijamos en las vías por las que a las personas les gustaría recibir información sobre drogas un 51% prefiere los medios de comunicación, un 36,2% internet y aproximadamente una quinta parte de la población preferiría recibir información a través de los profesionales sanitarios, o recibir charlas o cursos o a través de profesores, esto se puede traducir por una atención más personal y una mayor implicación de todos los agentes sociosanitarios en la prevención sobre drogas.

Otro dato a tener en cuenta es la diferencia entre los que han recibido información a través de internet y los que les gustaría recibir información a través de dicha vía encontrando una diferencia de un 17,7%. Es una diferencia muy elevada y que muestra la gran necesidad de crear contenidos en internet que satisfagan la gran necesidad de informar sobre las drogas, especialmente de crear páginas webs de calidad que informen sobre las mismas.

3. PREVENCIÓN

3.2. PREVENCIÓN AMBIENTAL

Políticas de alcohol y tabaco

En el caso del **tabaco** se han realizado importantes avances en España en los últimos años, fundamentalmente gracias a la regulación de los espacios sin humo mediante la ley Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que amplia la prohibición de fumar a todos los espacios colectivos cerrados y algunos espacios abiertos. El precio del tabaco se mantiene relativamente estable en el caso de las marcas más caras(4,25€) y aumenta en el de las más baratas (de 3,10 a 3,75€).

En casi todo el territorio nacional la edad de acceso **al alcohol** son los 18 años, a excepción de Asturias que la mantiene en 16. Se han aprobado numerosas medidas regulatorias en relación al botellón en diversos municipios que prohíben el consumo en la vía pública.

Otro modelo que se ha comenzado a desarrollar en los últimos años es el trabajo en cooperación con la **industria del ocio** para la promoción del **servicio responsable** y el ocio saludable. En España algunas comunidades autónomas han desarrollado sus propios programas, por ejemplo "Q de NIt" en Cataluña; por su parte la DGPNsD dispone de un programa de Servicio Responsable en colaboración con la industria recreativa. Otras, como Castilla y León promueven la colaboración con el sector hostelero, mediante la firma de un protocolo de colaboración con la Asociación Provincial de empresas de hostelería; en este marco se realizan actividades de formación de profesionales de este sector y otro tipo de acciones tales como la información y sensibilización a locales que venden alcohol, la promoción del transporte alternativo y la formación para jóvenes y mediadores sociales para la prevención del abuso de alcohol. . .

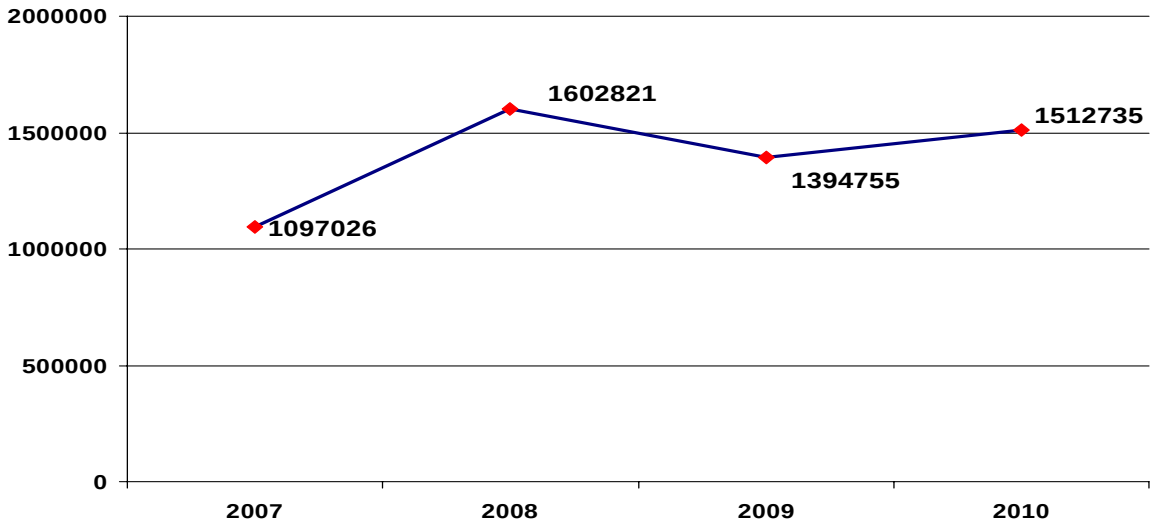
En cuanto a la legislación sobre conducción y alcohol, los límites en España están en **0,5 gramos por litro de sangre (**o bien 0,25 miligramos en aire expirado) para la mayoría de los conductores y **en 0,3** (0,15 en aire) **para profesionales y noveles.**

3.3. PREVENCIÓN UNIVERSAL

ESCUELAS

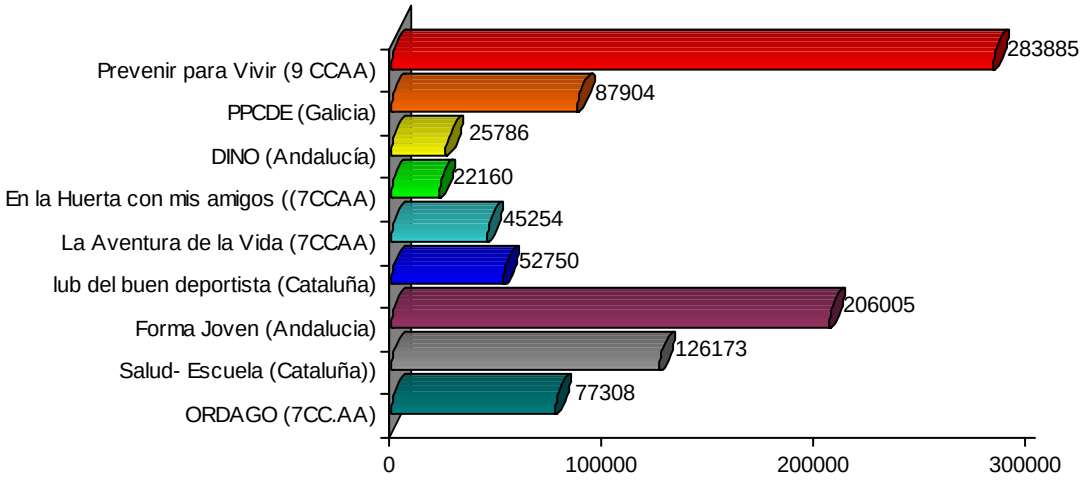
En el ámbito escolar se desarrollan tres tipos de actividades dirigidas al alumnado. En primer lugar, **programas estructurados de prevención**, en general multicomponentes, que combinan la información sobre drogas con el trabajo sobre las actitudes hacia las mismas, las creencias normativas respecto al consumo y las habilidades de resistencia frente a la oferta de drogas. Este tipo de programas se desarrollan con una metodología interactiva y tienen una duración de entre 5 y 20 horas de trabajo en el aula. En general precisan una formación específica de los profesionales que lo aplican que suele ser el propio profesorado, y cuentan con manuales de aplicación. La mayor parte de este tipo de programas se dirige al alumnado de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria. Participan en estos programas de algo más del 35 % de los escolares en todo el territorio nacional con algunas variaciones respecto a años anteriores, ya que en el año 2009 hubo un descenso relevante en el **número de alumnos** que se ha recuperado en el año 2010, pasando de 1.394.755 en 2009 a **1.512.735** en 2010.

Fig. 3.1. Número de alumnos participantes en programas estructuras de prevención escolar, 2007-2010



A pesar de la gran variedad de programas estructurados de prevención escolar (más de 100 diferentes en el territorio nacional), hay algunos cuya extensión es significativa, porque, además de tener importantes coberturas, se aplican en diferentes Comunidades Autónomas. Es el caso del programa "Prevenir para Vivir" de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), aplicado en 8 Comunidades Autónomas, o de los programas "Órdago" y "La aventura de la vida" de la entidad Edex, también ampliamente extendidos.

Fig. 3.2. Programas escolares más extendidos en España, 2009



El número de **centros escolares** que participan en este tipo de programas aumenta significativamente respecto de años anteriores, llegando en 2010 a más de **11.000**. Sin embargo el número de **profesores formados** en estos programas se mantiene en **67.000** lo que supone un ligero descenso respecto a 2009.

Fig. 3.3. Número de centros educativos participantes en programas de prevención, 2007-2010

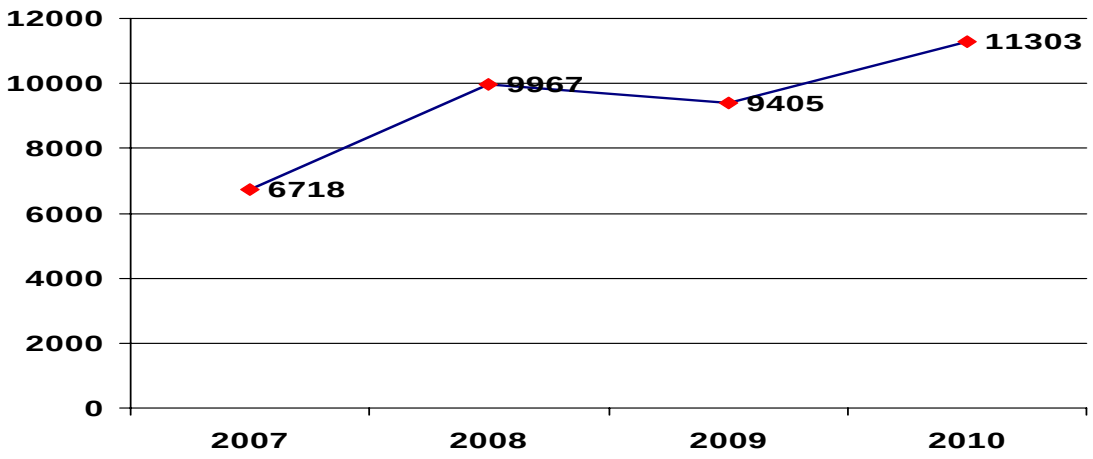
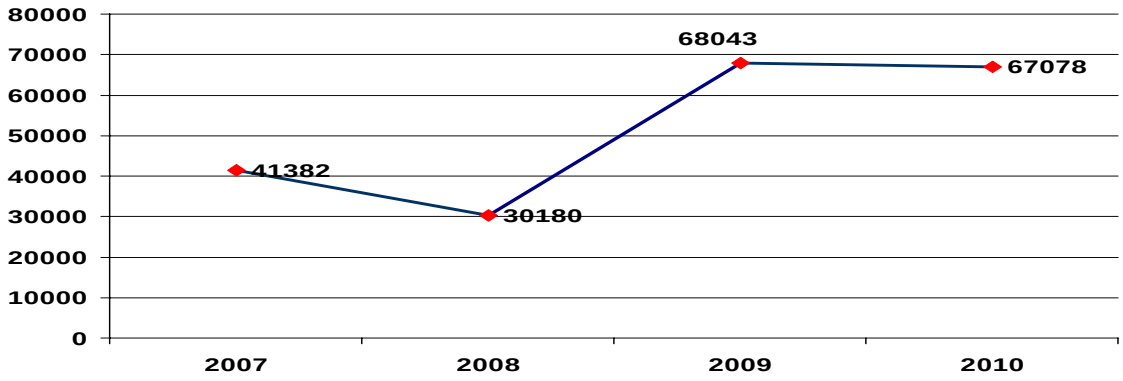


Fig. 3.4. Número de profesores formados en prevención, 2007-2010



En segundo lugar, también se desarrollan **actividades puntuales** en los centros educativos, que tienen lugar en muchos casos con motivo de días internacionales contra las drogas (incluidas el tabaco o el alcohol). Ha habido un incremento muy importante en el **número de alumnos** que han participado en este tipo de actividades pasando de 435.499 en 2009 a **995.739** en el año 2010. Estas actividades suelen tener un enfoque informativo y de sensibilización.

En algún caso, como es el de Castilla y León, se complementan las actividades en horario lectivo con otras **actividades preventivas en horario extraescolar**, a través de programas como los de "Te apuntas", Vivir el momento" "Escuelas Deportivas" y Nexus, en los que han participado 137 centros escolares de esa comunidad autónoma.

Además de en los centros escolares, en los últimos años se ha comenzado a intervenir en los **centros universitarios** con programas de información y sensibilización sobre los riesgos del abuso del alcohol y el consumo de otras drogas. Muchos de los programas fomentan la participación de estudiantes universitarios que son previamente formados para transmitir mensajes de promoción de la salud y de prevención del consumo de drogas. Son cada vez más las Comunidades Autónomas que realizan este tipo de programas. En Andalucía, se han firmado acuerdos de colaboración con las Universidades públicas de sus siete provincias para la aplicación programas que incluyen diversas actividades de investigación y formativas. Otro ejemplo es el de Murcia con el programa *Universan*@s, que dispone de varios servicios, como es el servicio de información y asesoramiento on-line o el de atención psicológica individualizada

para casos más problemáticos. También hay que destacar el caso de Castilla y León, que ha colaborado con las 4 universidades públicas de esa comunidad en el marco de un Convenio de colaboración, y además de esto, realizan actuaciones de formación de mediadores realizadas en residencias estudiantiles; o el de Valencia, con su programa "En plenas Facultades, aplicado en 3 Universidades de esa Comunidad Autónoma.

FAMILIA

Según información de los Planes Autonómicos de Drogas, durante 2010 han participado **219.260 padres y madres en programas de prevención familiar**, lo que significa que se continúa con la tendencia ascendente que se viene observando en los últimos años, aunque la cifra sigue siendo muy inferior a lo deseable, fundamentalmente porque tal y como apunta la investigación son los programas familiares los que mayor capacidad preventiva demuestran. En la mayoría de los casos el formato que se desarrolla es el de Escuelas de padres. Los componentes que suelen incluir son, además de la información sobre drogas, el desarrollo de habilidades educativas y el establecimiento de normas claras respecto al consumo de alcohol y drogas. En alguna Comunidad autónoma se desarrollan cursos a distancia a través de plataforma on-line, como es el caso de Cantabria, con su curso *En Familia* o el de Castilla y León, participante en el programa o-line para familias de la FAD. Uno de los problemas tradicionales de esta área de trabajo es el del mantenimiento de los padres y madres en los programas preventivos; en este sentido es de destacar el caso de Castilla y León, con su programa Moneo, en el que el porcentaje de padres que completaron e programa fue del 88%.

Además de los programas dirigidos a los padres, hay que contar también con la **participación de los padres en programas de prevención escolar**, bien a través de módulos específicos dirigidos a ellos, o bien mediante la inclusión de actividades para casa dentro de los citados programas escolares.

COMUNIDAD

En el ámbito comunitario la mayor parte de las acciones de prevención en el ámbito comunitario están dirigidas a colectivos en situación de especial vulnerabilidad, bien sean as familias, o los menores o bien a los menores en general a través de programas de ocio alternativo. Tanto unas como otras ya están comentadas en los apartados correspondientes. Pero hay que destacar algunas acciones de especial interés en este apartado**:** Una de ellas es el Programa *Penélope,* desarrollado en Galicia; se trata de un programa comprehensivo específicamente enfocado en mujeres que tiene por lo tanto relevancia ya que hay pocas experiencias de trabajo preventivo con perspectiva de género. En el año 2010 este programa ha llegado a trabajar con 23.497 mujeres. Otra de las iniciativas más interesantes en este apartado es las *Alianzas Comunitarias* desarrolladas por el Plan de Drogas de Castilla y León y que consiste en la sensibilización e implicación de diferentes sectores de la comunidad para la prevención del consumo de alcohol en menores. Algunas Comunidades Autónomas organizan la prevención comunitaria a través de dispositivos específicos que coordina las acciones en un mismo territorio, como por ejemplo Valencia (UPCCAS) y Aragón, con sus centros de prevención comunitaria que ofertan sus servicios a las escuelas, las empresas o las familias.

PROGRAMAS EN LUGARES DE OCIO

El número de participantes en programas de **ocio alternativo**, sigue descendiendo. En 2010 han participado **404.692 menores y jóvenes** en este tipo de programas, los que supone 100.000 menos que el año anterior. En general son programas de prevención universal, aunque en algún caso se dirigen a colectivos en riesgo de exclusión social, como por ejemplo en Extremadura, en donde se desarrolla un Programa de prevención a través del fomento del deporte para colectivos en situación de riesgo. La mayoría e las actividades son de corta duración, en fines de semana o vacaciones pero también existen programas que tienen una mayor intensidad y continuidad, como es el caso del programa *Alcazul*, de Castilla la Mancha, con la participación de 225 municipios; el

de Andalucía, con su programa *Ciudades ante las Drogas*, en el que participan 407 municipios de la comunidad autónoma, o el programa *Búrlalas*, de Murcia, programa de ocio alternativo apoyado en una campaña de prevención. Además de lo anterior, dos Comunidades Autónomas, Madrid y Ceuta, disponen de Unidades Móviles para la promoción del ocio alternativo.

Por su parte la Delegación del Gobierno subvenciono en 2010 62 programas de otras tantas corporaciones locales para la realización de actividades saludables alternativas al consumo de sustancias tóxicas en el tiempo de ocio juvenil de prevención de las drogodependencias por una cantidad de 3.820.000 euros, procedentes del Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. Asimismo, en el marco del Convenio de colaboración suscrito por La federación española de Municipios y provincias y la delegación del Gobierno para el Pan Nacional sobre Drogas se contempla la Realización de la IV Convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias.

3.4. PREVENCIÓN SELECTIVA EN GRUPOS DE RIESGO

El trabajo desarrollado por los Planes Autonómicos de Drogas se dirigen fundamentalmente a dos colectivos: los menores y las familias en situación de vulnerabilidad y los programas se suelen desarrollar en el ámbito escolar o en el comunitario.

en los centros escolares se trabaja con programas escolares selectivos en centros normalizados, consistentes en la identificación de centros de actuación preferente (País Vasco) o de aulas concretas de centros escolares en las que se detectan problemas de consumo de drogas (Galicia). En La Rioja, por ejemplo, se dispone de un sistema de detección y derivación de escolares en riesgo que se complementa con la formación de los directores de dichos centros. En Navarra se trabaja con 101 centros educativos en los que se realizan labores de apoyo a escolares con dificultades.

Algunas Comunidades Autónomas aplican programas selectivos en centros de Garantía Social o similares. Por ejemplo, Castilla y León interviene con el programa *Galilei*, que es un adaptación del programa *Odisea* promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, que se ha consolidado como una importante línea de actuación en esta Comunidad, que además lo ha enriquecido con las sucesivas evaluaciones que se han realizado del mismo. Este programa también es aplicado en su versión original en el País Vasco.

Se aplican programas en Centros de Reforma y Protección en comunidades autónomas cono las de Baleares o Melilla donde se trabaja con menores inmigrantes no acompañados que ingresan en estos centros.

En el ámbito comunitario casi todas las Comunidades Autónomas implementan programas de Educación de calle; un ejemplo es el programa *Antena de Riesgos* en Castila la Mancha. Algunas trabajan con menores que han sido sancionados por tenencia o consumo en vía pública, como es el caso de País Vasco, Melilla, Extremadura con su programa *Pandora* y Galicia con *Alternative*.

En cuanto a las familias, algunas Comunidades Autónomas trabajan con programas estructurados de prevención selectiva e indicada, como es el caso de Castilla y León, que dispone de varias programas de este nivel de intervención: *Alfil* (para hijos de alcohólicos); *Dédalo, Brújula* o el *Programa de Competencia Familiar*. Este último es una adaptación a la población española del *SFP* estadounidense y ha sido evaluado en esta Comunidad Autónoma; o el caso de La Rioja, en la que se aplica el programa *Protego*. En otros casos se aplican intervenciones menos estructuras de información, asesoramiento y tratamiento a familias con problemas, en muchos casos en colaboración con los Servicios Sociales, como por ejemplo en Navarra donde se aplica un programa de prevención selectiva e indicada en las que han participado cerca de 700 familias, o en Madrid, que dispone de un servicio específico de prevención selectiva e indicada. Hay que

destacar por su novedad el programa de prevención selectiva desarrollado con madres en el centro penitenciario de Los Rosales, en Ceuta.

3.6. CAMPAÑAS PUBLICITARIAS NACIONALES Y LOCALES

Como en años anteriores la Delegación del Gobierno puso en marcha con la colaboración del la Fundación Ramón Rubial la Campaña de prevención del tráfico de drogas en viajes al extranjero. El coste de la Campaña fue de 20.000 €.

También se han financiado 3 campañas autonómicas por un total de 60.000 € lo que supone una importante reducción del presupuesto del año anterior dedicado a este tipo de actividad (192.000 € en 2009).

En Septiembre de 2011 se presento públicamente un Manifiesto contra el consumo de drogas por menores con el fin de lograr un acuerdo nacional para la prevención. El manifiesto fue firmado por representantes de la industria del alcohol y por ONG del sector y hace énfasis en la información, la educación y las medidas de autorregulación de la industria.

OTROS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

El ámbito sanitario

Algunas Comunidades Autónomas trabajan de manera especial con el sector sanitario, promoviendo la formación de los profesionales de este sector y su participación en labores de detección precoz y de prevención de las drogodependencias. La Rioja, por ejemplo, promueve la formación de profesionales de atención primaria y las intervenciones breves sobre tabaco y alcohol; en Castilla la Mancha se viene colaborando desde hace años con las Sociedades Científicas para la prevención del tabaquismo en las escuelas y a nivel comunitario; Madrid dispone de u programa específicos para estos profesionales: el programa *Actúa;* en Asturias se trabaja a través del programa del *Niño Sano* de enfermería comunitaria, en el que se han introducido contenidos de detección precoz e intervención temprana. Por último en Murcia se consolida el programa *Argos-Murcia*, basado en una intervención promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el año 2006 en colaboración con SEMFYC, para la fomentar la participación del sector sanitario en labores preventivas. Además del componente general, centrado en la formación de profesionales sanitarios para su actuación en los ámbitos escolar y comunitario, se ha desarrollado un componente específico dirigido a embarazadas, denominado *Argos- Nato.*

En el **ámbito laboral** las actuaciones se desarrollan a través de los servicios de salud laboral en coordinación con las organizaciones sindicales y empresariales y se centran en la sensibilización de los trabajadores sobre los riesgos y daños asociados al consumo y la formación de profesionales, aunque se empiezan a desarrollar actuaciones más avanzadas, mediante la elaboración de planes de prevención en las empresas. Por ejemplo, La Rioja, a en el marco de su programa mano a Mano que ofrece materiales y asesoramiento a empresas ha iniciado una línea de colaboración con los ayuntamientos para la elaboración de planes globales de intervención en empresas locales. En 2010, 3 ayuntamientos están participando en esta iniciativa. En Castilla la Mancha es este un campo de actuación preferente, con labores de sensibilización, formación y asesoramiento en colaboración con sindicatos y empresarios; en Castilla y León se trabaja con 50 empresas a través de sus servicios de prevención de riesgos laborales para la elaboración de planes de actuación; Asturias también realiza actividades similares e incluye además proyectos de investigación en este ámbito.

4. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

4.1. INTRODUCCIÓN

Prevalencia y estimaciones de incidencia del consumo problemático de drogas

No existe un consenso claro sobre los requisitos que debe cumplir un consumo para ser considerado como problemático. Los consumos de sustancias psicoactivas pueden originar problemas a los propios consumidores, pero también a otros que no las consumen. Asimismo, los problemas pueden ser de muy diversos tipos: físicos, psíquicos y sociales y, por último, la forma de consumo, la frecuencia y vía de administración utilizadas, el entorno social del consumidor y sus características propias, resultarán fundamentales a la hora de poder establecer si los consumos son o no problemáticos.

No obstante, el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) define el consumo problemático como el *"uso de opioides, cocaína y/o anfetaminas, por vía parenteral, de modo habitual o de larga duración".* Se incluye también el uso habitual o de larga duración de opioides con receta como es el caso de la metadona u otros pero no se incluye el uso ocasional de éstos ni tampoco el uso de otras drogas como cannabis o éxtasis. No obstante, esta definición se encuentra, actualmente, en proceso de revisión, con el fin de ajustarse a los cambios observados, en los últimos años, en la zona de la Unión Europea, con respecto a las sustancias y los patrones de consumo.

El conocimiento de la prevalencia e incidencia del consumo problemático resulta útil para el diseño y evaluación de los programas de salud. Con este fin se utilizan, de manera complementaria a las encuestas, los indicadores de problemas de drogas basados, generalmente, en los consumidores atendidos en diferentes tipos de servicios para usuarios de sustancias psicoactivas.

Aunque existen bastantes limitaciones metodológicas para poder obtener información directa sobre consumo problemático, a partir de encuestas poblacionales, recientemente, algunos países han mostrado cierto interés por la inclusión de escalas específicas de medida del consumo problemático de las diferentes sustancias psicoactivas en encuestas sobre consumo de drogas, tanto en la población general como entre los estudiantes.

Es evidente que, poder disponer de instrumentos sencillos que discriminen los consumos problemáticos de aquellos que no los son y que, además, permiten comparación entre diferentes poblaciones y en el ámbito internacional, debe considerarse un verdadero avance. No obstante, la inclusión de escalas en las encuestas suele ir precedida de un enorme trabajo de valoración psicométrica, traducción, adecuación a cada país y tipo de población etc.. que resulta determinante a la hora de evaluar el uso de escalas en las encuestas.

Como ya se verá más adelante, España ha introducido y evaluado diversas escalas dirigidas a medir el consumo problemático de cannabis en la encuesta ESTUDES (2006, 2008 y 2010) y no se descarta introducir otras escalas una vez validadas y adaptadas al consumo de otras sustancias y grupos de población.

4.2. PREVALENCIA Y ESTIMACIONES DE INCIDENCIA DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Indirect estimates of problem drug users

Consumo problemático de heroína

Las estimaciones de consumo problemático indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años 90 con más de 150.000 consumidores, y que posteriormente ha descendido.

Debido al bajo número de consumidores de heroína captados en las muestras es prácticamente imposible obtener directamente de las encuestas poblacionales estimaciones fiables de la proporción de consumidores que han iniciado tratamiento para esta sustancia y poder aplicar el método multiplicador de tratamiento. Sin embargo, ya en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2007 se aplicó el método nominativo, una variante del anterior.

Hasta el momento actual, por tanto, se ha venido realizando la estimación de consumidores problemáticos de heroína utilizando los valores del multiplicador obtenido en EDADES 2007 y aplicando éste a los datos disponibles sobre tratamiento en España (indicador de admisiones a tratamiento, usuarios que han recibido tratamiento en centros ambulatorios y número de usuarios en tratamiento de mantenimiento con opiáceos) correspondientes a los años 2006, 2007, 2008 y 2009.

En 2011, la encuesta EDADES volvió a incluir las preguntas necesarias para poder aplicar el método nominativo, permitiendo así, actualizar el multiplicador de tratamiento. Para ello, se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína y, para cada uno de los conocidos, los entrevistados debían indicar si eran conocedores de que los nominados hubiesen iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año.

Así, se obtuvieron respuestas válidas de 1427 consumidores nominados de los que, según los entrevistados, 643 (45%) habían iniciado un tratamiento por dependencia. Aplicando este multiplicador a los 17325 “admitidos a tratamiento por heroína en 2010”, se obtuvo una cifra de 38500 consumidores problemáticos de heroína.

Sin embargo, es posible que esta cifra no se ajuste a la realidad y se halle infraestimada. Ello se debe a que, por una parte, los consumidores de heroína en tratamiento resultan más visibles que los que realizan tratamiento por otras drogas, por lo que es probable que los entrevistados hayan sobrestimado el porcentaje de sus consumidores de heroína nominados que ha “iniciado tratamiento para dependencia de heroína en el último año”. Por otra parte, es bastante probable que los entrevistados puedan haber confundido “iniciar tratamiento por heroína en el último año” (cuestión por la que se les preguntaba) con “estar en tratamiento por heroína en el último año” -aunque lo hubieran iniciado con anterioridad-, lo que también resultaría en un porcentaje de “inicios de tratamiento por heroína en el último año (45%)”, entre los nominados por los entrevistados, mayor que el que realmente existiría si éstos informasen, estrictamente, de aquellos que “iniciaron tratamiento por heroína en el último año”.

Es por ello que, en lugar de utilizar como referencia la población de “admitidos a tratamiento por heroína en 2010- iniciado en el último año-” (TDI), se ha decidido utilizar como referencia la población de usuarios de heroína que han recibido tratamiento por heroína –iniciado en el último año o no- en los centros ambulatorios de tratamiento de drogodependencias. En 2010, 93732 usuarios de drogas ilegales fueron tratados en centros ambulatorios de toda España. Si asumimos para este grupo la misma distribución que se registra en el indicador TDI (“admitidos a tratamiento en el último año”) para la heroína en el mismo año (2010), obtendríamos 93732 x 32,4%= 30369 personas que han estado en tratamiento por heroína en 2010 y, aplicando el multiplicador (30369

x 100/45) se obtiene una estimación de 67487 consumidores problemáticos de heroína en la población.

Por último, no debe olvidarse que la estimaciónes anteriores (38500 y 67487) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO), pues éstos se registran de forma independiente. En 2010, según los datos aportados por las Comunidades Autónomas, había 81022 personas en TMO. Es sabido que un porcentaje nada despreciable (alrededor del 40%) de los usuarios en TMO consume, además, heroína, por lo que 81022 x 40%= 32408 podrían ser también considerados consumidores problemáticos.

De esta manera, la suma de estos últimos (32408) a las estimaciones obtenidas anteriormente, de forma paralela, (38500, a partir de TDI y 67487, a partir del total de los tratados por consumo de drogas en centros ambulatorios), permite obtener una horquilla en la que se encontraría la estimación final de consumidores problemáticos en España en 2010 (70908 y 99895 personas). Estas cifras supone un incremento medio aproximado del 3,7 % con respecto a las cifra estimadas para 2009 e incluidas en el Spanish National Report 2011 (68056-96624 personas).

No existe un consenso claro entre los expertos sobre si aquellos consumidores de heroína que están recibiendo tratamiento, sea éste de mantenimiento o no, deben seguir siendo considerados "consumidores problemáticos". Los criterios de inclusión y exclusión que utilizan los diversos países para estimar el número de consumidores problemáticos de drogas son muy variados y obedecen a razones muy dispares.

Tabla 4.1. Estimaciones del Nº de consumidores problemáticos de heroína. España 2009-2010

	Método	2009	2010
Consumo problemático de heroína	Estimación 1: TDI (multiplicador) + TMO*	68 056	70 908
	Estimación 2 : TTo ambulatorio (multiplicador) + TMO*	96 624	99 895
	TOTAL	68 056-96 624	70 908-99 895

* TMO: Tratamiento de mantenimiento con opiáceos.
SOURCE: Elaboración propia del Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT). Indicador Admisión a Tratamiento (TDI) 2009 y 2010. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) 2011. Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011 (en prensa). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Consumo de drogas por vía inyectada

Por lo que respecta a la estimación del número de inyectadores de drogas, en la encuesta EDADES 2011 se obtuvieron respuestas válidas de 1551 inyectadores nominados, de los que según los entrevistados 741 (48%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de

drogas, lo que aplicado a los 3549 inyectadores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2010 condujo a una estimación de 7393 (3549/0,48) inyectadores de drogas recientes en 2010, que no estarían en TMO.

Para estimar los inyectadores correspondientes a las personas en TMO en 2010, se asume, como en años anteriores, que el 40% de esta población ha consumido heroína en los últimos 12 meses y que, de éstos, el 17% ha utilizado la vía inyectada. De este modo, la estimación sería de, al menos (81022 personas en TMO en 2010 X 40% que ha consumido heroína en los últimos 12 meses=32408 y 32408 X 17% de vía inyectada= 5509).

Así, a partir de los datos del indicador de tratamiento y de la estimación de inyectadores entre las personas en TMO, se obtendría una estimación de **12902** (7393+ 5509) **inyectadores de drogas recientes (en los últimos 12 meses).Esto supone un descenso del número estimado de inyectadores del 8,1% con respecto a las cifras estimadas el para 2009, a expensas, principalmente, de un descenso en el número de inyectadores admitidos a tratamiento en 2010.**

Ha de recordarse que ya en el Spanish National Report 2011, se revisó el peso que supone la vía inyectada entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína, en general, y en el grupo de los considerados "*olders*" (consumidores con edades superiores a 39 años y de larga evolución) en particular, y se juzgo apropiado asumir un porcentaje de uso de vía inyectada entre los que reciben TMO similar al que se observa tanto entre el total de los admitidos a tratamiento por heroína como entre el grupo de "*olders*" y que fue del 17% en 2009 y se mantiene en la misma cifra en 2010. Anteriormente se había venido utilizando un porcentaje del 40% que no se corresponde con el descenso del uso de la vía inyectada entre los consumidores de heroína registrado durante los últimos años.

Sin embargo, cuando en vez de utilizar el número de inyectadores admitidos a tratamiento se utilizó el número estimado de inyectadores que realizó algún tratamiento por abuso o dependencia drogas en 2009 (6186 personas, obtenidas de nº usuarios de drogas atendidos en centros ambulatorios en 2010= 93732, multiplicado por 6,6 % que es el porcentaje de los admitidos a tratamiento - por cualquier droga-, en 2010 que se inyectó drogas en los últimos 12 meses), **se obtuvo una estimación** de 12888 (6186/0,48= 12888). Finalmente, al añadir la estimación de inyectadores entre la personas que reciben TMO, se obtiene la cifra **de 18397** (12888 + 5509) **inyectadores recientes**.

Por tanto, la cifra estimada de inyectadores recientes (en los últimos 12 meses) se encontraría en la horquilla comprendida entre 12902 y 18397 personas.

Tabla 4.2. Estimaciones del Nº de inyectadores de drogas. España 2009-2010

	Método	2009	2010
Consumo de drogas por vía inyectada	Estimación 1: TDI (multiplicador) + TMO*	14 042	12 902
	Estimación 2 : TTo ambulatorio (multiplicador) + TMO*	23 056	18 397
	TOTAL	14 042 – 23 056	12 902 – 18 397

* TMO: Tratamiento de mantenimiento con opiáceos.
SOURCE: Elaboración propia del Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT). Indicador Admisión a Tratamiento (TDI) 2009 y 2010. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) 2011. Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011 (en prensa). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Estimates of incidence of problem drug use

No new data available. 2006 data are included in the 2010 National Report.

4.4. INTENSIVO, FRECUENTE, A LARGO PLAZO Y OTROS TIPOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Consumo problemático de cocaína

En cuanto a la cocaína, en la encuesta EDADES 2011 se obtuvieron respuestas válidas de 495 consumidores nominados, de los que según los entrevistados 29 (2,45%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de esta droga en los últimos 12 meses, lo que aplicado a los 22131 admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína en España en 2010 conduce a una cifra de consumidores problemáticos muy elevada, 903.306 (22.131/0,0245), que podría sobreestimar la cifra real. La razón está probablemente en que, en el caso de la cocaína, transcurre mucho tiempo entre el inicio del consumo y el inicio del tratamiento, por lo que no sería correcto aplicar la tasa anual de tratamiento de un 2,45% a los consumidores de 2010.

Sin embargo, se pueden realizar distintas estimaciones por el método directo a partir de EDADES 2011 (extrapolación directa de las cifras de prevalencia de consumo), con lo que se obtienen cifras más bajas que, aunque puedan estar subestimadas por una cierta ocultación de los consumos más intensivos, pueden considerarse, al menos, como un mínimo.

Es complicado decidir qué criterios utilizar para considerar problemático un patrón de consumo de cocaína sólo en virtud de las características de éste ya que es bien sabido que muy diferentes tipos de combinaciones entre la intensidad del consumo en cada ocasión, la frecuencia con que se realizan los consumos, la edad a la que se consume, las otras sustancias psicoactivas con las que

se mezcla y los diferentes sustratos patológicos de quienes consumen pueden ocasionar problemas a los consumidores.

Como punto de partida, y en el contexto de la información disponible en EDADES 2011, se considera consumidor problemático a aquel que dice haber consumido 30 o más días en el último año o/y 10 o más durante el último mes. En 2011, según EDADES, había en España 121130 consumidores de cocaína[4] que habían consumido 30 o más días en el último año y 48561 personas que habían consumido 10 o más días durante el último mes, de los que para evitar repetición de casos deben excluirse 45608 que cumplieron ambos requisitos (consumo 30 o más días en el último año y 10 o más días en el último mes). La cifra total estimada de consumidores problemáticos de cocaína sería de 124083.

Se valoró también la posibilidad de ajustar esta cifra tomando en consideración el mayor o menor número de años desde que cada consumidor inició el consumo de cocaína pero EDADES no incluye información que permita asumir que los consumidores han consumido la droga de forma mantenida durante ese intervalo temporal por lo que esta variable, finalmente, no resultó útil ni fue incluida en el cálculo de la estimación.

Además del tiempo de consumo mantenido y desde un punto de vista de Salud Pública parece también importante tomar en consideración los consumos en las edades más tempranas. Así, se realizó una estimación paralela, considerando consumidor problemático a todos aquellos con edades menores o iguales a 20 años (edad aproximada en que se completa la maduración del SNC) que habían consumido cocaína 10 o más días en el último año y, al menos, de 1 a 3 días en el último mes y que, en EDADES, fueron 12181 y que, representan el 16,7% de los consumidores de cocaína (12 meses) en ese intervalo de edad.

A éstos habría que añadir aquellos consumidores de más de 20 años de edad que consumieron 30 o más días en el último año o/y 10 o más días en el último mes (118356 personas), asumiendo teóricamente que aquellos que, por edad cronológica suficiente, hubiesen completado su maduración psicofísica, serían menos susceptibles que los más jóvenes, a sufrir daños derivados del consumo de cocaína, a iguales cantidades de consumo. Según esta hipótesis, en 2011, se registrarían 130537 (12181 + 118356).

Así pues, según el método utilizado para estas estimaciones, se podría decir que la cifra de consumidores problemáticos de cocaína estaría comprendida en una horquilla entre 124083 y 130537 personas. Ello representa un descenso, con respecto a 2009, de alrededor del 6%, que podría explicarse por la tendencia descendente de las prevalencias de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y en el último mes, observadas en la encuesta EDADES durante el periodo 2009-2011. No obstante y, a pesar de ello, se observa en 2011 una cifra estimada de consumidores de 10 o más días en el último mes que es más elevada que la obtenida en 2009, lo que significaría que, a pesar de que la tendencia de las prevalencias de consumo general puedan indicar una mejora de la situación en términos generales, no debe inferirse de ello que el consumo problemático se comporte del mismo modo.

Considerando las limitaciones de los métodos utilizados para realizar las estimaciones referidas a la prevalencia, y las numerosas asunciones que hay que realizar, los resultados de los ejercicios anteriores han de tomarse y utilizarse con mucha cautela.

[4] Para esta estimación se considera “cocaína” tanto el clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo) como la cocaína base (crack).

Tabla 4.3. Estimaciones del Nº de consumidores problemáticos de cocaína. España 2009 y 2011

	Método	2009	2010
Consumo problemático de cocaína	Estimación 1: consumo >/= 30 días en últimos 12 meses y/o >/= 10 días en últimos 30 días. Población 15 a 64 años	130 409	124 083
	Estimación 2 : consumo >/= 10 días en últimos 12 meses y, al menos, 1-3 días en último mes en población 15 a 20 años + consumo >/= 30 días en últimos 12 meses y/o >/= 10 días en últimos 30 días en población > 20 años.	140 525	130 537
	TOTAL	130 409 – 140 525	124 083 – 130 537

SOURCE: Elaboración propia del Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) 2009 y 2011. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Consumidores problemáticos de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la Salud Pública, debido tanto a la extensión de su consumo entre la población española como al registro de un aumento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia de esta sustancia.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.[5,6,7,8,9,10].

[5] Hall W,.Solowij N. Adverse effects of Cannabis. Lancet 1998;352:1611-6.
[6] Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. BMJ 2005; 331: 1371.
[7] Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet 2004; 363: 1579-88.

Este tipo de consumos se presentan como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y Salud Pública, por lo que es conveniente intentar identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Es necesario pues introducir métodos que permitan discriminar el uso problemático de cannabis de aquel que no es problemático. Actualmente, no se dispone de una definición consensuada que permita diferenciar de forma clara estos dos tipos de consumos, aunque es evidente que el "consumo problemático" hace referencia a aquel consumo que genera problemas al propio consumidor o a terceros, ya sean éstos de tipo físico, psíquico, social o que favorezcan conductas de riesgo que puedan poner en peligro la vida o la salud del consumidor o de otras personas.

Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar la dependencia y el consumo problemático de cannabis.

La inclusión de varias escalas, de manera simultánea, en alguna de las ediciones de ESTUDES (SDS-*Severity of Dependence Scale*, DSM-IV-*American Psychiatric Association* y CAST-*Cannabis Abuse Screening Test,* en 2006 *y* SDS-*Severity of Dependence Scale*, M-CIDI- *Munich Composite International Diagnostic Interview* y CAST- *Cannabis Abuse Screening Test* en 2010) obedece a más a intereses metodológicos que pretenden valorara la adecuación y utilidad de las escalas para medir el consumo problemático de cannabis que a la estimación de la prevalencia de este tipo de consumo. No obstante, los resultados que aquí se exponen corresponden a los obtenidos por la escala CAST, ya que fue ésta la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas y, además, su inclusión en ESTUDES 2006, 2008 Y 2010 permite establecer una tendencia temporal.

Además, la escala CAST ha sido también la elegida para ser incluida en el cuestionario de la Encuesta ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), por lo que permite, aunque con cautela, cierto grado de comparación en el ámbito internacional.

La escala CAST fue elaborada en Francia por *Francois Beck* y *Stephane Legleye*. Su objetivo era poder disponer de un instrumento de medida del consumo problemático de *Cannabis*, que incluyera items de dependencia, abuso -como se define en el DSM-IV- y otros problemas relacionados con el consumo.

La escala CAST[11] está compuesta de 6 items, con cinco categorías de respuesta cada uno, que reciben una puntuación predeterminada.

[8] Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. Lancet 2007; 370: 319-28.
[9] Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. Br. J. Psychiatry 2008; 193: 357-63.
[10] Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. Thorax 2007; 62: 1058-63.

[11]Legleye S. et al. J Subst Use 2007, 12(4), 233-242

Tabla 4.4. Escala CAST

1. ¿Has fumado cannabis antes del mediodía?
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

2. ¿Has fumado cannabis estando solo/a?
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

3. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

4. ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)?
¿Cuáles?: /……../
0 = Nunca; 0 = Raramente; 0 = De vez en cuando; 1 = Bastante a menudo; 1 = Muy a menudo

Fuente: Modificada y traducida al castellano. Original de F. Beck y S. Legleye (2003).

La puntuación de la escala CAST y los puntos de corte utilizados (2 y 4) permiten diferenciar tres grupos de consumidores:

1. Puntuación de 0-1: consumidores no problemáticos.
2. Puntuación de 2-3: consumidores con riesgo bajo de tener problemas.
3. Puntuación de 4 o más: consumidores con riesgo elevado de tener problemas.

Tabla 4.5. Prevalencia consumo problemático cannabis. Estimación del Nº de consumidores problemáticos de cannabis en la población española de 14 a 18 años. España 2006, 2008 y 2010.

	ESTUDES 2006	ESTUDES 2008	ESTUDES 2010
Prevalencia % de consumo problemático de cannabis	3.3	3.7	4.6
Estimación Nº consumidores (números absolutos)*	73 534	81 080	100 340

*Estimación calculada a partir de la población de 14 a 18 años en 2006, 2008 y 2010.
SOURCE: Elaboración propia del Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, 2008 y 2010. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tal y como se observa en la Tabla 4.5, en 2010, el 4,6% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años podrían estar realizando un consumo que les genera algún tipo de problema. La prevalencia de consumo problemático, calculada por medio de la escala CAST, muestra, en España, una

tendencia ascendente en el intervalo 2006-2010, a pesar de haberse registrado un ligero descenso de los consumos de cannabis durante el mismo periodo.

La tendencia ascendente mostrada por los resultados de la escala CAST encaja con el aumento registrado en el número de admisiones a tratamiento por cannabis en menores en los últimos años. Así, el porcentaje de admisiones a tratamiento en menores de edad correspondían a cannabis fue del 69,2% en 2005, del 72,4% en 2006, del 78,4% en 2007, del 83,8% en 2008, del 84,4% en 2009 y del 89,5% en 2010.

El análisis de la escala CAST en la encuesta ESPAD 2007 (estudiantes de 15 y 16 años de diversos países europeos) tuvo como resultado una cifra de prevalencia de consumo problemático de cannabis del 2% (similar a la registrada en España en 2006), utilizando puntos de corte similares a los utilizados en el caso de España. Sin embargo, aunque éstos son los puntos de corte que se utilizan de manera estándar, en la actualidad, existen trabajos que apuntan algunas ventajas en la utilización de puntos de corte inferiores cuando la escala CAST se utiliza como método de *screening* en población general. Así, la encuesta ESPAD 2011 registró una prevalencia de consumo problemático del 5% cuando utilizó como punto de corte el valor >2.

5. TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS: DEMANDA Y DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO

5.2. DESCRIPCIÓN GENERAL, DISPONIBILIDAD Y CALIDAD

5.2.1. Estrategia/política y 5.2.2. Sistemas de tramientos

En primer lugar, cabe destacar la aprobación por el Consejo de Ministros, el 23 de enero de 2009, de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Esta Estrategia se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales.

Entre sus objetivos, la Estrategia incluye:

- Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Para promover el desarrollo de la Estrategia, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas impulsó la elaboración de un Plan de Acción para el período 2009-2012. Entre las acciones que incluye este Plan, cabe señalar:

- Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.

- Favorecer la extensión y accesibilidad a los programas de tratamiento sustitutivos e impulsar la aplicación de otras terapias de eficacia probada por la evidencia en aquellos usuarios que no se beneficien de las opciones terapéuticas convencionales.

- Potenciar el desarrollo de programas específicos de reducción de daños para evitar problemas de salud, así como intoxicaciones agudas y sobredosis.

En España, corresponde a las 17 Comunidades Autónomas y a las 2 Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de sus respectivos Planes Autonómicos de Drogas, la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones en materia de drogas que se llevan a cabo en sus respectivos territorios autonómicos.

Así, son las propias Comunidades y Ciudades Autónomas las que realizan la valoración del estado de situación y la evolución del consumo de drogas en cada uno de sus ámbitos territoriales, así como la implementación de las actuaciones pertinentes en las diferentes áreas de intervención en relación con este tema (prevención, asistencia e inserción social, formación, investigación, etc.). Igualmente les compete la implementación de los recursos apropiados para la atención de los drogodependientes.

En este sentido, hay que señalar que son ellas también las que establecen los criterios de admisión a los centros de tratamiento, los perfiles que deben reunir los pacientes, el tiempo de estancia de los mismos en las diferentes modalidades terapéuticas, etc.; en suma, son las responsables de las prestaciones asistenciales a los consumidores de drogas.

También hay que destacar, como ya se ha mencionado en otros informes, que son las Comunidades y Ciudades Autónomas las que establecen, tanto los criterios, como los instrumentos para monitorizar y evaluar la efectividad de los tratamientos que se desarrollan en los programas y servicios de atención.

Las redes asistenciales cuentan con centros y servicios generales, especializados y específicos de atención a las drogodependencias, públicos o privados financiados por el sector público debidamente acreditados.

En general, puede hablarse de un primer nivel que es la principal puerta de entrada al sistema. Sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente de entre todos los que forman parte de la red asistencial. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia.

Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen generalmente a dos categorías diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y recursos específicos de atención a las drogodependencias con programas de diverso nivel de exigencia. También los recursos de reducción del daño (baja exigencia) pueden derivar a otros niveles de atención más especializados.

El segundo nivel del circuito terapéutico es el eje sobre el que se vertebra buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente a través de equipos ambulatorios interdisciplinarios, que son los encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado. En este nivel se integran los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias. El acceso puede ser directo o por derivación de los recursos del primer o de otros de segundo nivel.

En este segundo nivel también se integran los centros de atención a los pacientes alcohólicos.

En algunas Comunidades Autónomas se integran estos programas de segundo nivel de atención a las drogodependencias en los Equipos de Salud Mental.

Por último, podría hablarse de un tercer nivel constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las drogodependencias. A todos los dispositivos que forman parte de este nivel se accede por derivación de centros o servicios con funciones de tratamiento especializado.

Se incluyen aquí las unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), las comunidades terapéuticas para drogodependientes y los programas específicos de atención a la patología dual.

La descripción de estos programas y centros así como la aportación de los datos relacionados con los mismos se realiza en el capítulo 7 de este documento.

5.3. ACCESO AL TRATAMIENTO

5.3.1. Características de pacientes tratados (datos del TDI incluidos)

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del "indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas", cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar los centros que participan en la notificación, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información y sobre la cobertura del indicador.

El indicador admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España, y que existe desde 1987. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el indicador urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el indicador mortalidad por reacción aguda a drogas. Este subsistema de información, que en su origen se denominó Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) y que, después ha recibido distintas denominaciones, nació con el propósito de monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas especialmente de aquéllas que, como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en un anexo del protocolo en una Comunidad Autónoma y en un año dado. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año excluyendo, en el ámbito autonómico, los episodios repetidos con ayuda de un código de identificación personal (CIP) formado por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha y provincia de nacimiento y el sexo. El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las Comunidades Autónomas, pero como los CIP no se transmiten al nivel estatal, no se pueden separar los episodios repetidos de admisiones de la misma persona durante el mismo año en dos o más Comunidades Autónomas diferentes. Aunque la información disponible indica que esta situación es poco frecuente, puede dar lugar a una pequeña sobrestimación del indicador a nivel estatal.

Se considera tratamiento, cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad. Se consideran ambulatorios, aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro o los realizados en servicios de tratamiento de drogodependencias de prisiones. Hay que tener en cuenta que algunos centros notificadores, además de tratamientos ambulatorios, pueden realizar tratamientos con internamiento o modalidades mixtas. Sin embargo, a efectos de este indicador, sólo se notifican los tratamientos ambulatorios. Los criterios diagnósticos de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque debe tenderse a aplicar los de las dos principales clasificaciones internacionales en vigor (DSM-IV o CIE-10).

Se notifican como episodios de admisión a tratamiento cualquiera de las situaciones siguientes:

1) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez, considerando que se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica (médica, social o psicológica) en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias

psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador. Se notifican las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas opioides, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento. En el caso de los tratamientos con sustitutivos, no se considera como droga principal la que se ha utilizado terapéuticamente en el programa de mantenimiento (por ejemplo, metadona), sino la sustancia cuyo abuso o dependencia motivó el primer tratamiento (generalmente la heroína). El paso de un programa de mantenimiento con sustitutivos a otro "libre de drogas" sin interrupción temporal del tratamiento se considera como un sólo tratamiento.

2) La readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando *readmisión* una admisión a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono. Los criterios de alta terapéutica, expulsión y abandono (6 meses sin que el paciente contacte con el centro) se describen en el protocolo del indicador.

3) La continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que, posteriormente, acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento.

4) La admisión a tratamiento de personas afectadas por una situación judicial o administrativa (remisión condicional de la pena, excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento, tratamiento en sustitución de sanción administrativa, o tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario).

No se notifican como admisiones a tratamiento:

1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento ni las demandas que pasan a la lista de espera.

2) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales.

3) Los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas; por ejemplo, el tratamiento de una sobredosis, un síndrome de abstinencia o una infección.

4) Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros.

5) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

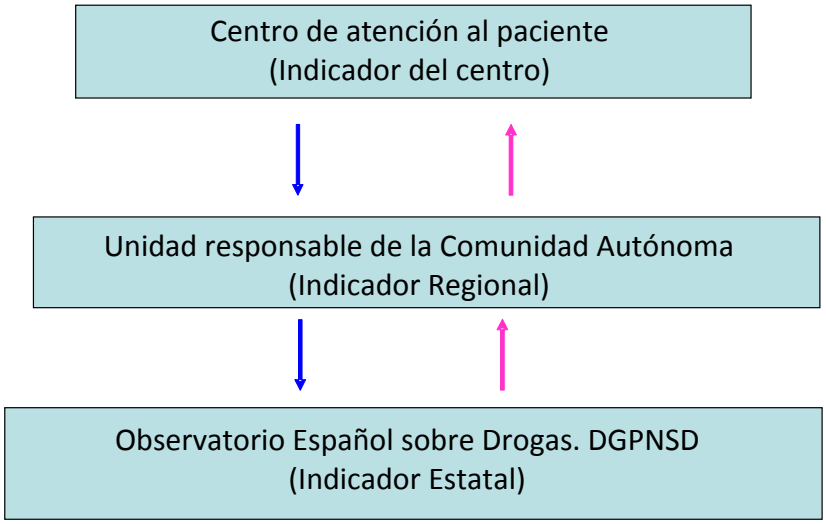
Aunque sería deseable que notificaran todos los dispositivos que potencialmente pueden realizar en España tratamientos del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, la inclusión de todos (centros de atención primaria de salud, hospitales, clínicas privadas, etc.) es muy difícil y costosa. Por eso, en la práctica se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias (ya sean centros independientes ya estén integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros), programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que incluyen una fase ambulatoria, o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería. En general, no se incluyen como centros notificadores aquéllos que realizan

únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento (unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, algunos hospitales o servicios psiquiátricos), porque se piensa que la mayoría de los dependientes tratados en estos centros han sido derivados desde centros ambulatorios notificadores.

La cobertura del Indicador Tratamiento con respecto a los centros públicos o privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas ha sido prácticamente total desde la puesta en marcha del indicador y, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario en España, es difícil que una parte significativa de tratamientos por drogas psicoactivas se realice en centros exclusivamente privados, aunque la proporción podría ser mayor en el caso de la cocaína y el cánnabis que en el caso de los opioides.

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico. En las unidades autonómicas se validan y depuran los datos y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, y se tabula y analiza la información (Figura 5.1.).

Figura 5.1**.** Circuito de Información. Indicador Tratamiento. España



FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Se dispone de un programa informático del indicador que usan la mayoría de las Comunidades Autónomas y permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos, y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que, aunque en sus elementos básicos han permanecido estables a lo largo de su andadura y, por lo tanto, se pueden elaborar estadísticas comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal (la que motiva el tratamiento) o era su primer tratamiento en la vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga. Por ello, en 1991 se introdujeron algunas

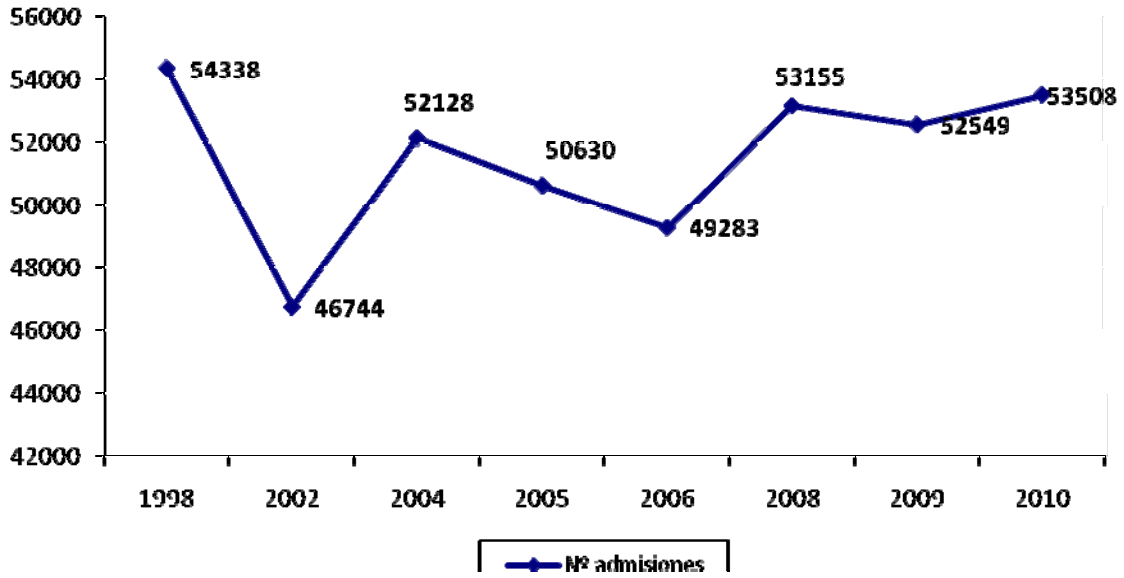
modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones, y en 1996 entraron en vigor otras consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco) y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH. Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador admisiones a tratamiento, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI (Treatment Demand Indicator) promovido por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) y para corregir algunas disfunciones observadas.

Resultados

En 2010, se registraron en España 53.508 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Entre 1998 y 2002 el número de admisiones a tratamiento disminuyó, pasando de 54.338 en 1998 (año en el que se registró el mayor número de admisiones) a 46.744 en 2002. Sin embargo, entre 2002 y 2004, se produjo un aumento hasta alcanzar 52.128 admisiones en 2004 y, posteriormente, disminuyó, de nuevo, en 2005 (50.630) y 2006 (49.283). A partir de 2006, se ha producido un nuevo aumento que sitúa las admisiones a tratamiento en cifras muy cercanas a las del año 1998.

El descenso entre 1998 y 2002 pudo deberse al efecto de los programas de mantenimiento con metadona que hizo que muchos consumidores de heroína dejaran de rotar por los servicios de tratamiento. El ascenso entre 2002 y 2004 y desde 2006 hasta 2008 podría explicarse por el aumento de admisiones a tratamiento por cocaína y cánnabis (Figura 5.2.).

Figura 5.2. Evolución de las admisiones a tratamiento. Indicador Tratamiento. España, 1998-2010



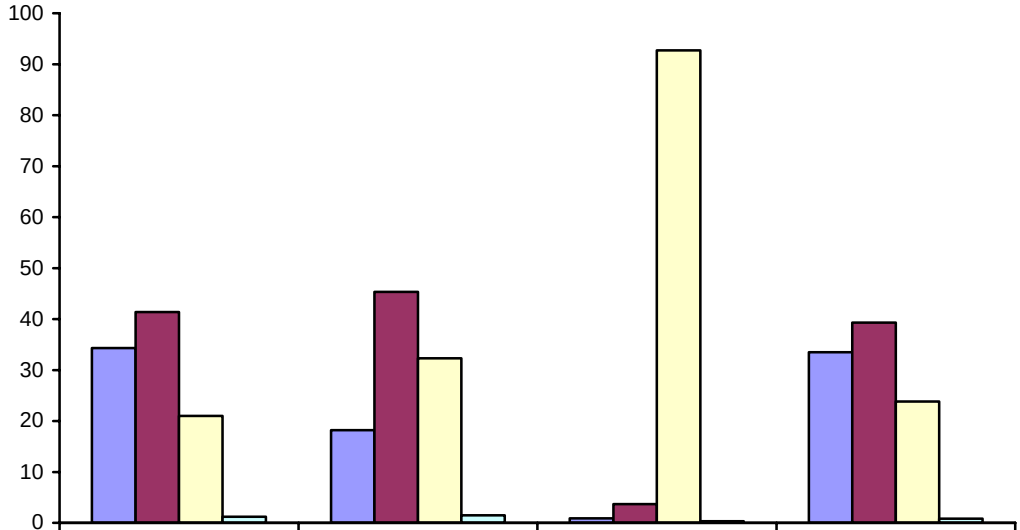
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo, manteniéndose actualmente los niveles bajos de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cánnabis.

En cuanto al peso que cada droga ha representado, en 2010, en el número total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, (Figura 5.3) muestra que la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (41,4% del

total), seguida de los opioides (34,3%) y el cánnabis (21%). Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (45,3%), seguida del cánnabis (32,3%) y los opioides (18,2%) (Figura 5.3).

Figura 5.3. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2010



	Todas las admisiones	Admitidos primera vez en lavida	Admitidos menores 18 años *	Nacidos fuera de España
Opioides	34,3	18,2	0,9	33,5
Cocaina	41,4	45,3	3,7	39,3
Cannabis	21	32,3	92,7	23,8
Otros estimulantes **	1,2	1,5	0,3	0,8

Número admisiones	53 508	26 805	2 114	3 797

* Todos los casos admitidos a tratamiento menores de 18 años-
** Otros estimulantes: anfetaminas, éxtasis, etc.
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento.

Como viene ocurriendo en años anteriores el consumo de cánnabis es el responsable de la mayoría (92,7%) de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad.

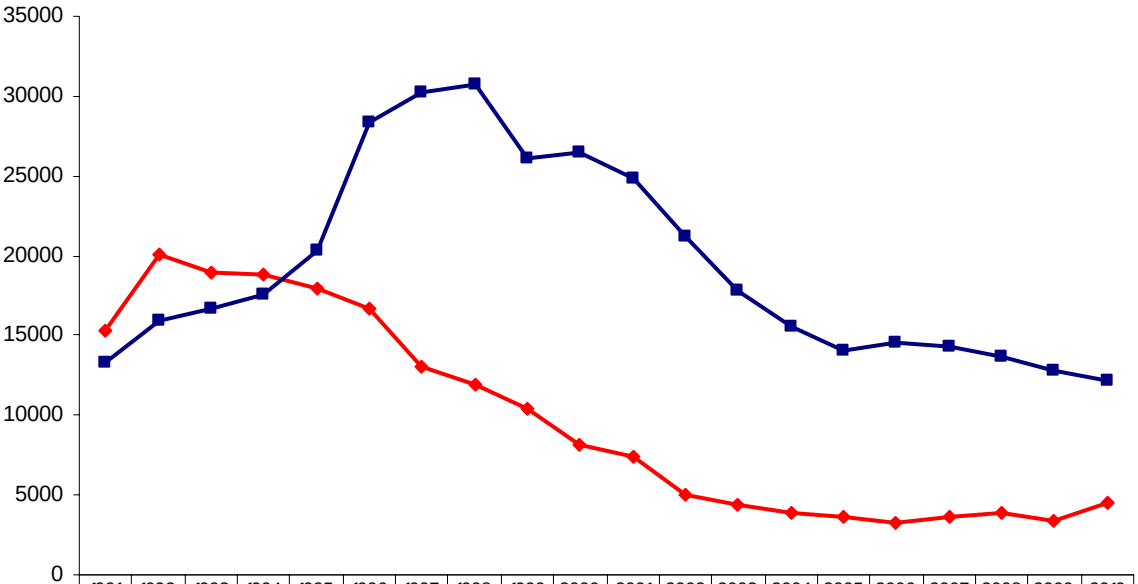
Para los nacidos fuera de España, en el año 2010 se consolida la cocaína como la sustancia para la que hay mayor número de solicitudes de tratamiento (39,3%) y en segundo lugar los opioides (33,5%) los que motivan la mayor demanda de asistencia.

HEROÍNA

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 17.325 en 2010, lo que supone un mínimo descenso del 6% con respecto a 2008 (18.407) y representa el 34,3% del total de admisiones a tratamiento, mostrando estabilidad con respecto a 2008 (34,6%).

Este descenso, se explica principalmente por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas en ocasiones anteriores, un total de 12.166 personas, que supone el dato más bajo desde el 1991. Aumenta sin embargo, el número de primeras admisiones por heroína situándose en datos similares al 2003.

Figura 5.4. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España, 1991-2010



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeros tratamientos	15277	20017	18977	18770	17878	16647	12993	11867	10473	8151	7461	5051	4337	3836	3604	3318	3672	3840	3412	4526
Con tratamiento previo	13296	15956	16703	17526	20369	28382	30173	30756	26031	26412	24844	21162	17867	15617	14005	14502	14331	13616	12750	12166

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

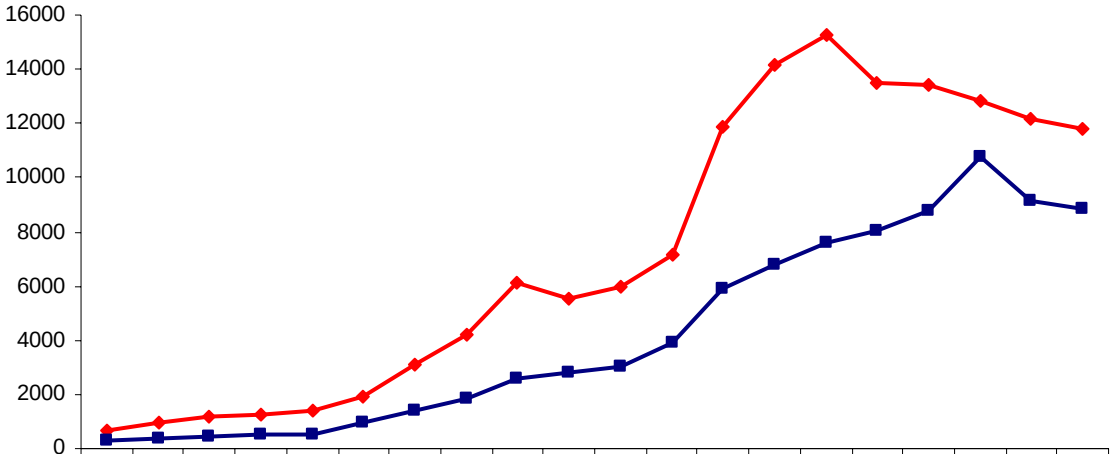
COCAÍNA

El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 22.131 en 2010, lo que supone un descenso del 4,5% con respecto a 2009 (23.132) y representa el 41,4% del total de admisiones registradas en este año.

El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1.991 a 7.125 en 2002 y 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días) obtenidas en la encuesta EDADES en población de 15 a 64 años. Sin embargo, desde 2005 hasta 2010, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso pasando de 15.258 en 2005 a 11.827 en 2010 y que muestra, en cierto modo, una correspondencia con la estabilización, primero (2007), y el descenso recientemente registrado en la encuesta EDADES 2009 (ver capítulo 2 de este informe).

Por otra parte, el número de admisiones por abuso o dependencia de cocaína con tratamiento previo por esta droga llego a su máximo en el 2008, año en el que se el máximo histórico. En 2009 inició el descenso que se mantiene en el 2010.

Figura 5.5. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España, 1991-2010



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeros tratamientos	681	932	1146	1265	1415	1892	3129	4174	6126	5499	5977	7125	11851	14126	15258	13463	13429	12847	12142	11827
Con tratamiento previo	262	367	431	491	516	932	1402	1838	2576	2773	3046	3893	5893	6747	7562	8036	8753	10786	9107	8824

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento.

CÁNNABIS

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2010 fue de 11.210, lo que supone un aumento del 15% con respecto a las registradas en 2009 (9.503) y representa el 21% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en este año.

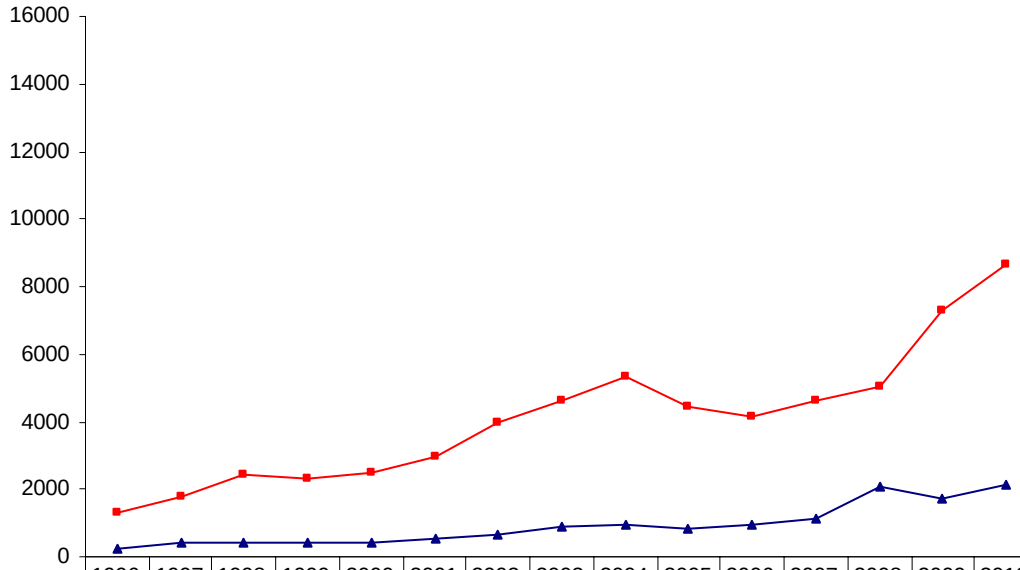
Como se puede ver en la Figura 5.6. el número de admitidos a tratamiento por consumo de cánnabis ha presentado una tendencia ascendente, que en los últimos años ha sido muy pronunciada. De hecho ha pasado de suponer el 10,9% del total de las admisiones a tratamiento en el 2005 al 21% en el 2010.

El aumento es consecuencia directa del incremento del número de personas que han acudido por primera vez a tratarse, como puede observarse en la Figura 5.6.

Esto es perfectamente compatible con el hecho, ya citado anteriormente, del elevado porcentaje de menores que acuden a tratarse por consumo de cánnabis. El 92,7% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2010 en nuestro país, lo han hecho por problemas con el consumo de cánnabis, lo que significa un aumento de 8,9 puntos respecto del porcentaje de menores tratados por esta droga en 2008 (83,8%).

Esta tendencia ascendente se enmarca en el contexto actual de prevalencias de consumo de cánnabis tanto en la población general como entre los estudiantes de enseñanzas secundarias, teniendo en cuenta que el cánnabis es la droga ilegal más consumida por ambas poblaciones en España.

Figura 5.6. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2010.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeros tratamientos	1300	1768	2412	2335	2487	2966	3972	4613	5319	4426	4125	4619	5058	7273	8653
Con tratamiento previo	230	387	407	418	408	540	665	871	928	844	941	1114	2055	1705	2105

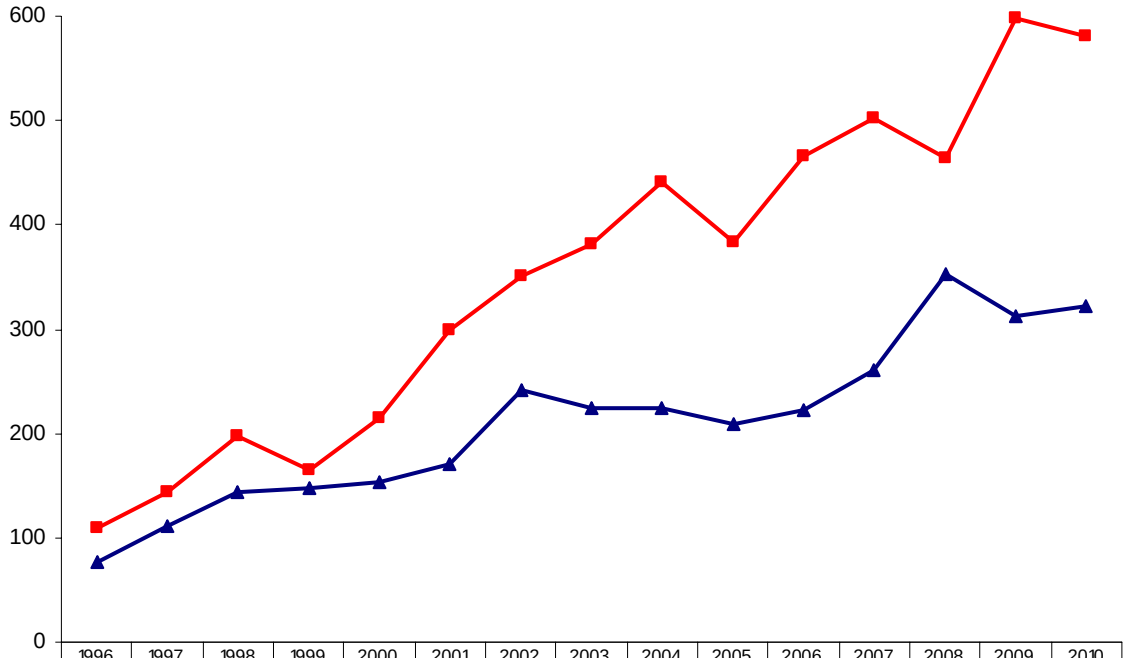
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento.

HIPNOSEDANTES

El número de admisiones a tratamiento en 2010 por consumo de hipnosedantes fue de 944, valor similar al 2009 y que representa el 1,8% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas que se registraron en 2010.

Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia claramente ascendente desde el inicio de la serie con ligeros altibajos de carácter puntual.

Figura 5.7. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (número absolutos). España, 1996-2010.

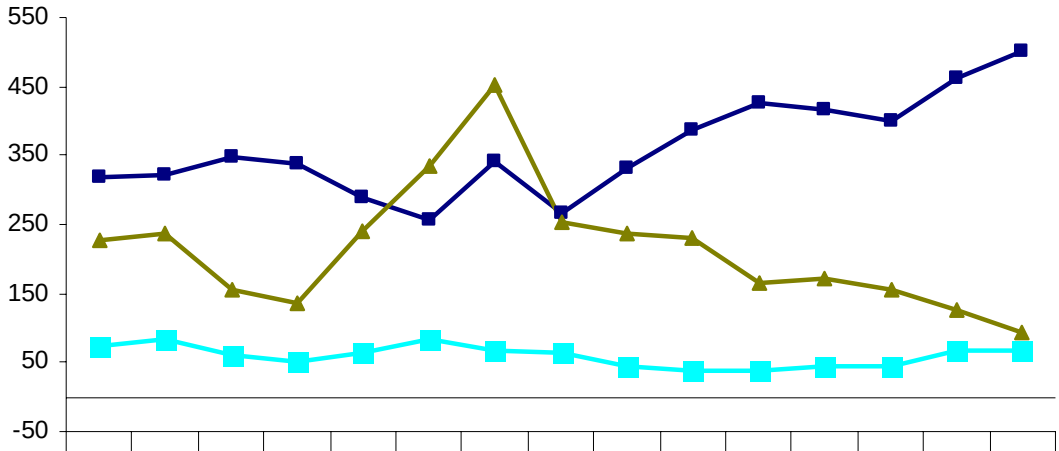


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeros tratamientos	109	144	197	165	214	299	350	382	441	383	466	503	463	598	580
Con tratamiento previo	77	111	143	147	154	170	242	225	224	209	223	261	352	312	323

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

OTRAS DROGAS

Figura 5.8. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2010.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anfetaminas	319	323	347	339	288	255	342	266	330	386	426	415	400	461	501
Éxtasis	226	237	154	135	240	335	452	254	236	229	165	172	155	127	93
Alucinógenos	74	85	62	50	64	83	68	63	44	39	37	43	43	69	66

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

El resto de las drogas sigue teniendo muy poca representación en los servicios de tratamiento. De hecho, los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) sólo representaron, en 2010, el 1,2 % del total de admisiones para todas las drogas. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cánnabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es mínimo.

Como se aprecia en la Figura 5.8 la evolución temporal nos muestra una tendencia descendente, mantenida en los últimos años, en el número de personas tratadas por consumo de éxtasis, produciéndose en 2010 el menor número de admisiones a tratamiento desde que se inicio su recogida. Lo contrario ocurre con las anfetaminas, ya que en el 2010 se registraron el mayor número de admisiones por esta sustancia. Respecto a los alucinógenos, se mantienen relativamente estables en este indicador desde que se inició su recogida en 1996.

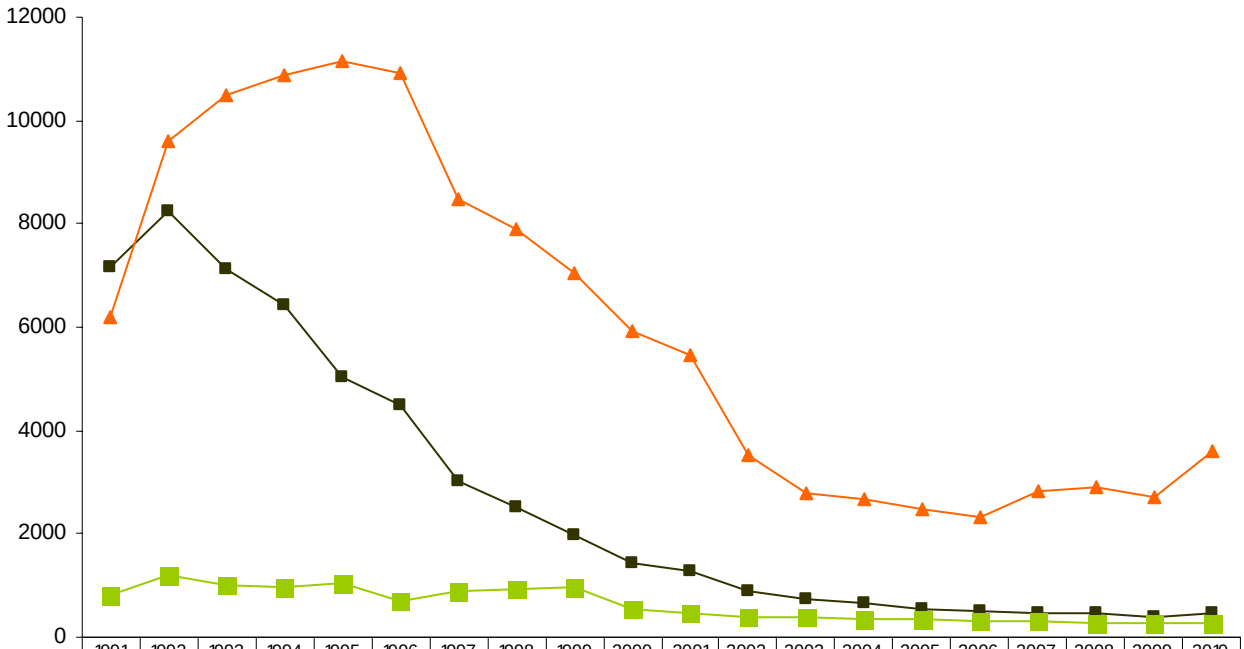
Vía de administración predominante de la droga principal de consumo entre los admitidos a tratamiento

En 2010, la vía de administración predominante de la droga principal entre el total de los admitidos a tratamiento por consumo de heroína (durante los 30 días previos al inicio de tratamiento) fue la pulmonar o fumada que alcanzó la cifra de 72,2%, seguida de la inyectada (15,8%) y la intranasal o esnifada (5,4%)

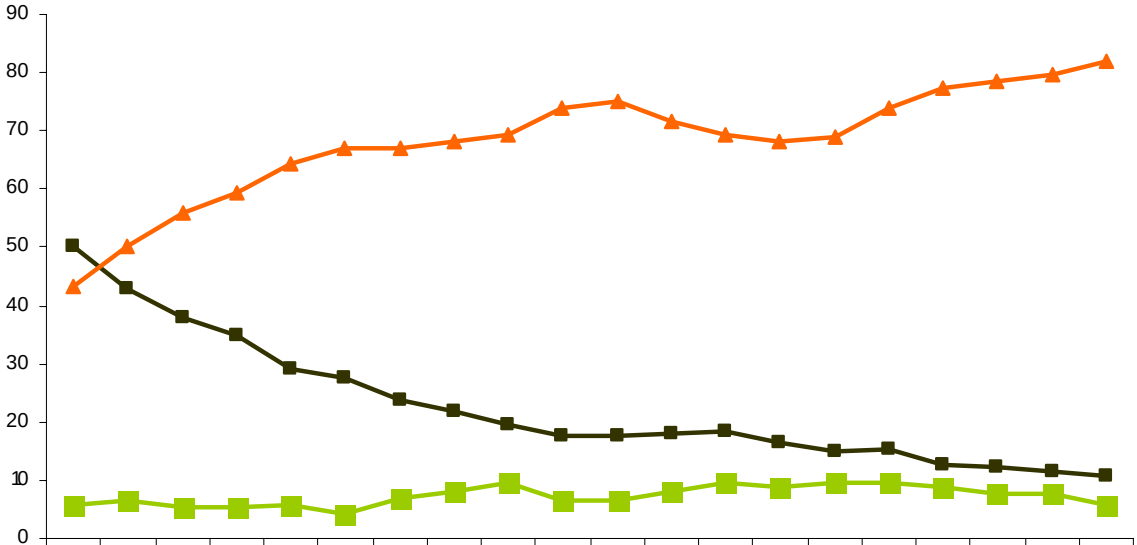
Con respecto a los años ochenta en que, independientemente del uso de otras vías, el uso de la vía inyectada como vía predominante de administración de la heroína, era prácticamente universal entre los consumidores de esta sustancia, se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración y, actualmente, es la vía pulmonar o fumada la de uso predominante.

De este modo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína que usa la inyección como vía más frecuente (o principal o preferente) de administración pasó de 8232 en 1992 (año en que se registró la cifra más elevada) a 465 en 2010 y, aunque pudiera parecer que se trata, únicamente, del efecto de la disminución del número absoluto de admitidos, por primera vez, por consumo de heroína, este cambio se confirma al comprobar cómo la proporción que representaron estas personas sobre el total de admitidos por heroína pasó de 42,9% en 1992 a 15,1% en 2005 y 10,6% en 2010 (Figura 5.9.).

Figura 5.9. Distribución de los tratados por primea vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2010.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inyectada	7164	8232	7129	6435	5033	4488	3011	2518	1969	1414	1276	894	748	648	544	486	470	455	386	465
Pulmonar	6188	9585	10493	10873	11161	10934	8487	7884	7033	5917	5461	3540	2805	2690	2487	2320	2842	2891	2719	3589
Esnifada	822	1219	995	978	1028	696	887	910	968	532	471	399	386	358	350	303	327	285	256	258



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inyectada	50,3	42,9	38,1	35	29,1	27,5	23,8	21,8	19,4	17,7	17,5	18,1	18,5	16,4	15,1	15,5	12,8	12,4	11,3	10,6
Pulmonar	43,4	50	56,1	59,2	64,5	67	67,2	68,3	69,3	74,1	74,9	71,8	69,3	68	69	73,8	77,4	78,5	79,7	82
Esnifada	5,8	6,4	5,3	5,3	5,9	4,3	7	7,9	9,5	6,7	6,5	8,1	9,5	9	9,7	9,6	8,9	7,7	7,5	5,9

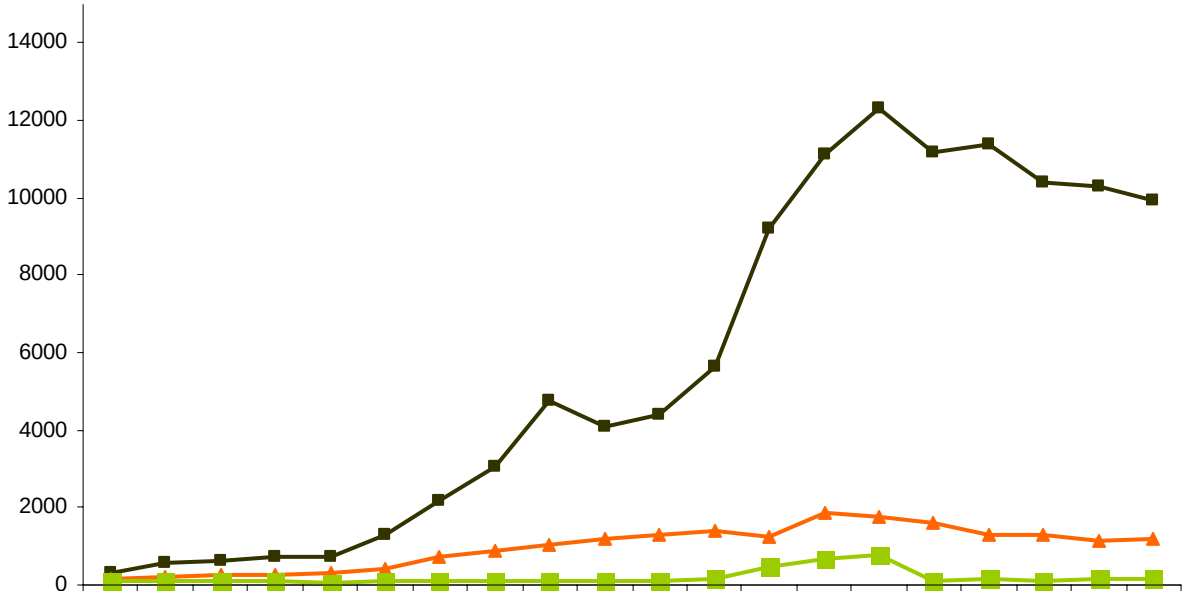
Nota: Las estimaciones del número de tratados por heroína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por heroína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

En 2010, entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína clorhidrato, la vía de administración predominante es la intranasal o esnifada (83%), seguida de la pulmonar o fumada (12,6%) y de la inyectada (2,3%).

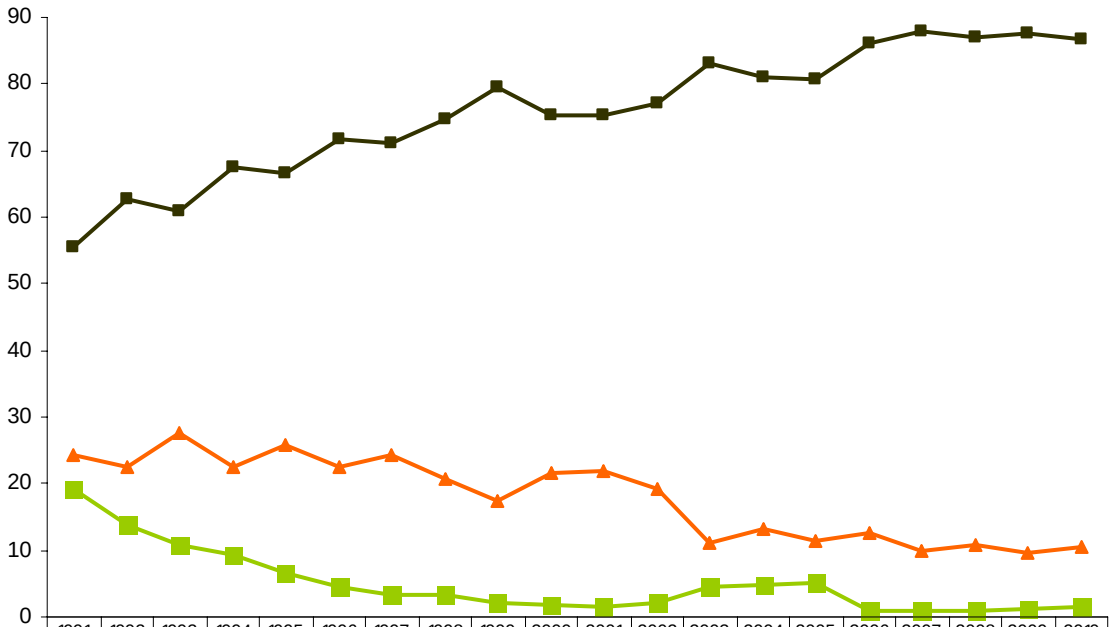
Entre los admitidos por primera vez por consumo de cocaína, el uso de la vía inyectada ha venido disminuyendo desde que 1991, mostrando unas prevalencias de uso relativamente estables desde el 2006.

Con relación al número de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de cocaína, la vía principal de administración sigue siendo, mayoritariamente, la intranasal o esnifada, seguida de la pulmonar y de la inyectada, aunque a considerable distancia. Figura 5.10.

Figura 5.10. Admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2010.



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Esnifada	315	547	611	714	739	1307	2172	3073	4777	4067	4413	5613	9228	11140	12298	11155	11393	10391	10272	9952
Pulmonar	139	196	278	238	287	413	741	856	1048	1172	1284	1403	1242	1837	1755	1617	1295	1276	1139	1203
Inyectada	109	121	108	97	74	82	100	128	128	105	91	156	485	693	793	103	130	117	136	166

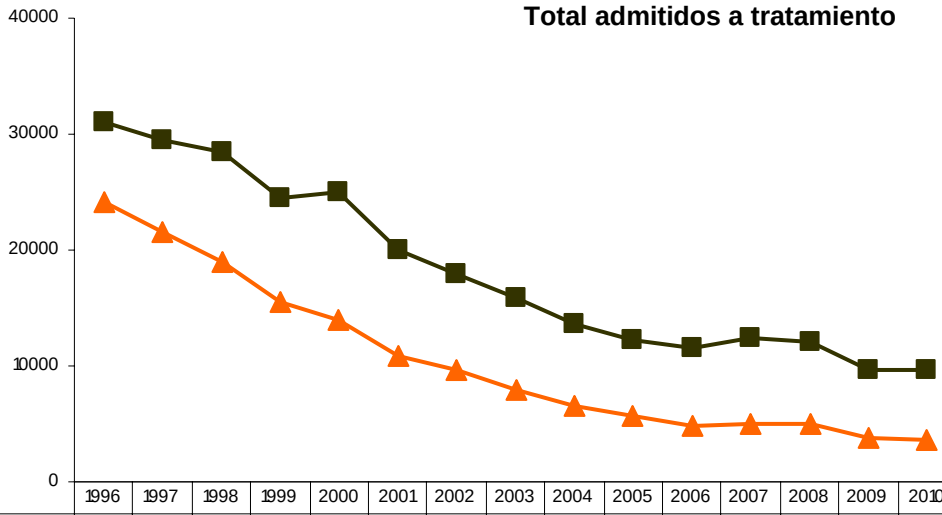


	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Esnifada	55,4	62,7	60,8	67,4	66,5	71,7	71	74,8	79,5	75,2	75,2	77	83	80,9	80,6	86	88	86,9	87,7	86,8
Pulmonar	24,4	22,5	27,7	22,5	25,8	22,6	24,2	20,8	17,4	21,7	21,9	19,2	11,2	13,3	11,5	12,5	10	10,7	9,7	10,5
Inyectada	19,2	13,9	10,7	9,2	6,7	4,5	3,3	3,3	2,1	1,9	1,6	2,1	4,4	4,8	5,2	0,8	1	1	1,2	1,4

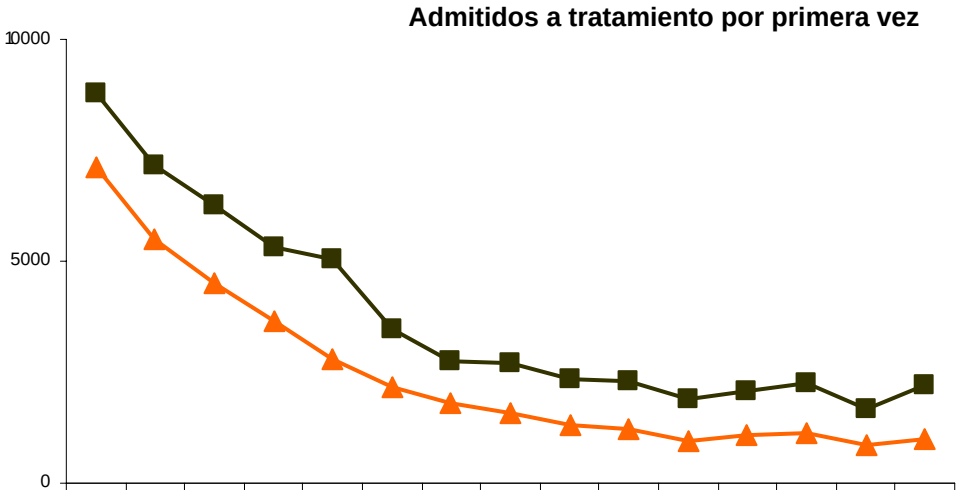
Nota: Las estimaciones del número de tratados por cocaína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por cocaína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

Cuando revisamos los inyectores admitidos a tratamiento (Figura 5.11), el número de admitidos por cualquier droga psicoactiva, por primera vez en la vida, que se habían inyectado alguna vez en la vida pasó de 8801 en 1996 a 2196 en 2009. Por su parte, el número de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, descendió de 7132 en 1996 a 979 en 2010. En general, se observa una tendencia descendente, que parece haberse estabilizado en los últimos años.

Figura 5.11. Evolución del número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España. 1996-2010.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inyección alguna vez en la vida	31046	29419	28527	24520	24941	19988	17950	15806	13605	12252	11601	12487	12066	9637	9697
Inyección en 12 meses previos a la admisión	24224	21605	18910	15562	13955	10898	9583	7966	6516	5620	4892	5055	5050	3763	3549



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inyección alguna vez en la vida	8801	7154	6247	5315	5055	3483	2765	2722	2356	2283	1879	2073	2271	1687	2196
Inyección en 12 meses previos a la admisión	7132	5488	4526	3655	2793	2181	1801	1583	1303	1228	928	1060	1124	866	979

Nota: Las estimaciones del número de inyectadores admitidos a tratamiento para el conjunto de España se han obtenido multiplicando el número de admitidos a tratamiento en el conjunto de España por la proporción de admitidos que se habían inyectado drogas alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses previos a la admisión (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado.
FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

Como en años anteriores la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones, el 85,1% de la totalidad de los admitidos. También como en otros años, la presencia de mujeres es más alta en los hipnosedantes que en el resto de las drogas, aunque sigue habiendo mayor número de admitidos varones en todas las sustancias.

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33,4 años para el conjunto de las admisiones (para ambos sexos, igualmente), igual que en 2008 y en 2009 y de 30,5 años para las primeras admisiones. Un 7,3% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, si bien cabe destacar el hecho de que ha sido superior la proporción de mujeres atendidas nacidas fuera de España (8,2%) que la de hombres del mismo origen (7,2%).

La media de edad de las personas admitidas varía en función de la droga principal. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 38,4 años, por hipnosedantes 38 años, por cocaína 33,3 años y por cannabis 25 años.

El nivel de estudios de los pacientes admitidos a tratamiento ha mejorado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En 2010, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (53,2%) sólo habían completado estudios primarios, mientras que el 53,2% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 49,2% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios. Con respecto a la situación laboral, la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (42,7%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (21,1%) y, aún tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cánnabis (23,6%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

En España la gran mayoría (86,3%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2010, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones era del 8,5% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (homeless) del 2,6%. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con los padres) o la familia propia (con cónyuge y/o hijos). También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2010, vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable fue mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (18,8%) que entre los admitidos por cánnabis (6,2%) o cocaína (7,6%) y sucedía lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia.

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (46,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (27,7%).

Entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte (64,2%) de los admitidos en 2010 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. Sólo el 35,8% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 35,7% refirió consumir una sóla droga, el 20,4% consumió dos drogas, el 6,4% admitió consumir 3 drogas y el 1,7% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron la cocaína y el cánnabis y entre los admitidos por cocaína el alcohol y el cánnabis.

En 2010, casi la mitad (52,1%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España era la primera vez que recibían tratamiento por la misma droga principal, proporción que fue mucho más baja entre los admitidos por heroína (27,1%) que entre los admitidos por cocaína (57,1%), cannabis (80,4%), anfetaminas (63,9%) o éxtasis (71%).

Tabla 5.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2010.

	Total	Tratamiento previo[1]		Sexo[1]	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	53 508	24 611	26 805	45 309	7 915
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	52.1			51.8	54.3
Edad media (años)	33.4	36.5	30.5	33.3	33.8
Mujeres (%)	14.9	14.2	15.5		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1.4	1.6	1.2	1.4	1.4
Enseñanza primaria	45.8	46.3	45.4	46.8	39.7
Enseñanzas secundarias	48.1	48.2	48.1	47.6	51.4
Estudios Universitarios	4.2	3.5	4.8	3.7	6.7
Otros	0.5	0.5	0.5	0.5	0.8
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	31.0	28.0	33.5	31.8	26.3
Parado no habiendo trabajado	5.7	5.4	5.8	5.3	7.3
Parado habiendo trabajado	40.8	44.7	37.5	41.3	37.8
Otras	22.6	21.8	23.2	21.6	28.6
Nacidos fuera de España (%)	7.3	5.9	8.7	7.2	8.2
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de	12.2	16.8	8.1	11.6	15.6
Médicos generales, atención primaria de salud	9.5	6.5	11.9	9.2	11.1
Hospitales u otros servicios de salud	6.0	7.3	4.8	5.6	8.2
Servicios sociales	4.9	3.3	6.2	4.4	7.8
Prisiones, centros de internamiento cerrado de	8.1	9.6	6.9	8.5	6.1
Servicios legales o policiales	8.4	5.1	11.2	8.9	5.5
Empresas o empleadores	1.6	1.7	1.6	1.7	1.1
Familiares o amigos/as	13.2	8.4	17.2	13.4	.0
Iniciativa propia	33.7	39.1	29.2	34.2	42.3
Otras	2.5	2.0	2.8	2.5	2.3
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	12.8	15.1	10.8	13.0	11.2
Unicamente con pareja	10.6	10.7	10.5	9.6	16.0
Unicamente con hijos	5.8	5.7	5.9	4.9	11.0
Con pareja e hijos/as	15.2	14.7	15.6	15.1	15.6
Con padres o familia de origen	40.8	36.2	44.8	42.5	30.8
Con amigos	3.0	3.0	3.0	2.8	4.0
Otros	11.9	14.6	9.5	12.0	11.5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	86.3	82.0	90.3	86.0	88.0
Prisiones, centros de internamiento cerrado para	6.4	7.7	5.2	7.0	3.2
Otras instituciones	2.1	2.9	1.4	2.0	2.6
Pensiones, hoteles, hostales	0.5	0.7	0.4	0.5	0.7
Alojamientos inestables/precarios	2.6	3.5	1.8	2.5	3.3
Otros lugares	2.0	3.1	1.0	2.0	2.2

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Indicador Demanda de Tratamiento

6. CORRELACIONES Y CONSECUENCIAS SANITARIAS

6.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se incluyen datos actualizados correspondientes a los indicadores “Drug-related Infectious Diseases”, “Drug-related Emergencies” y “Drug-related Deaths”. Cada uno de los apartados incluye información detallada sobre la metodología utilizada para la recogida de datos, las fuentes utilizadas y los resultados obtenidos, a nivel nacional, a partir del análisis realizado para el último año del que se dispone información y, también, con respecto a los datos disponibles en años anteriores, con el fin de poder valorar y analizar tendencias.

6.2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS

En los últimos 20 años, el sida y la infección por VIH han sido uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España, sin embargo, en el momento actual, ha disminuido de manera importante la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Por otro lado, es preciso tener presente las infecciones por hepatitis virales secundarias al uso de drogas inyectadas.

VIH/SIDA

En España se dispone de datos procedentes de diferentes fuentes de información y que, en su conjunto, ayudan a comprender la evolución del fenómeno así como la situación actual. A continuación, se resume la metodología y los resultados obtenidos a través de algunos de los principales sistemas que componen la vigilancia epidemiológica del VIH en España.

1. Sistemas de información poblacional: Estos comprenden el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH) y el Registro Nacional de Sida.

> 1.1 El SINIVIH recoge información sobre los nuevos diagnósticos de VIH que se realizan en el conjunto de la población y ofrece la mejor aproximación a la incidencia de VIH de la se dispone. En el último año disponible (2010) tenía una cobertura del 71% de la población española y está previsto que en 2012 cubra al 100% de la población.
> 1.2. El Registro del Sida recopila información sobre los casos de sida diagnosticados en España, y su cobertura es del 100% de la población del país. La incidencia de sida es un indicador de la evolución de los estadios avanzados de la infección por VIH en la población.

2. Redes centinela: Recogen información sobre determinados grupos de población que son de particular interés para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH. En España hay dos grandes redes de este tipo: el EPI-VIH y el grupo de Trabajo sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

> 2.1. El estudio EPI-VIH incluye 19 centros de diagnostico de VIH/ITS, y proporciona información acerca de la realización de la prueba de VIH, prevalencia e incidencia de VIH en las personas que acuden a estos centros, por lo que sus resultados solo son extrapolables a este tipo de población.
> 2.2. El Grupo de trabajo sobre ITS, esta formado por una red de 15 centros específicos de ITS y recoge información clínico- epidemiológica sobre pacientes diagnosticados de diferentes ITS. Como en el caso anterior los resultados son solo extrapolables a la población de la que proceden los datos.

3. Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/sida. Se trata de una encuesta de prevalencia-día, que se lleva a cabo desde 1996, en la que se recogen datos sobre pacientes que reciben atención (ambulatoria u hospitalaria) en los hospitales participantes en un día concreto, con el objetivo de describir sus características y monitorizar su evolución.

4. Indicador Admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia de drogas: Este es el único sistema de información, de los expuestos, que es específico para usuarios de drogas. Recopila datos sobre el número y características de las personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas, entre las variables recogidas se incluyen algunas relacionadas con el VIH/sida.

A continuación se presentan los aspectos de mayor interés en este contexto, si bien es posible acceder a información completa y detallada en:

- Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, vigilancia epidemiológica: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/

- Web del Centro Nacional de Epidemiología: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml

- Web del Observatorio Español sobre Drogas, Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

1.1. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH[12,13]

Objetivos

Este sistema de información tiene como objetivo principal contribuir a la vigilancia epidemiológica del VIH. En concreto busca cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y su evolución temporal y describir las características epidemiológicas de las personas recientemente diagnosticadas de infección por VIH.

Metodología

- Periodo de estudio: la recogida de información es anual desde el año 2003.

- Ámbito geográfico y población: El número de CCAA que declaran ha ido en aumento desde que se inicio la recogida de datos. En 2010 declararon 17 de las 19 CCAA, que equivale a 32.530.190 habitantes (71% de la población española).

Principales resultados

Desde el año 2003 a 2010 se han notificado 17.183 nuevos casos de VIH. Las tasas anuales de nuevos diagnósticos por millón de habitantes varían de 96,4 en 2003 a 90,0 en 2009 y 88,5 en 2010.

Situación según categoría de transmisión (año 2010): La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente (46,1%) seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 33,1%, y la de usuarios de drogas inyectadas, que sumó un 5,9% (Figura 6.2). Por tanto, el 79,0% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2010 tiene su origen

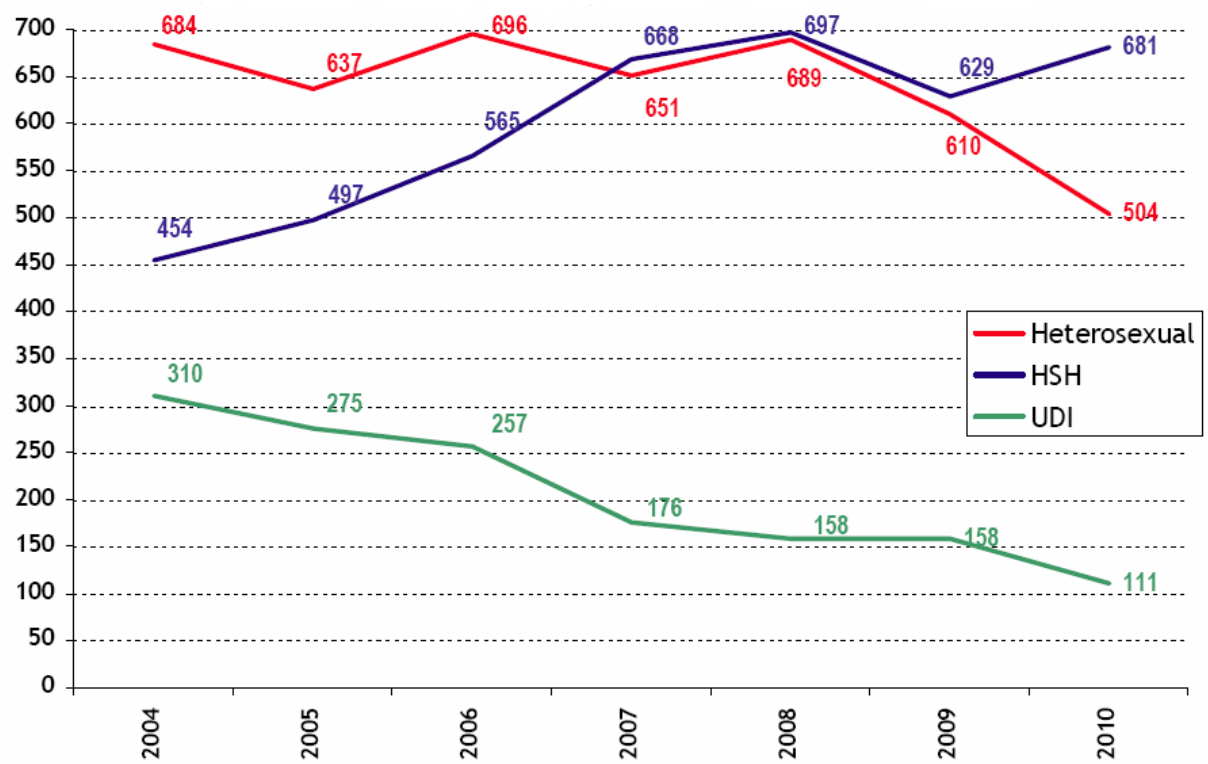
[12] Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Noviembre 2011. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio_2011.pdf

[13] Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Noviembre 2011. Selección de gráficos. Junio 2011. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SeleccionGraficos_Junio2011.pdf

en la transmisión sexual. Desglosadas las categorías de transmisión por sexo, entre los hombres, la transmisión homosexual supone el 56,0% de los nuevos diagnósticos de VIH y la heterosexual el 23,0%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 80% de los nuevos diagnósticos (Figura 6.3)

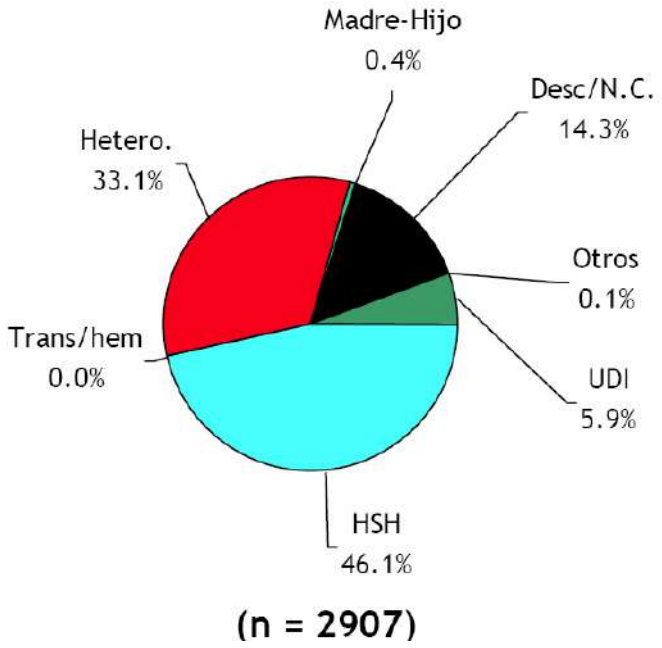
Evolución temporal (Periodo 2004-2010): La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH varía según el mecanismo de transmisión: En los usuarios de drogas por vía parenteral se mantiene la tendencia descendente del número de nuevos diagnósticos de VIH (18,9/millón de habitantes en 2004 frente a 6,7/millón en 2010), mientras que las tasas tienden a estabilizarse en el caso de la transmisión heterosexual, y aumentan claramente en la trasmisión homosexual entre hombres. En la Figura 6.1 se presenta la evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión.

Figura 6.1. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España* 2004-2009



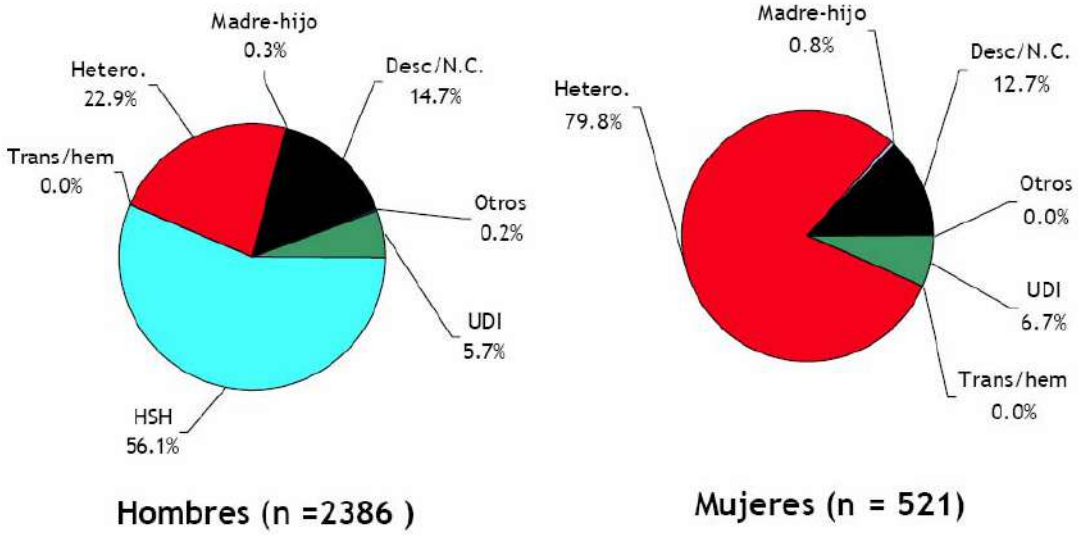
Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco
HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.
UDI: Usuarios de Drogas vía Intravenosa.
FUENTE: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad.

Figura 6.2. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España* 2010



* Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco.
HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.
UDI: Usuarios de Drogas vía Intravenosa.
FUENTE: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad.

Figura 6.3. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España* 2010.



* Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco.
HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.
UDI: Usuarios de Drogas vía Intravenosa.
FUENTE: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad.

1.2. Registro Nacional de casos de SIDA

En España existe un Registro Nacional de casos de Sida que recoge información sobre los nuevos casos de sida a nivel estatal. Se dispone de datos desde 1981 hasta la actualidad. Este registro nos aporta información útil en relación a la evolución de la enfermedad y al mecanismo de transmisión.

Principales resultados

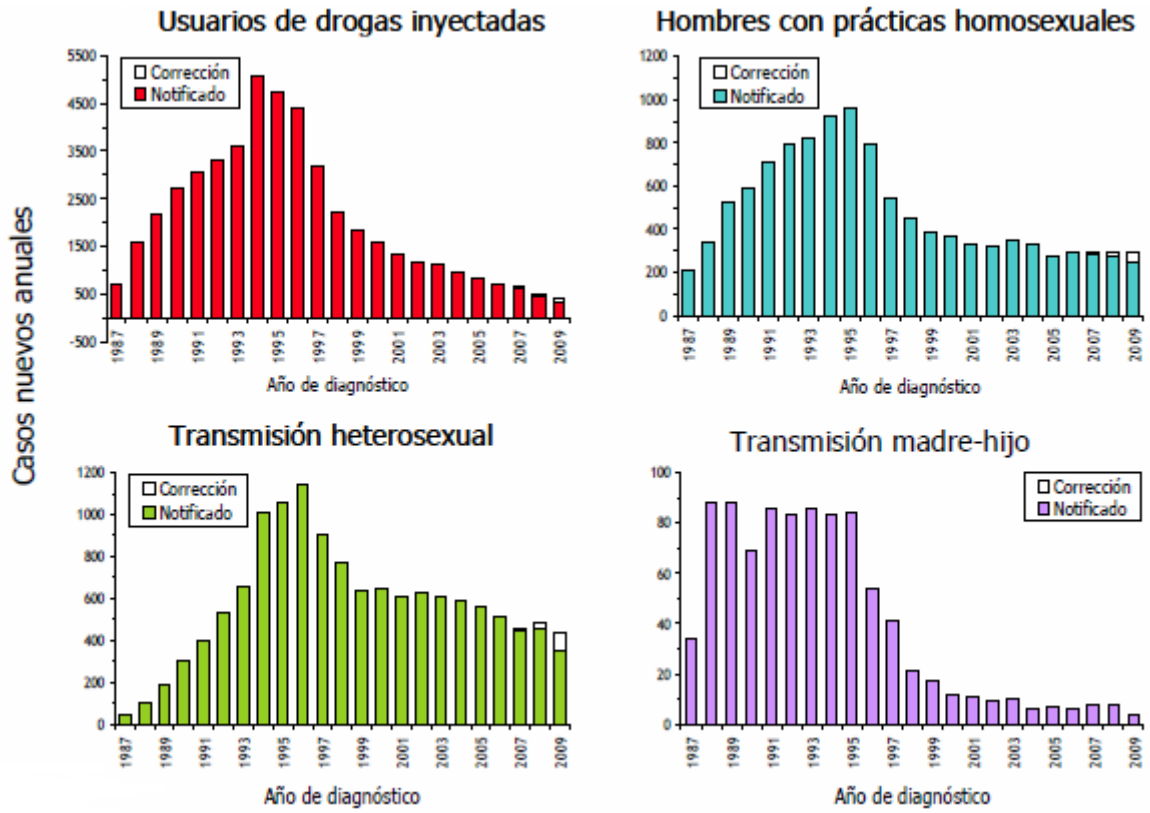
Según el Centro Nacional de Epidemiología, desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 30 junio de 2011 se habían notificado en España un total de 80.827 casos de sida.

Situación actual: En el año 2010 (a fecha 30 Junio 2011) se han notificado 930 casos, tras corregir por retraso de notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron 1162 casos. El 77% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad fue 42 años, siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres. El 28% de las personas que se diagnosticaron de sida en 2010 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas. El 33% por mantener relaciones heterosexuales no protegidas. La transmisión secundaria a mantener relaciones sexuales entre hombres supone el 26% de todos los casos y el 34% si se tienen en cuenta solo los hombres.

Evolución temporal: El diagnostico de casos de sida, que tuvo su pico máximo en la década de los 90, mantiene, desde entonces, una tendencia descendente, que supone un 83% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2010. En 2009 los casos descendieron un 16% entre los varones y un 18% entre las mujeres. En relación al mecanismo de transmisión, la proporción de casos de sida atribuibles al consumo inyectado de drogas ha disminuido en los últimos años tras el pico registrado en 1990 (69,6%) a la vez que se ha incrementado la proporción de casos en la categoría de transmisión sexual. En 2009 el diagnostico de sida entre usuarios de drogas por vía parenteral disminuyó un 26%. Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han incidido en el curso de la epidemia en los últimos años, entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. Los casos de transmisión heterosexual han disminuido un 20% en 2009, y los casos de relaciones sexuales entre hombres un 1%.

En la Figura 6.4 se presenta la evolución temporal, desde 1986 a 2009, de los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado a la transmisión del VIH. En el primer gráfico se puede apreciar el descenso del número de los casos de sida a partir de 1995.

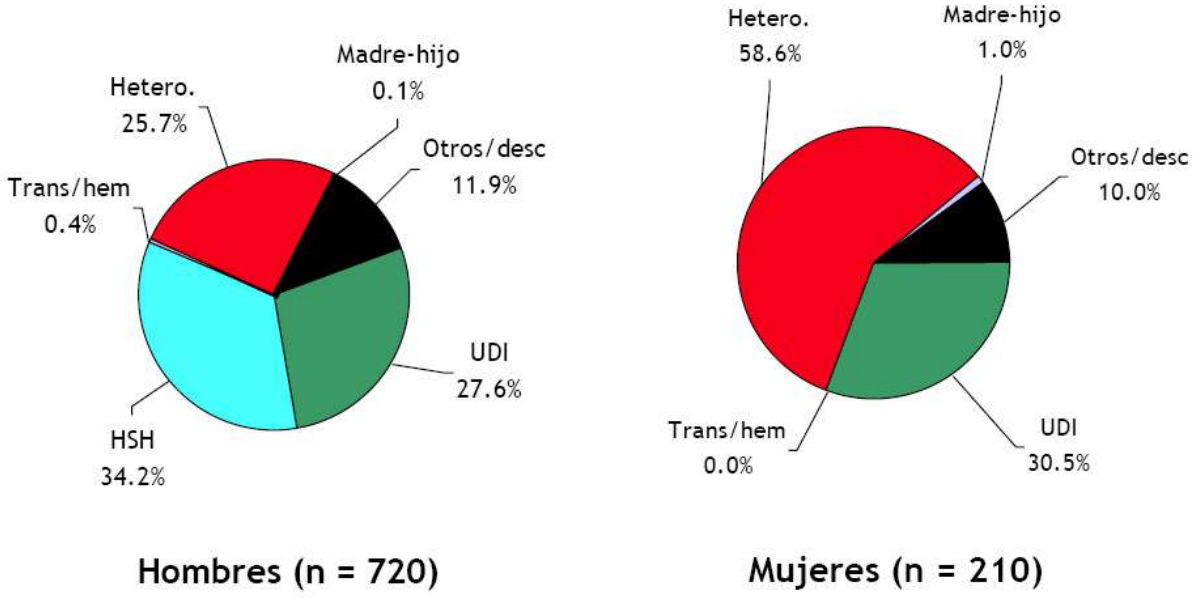
Figura 6.4. Nuevos casos de SIDA* según el factor de riesgo asociado. España. 1986-2009
Casos nuevos anuales



* Casos de SIDA corregidos por retraso de notificación. Actualización 30 de junio de 2010.
FUENTE: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad.

En la Figura 6.5 se presentan los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado (España 2010) a la transmisión del VIH, en la que se puede apreciar la importancia de la vía sexual, en las mujeres predomina la vía heterosexual y en los hombres la homosexual.

Figura 6.5. Casos de sida diagnosticados en España en 2010, distribuido por categorías de transmisión. Nuevos diagnósticos de VIH, según categoría de transmisión y sexo. España (actualización 30 junio 2011)



HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.
UDI: Usuario Drogas Inyectadas.
FUENTE: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad.

2.1. Estudio de prevalencia de VIH. EPI-VIH[14]

Objetivos

- Describir las características de las personas que se realizaron la prueba VIH y de las que se diagnosticaron de infección por el VIH, en alguno de los centros de diagnostico de VIH, que componen la red de este estudio, durante el periodo 2000- 2010.
- Describir la prevalencia de VIH en las personas que se realizaron la prueba en la red de centros de diagnostico de VIH en función de las exposiciones de riesgo, el sexo, la edad y la región de origen.

Metodología

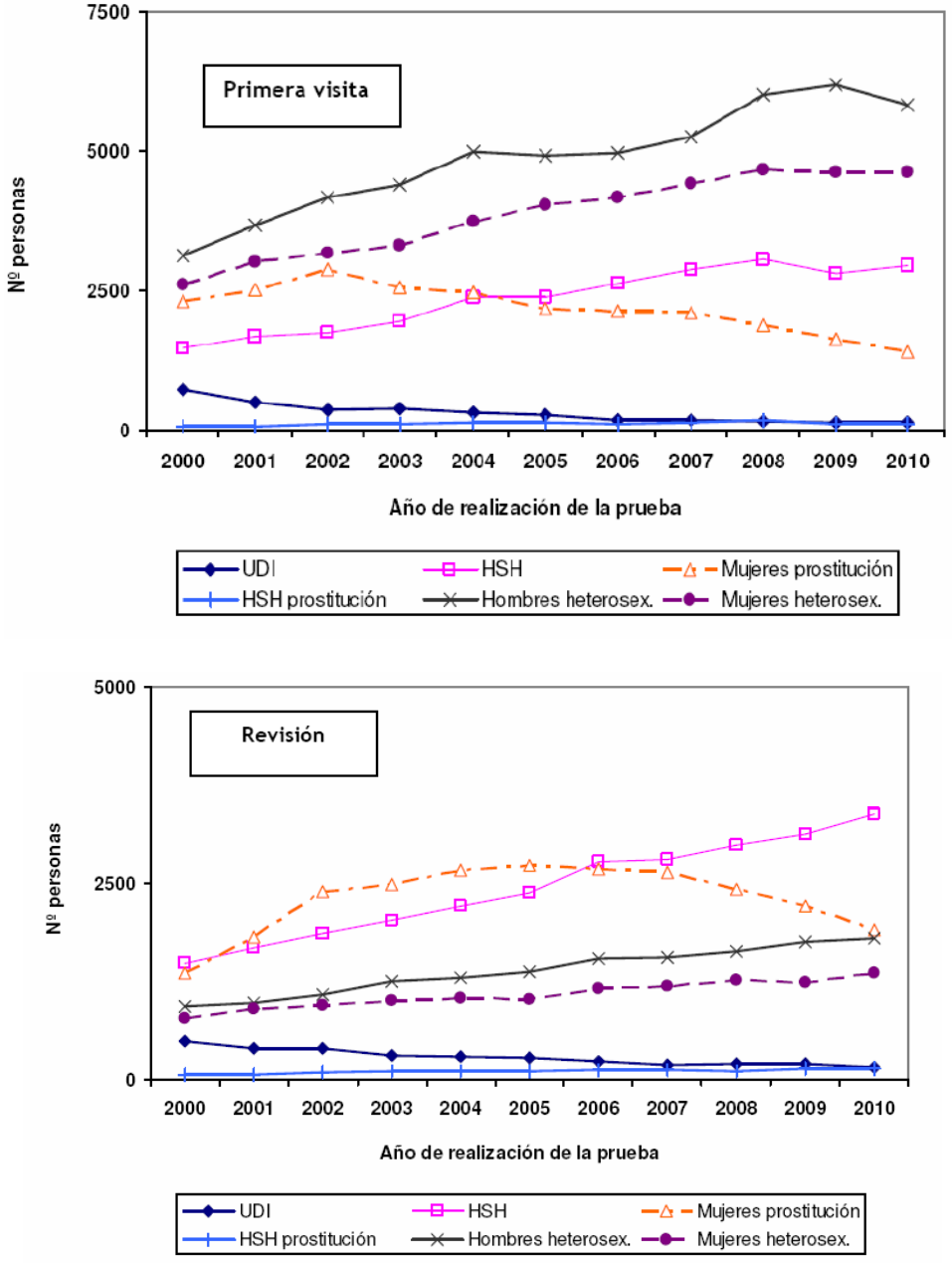
- Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.
- Periodo: 2000-2010.
- Ámbito: 20 centros de diagnostico de VIH.
- Criterios de inclusión: Personas que se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante el periodo de estudio en algunos de los centros participantes. Solo se consideraron los resultados confirmados.
- Estimación de la prevalencia: Se ha calculado la prevalencia de infección por VIH como el número de personas diagnosticadas dividido por el total de analizadas.

[14] Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnostico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_VIH2000_2010.pdf

Resultados principales

Características de las personas que se realizaron la prueba del VIH: Durante los años 2000-2010 se realizaron un total de 243.695 determinaciones para el VIH en los centros participantes. El 64% se realizaron a personas que acudían en su primera visita al centro y las restantes a individuos que ya se habían realizado la prueba de VIH en el mismo centro en ocasiones anteriores. Según el mecanismo de transmisión del VIH, el mayor porcentaje de solicitudes de la prueba en primera visita se produjo entre hombres heterosexuales. Que además mostraron una clara tendencia ascendente, pasando del 28,6% (2000) al 37,7% (2010). En relación a los usuarios de drogas por vía intravenosa, destaca que la solicitud de la prueba, tanto en primera visita como en revisiones, desciende a lo largo de todo el periodo (Figura 6.6)

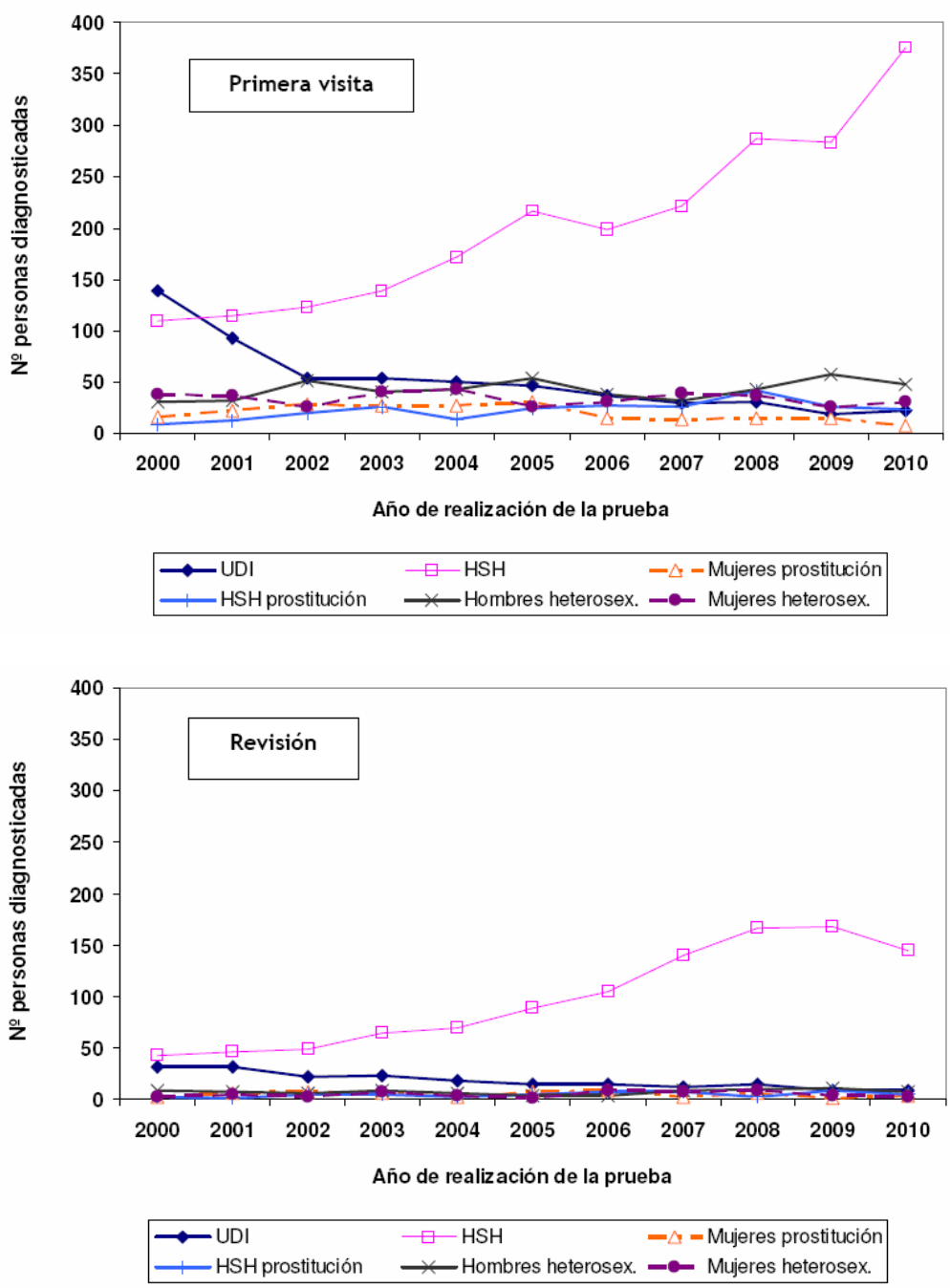
Figura 6.6. Número de personas que se realizaron la prueba del VIH, según año de realización de la prueba, tipo de visita y mecanismo de transmisión. 2000-2010.



HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.
UDI: Usuario Drogas Inyectadas
Fuente: Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnostico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.

Descripción de las personas diagnosticadas de infección por el VIH: En total se diagnosticaron 5.732 infecciones por el VIH a lo largo del periodo. En primeras visitas el mayor diagnostico de produjo entre los hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de drogas intravenosas, pero, en el periodo 2000-2010, entre los primeros el numero de diagnósticos aumentó de 109 (31,6%) a 376 (73,6%) y entre los segundos disminuyó de 139 (40,3%) a 22 (4,3%). LA tendencia es similar en las revisiones (Figura 6.7).

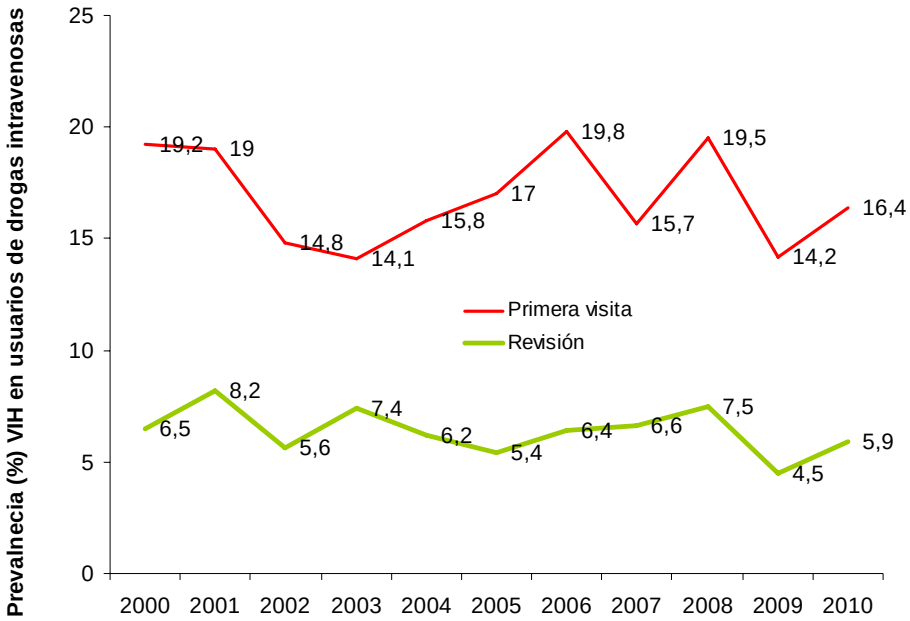
Figura 6.7. Personas diagnosticadas de infección por VIH, según año de realización de l aprueba, tipo de vistita y mecanismo de transmisión



HSH: Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres. UDI: Usuario Drogas Inyectadas
Fuente: Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnostico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.

Descripción de la prevalencia de infección por VIH: A lo largo del periodo la prevalencia global de infección por VIH en primeras visitas fue del 2,7%, superior al 1,8% hallada en las revisiones. Centrándonos en los usuarios de drogas por vía intravenosa, en primeras visitas, este grupo presenta las prevalencias más latas, la evolución temporal muestra un descenso entre 2000 y 2003 (desde el 19,2% hasta el 14,1%), seguido de una estabilización entre 2004 y 2010. En las revisiones, las prevalencias para los usuarios de drogas intravenosas oscilaron entre el 6,5% del 2000 y el 5,9% del 2010 sin presentar una tendencia clara (Figura 6.8).

Figura 6.8. Prevalencia (%) de VIH en UDI/exUDI según año de realización de la prueba y primera o sucesivas visitas. 2000-2010



Fuente: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de Drogas y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos del Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnostico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.

3. Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/SIDA[15]

La última edición se realizó en Junio de 2011, a continuación se resume la metodología y los resultados de este año, así como la evolución de 2000 a 2011.

Objetivos

- Describir las características clínicas y socio-demográficas de las personas con VIH/sida atendidas en los servicios hospitalarios y su evolución temporal.
- Estimar la prevalencia de de conductas de riesgo para el VIH en la población de estudio.
- Estimar al prevalencia de los pacientes que siguen tratamiento antirretroviral y definir las características de estos.

[15] Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2011. Análisis de la evolución 2000-2011. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, Abril 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2011.pdf

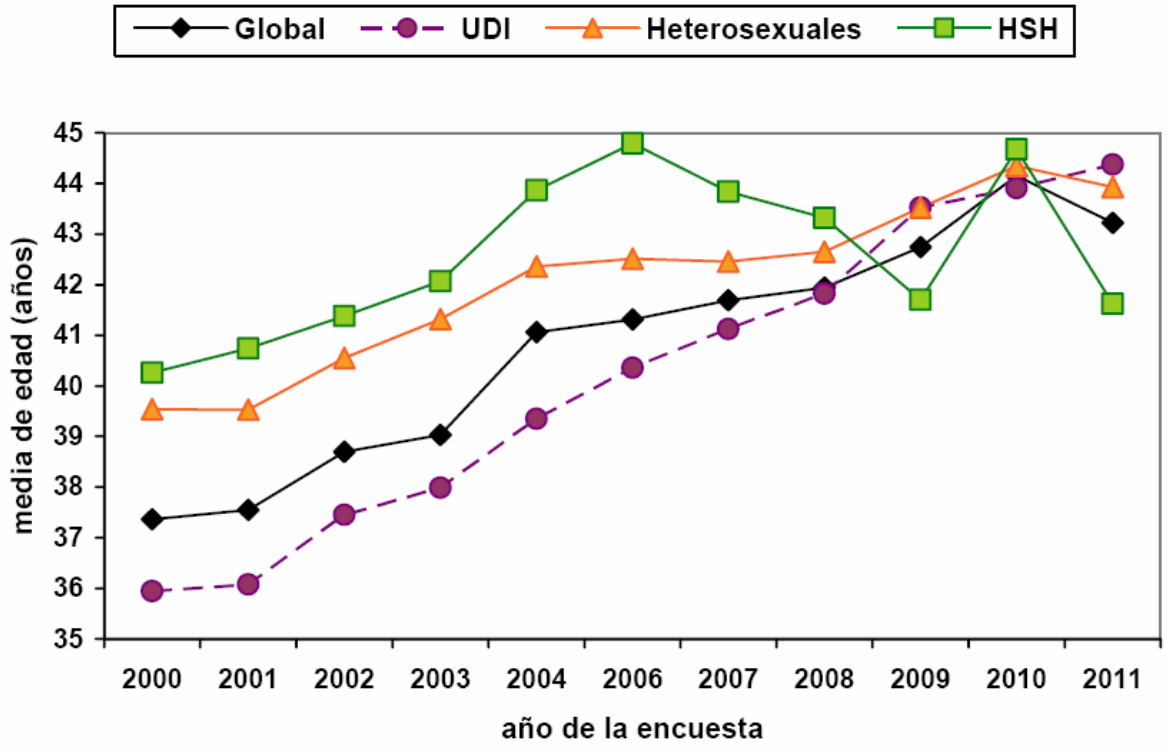
Metodología

- Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en un día prefijado.
- Población de estudio: Pacientes diagnosticados de VIH en contacto con el Sistema Nacional de Salud.
- Ámbito: Red de hospitales del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas que participan de forma voluntaria en el estudio. Periodo: 2000-2011.
- Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de VIH que se encuentren el día de la encuesta en régimen de hospitalización, consulta externa u hospital de día.
- Recogida de datos: Cuestionario cumplimentado por el médico responsable del paciente.

Resultados principales

Globalmente, la situación clínica ha mejorado de forma importante al extenderse los tratamientos con antirretrovirales, observándose en los últimos 11 años una tendencia continuada hacia la mejoría. Se observa un aumento de los pacientes de otros países, la mayoría contrajo el VIH por prácticas heterosexuales. Los pacientes atendidos en los hospitales son fundamentalmente hombres, cada vez de mayor edad, algo que se observa en todas las categorías de transmisión excepto en los hombres que tienen sexo con hombres (Figura 6.9)

Figura 6.9. Evolución de la media de edad de los pacientes por categoría de transmisón y año de la encuesta, 2000-2011

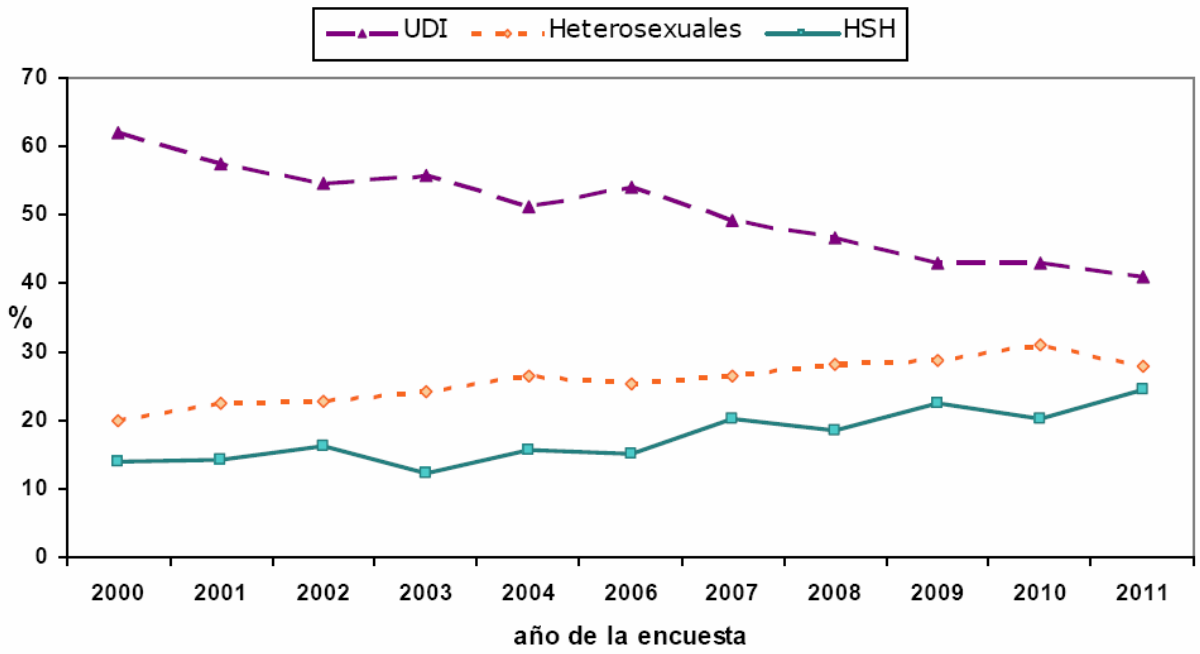


UDI: Usuarios Drogas Inyectadas.
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.
Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2011. Análisis de la evolución 2000-2011. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología

Centrándonos en el mecanismo de transmisión. En el periodo 2000-2011, el consumo de drogas por vía parenteral (4683, 51%) y la transmisión heterosexual (2318, 26%) registraron las mayores proporciones. Sin embargo, se produjeron variaciones significativas en el tiempo, destacando el progresivo descenso de pacientes que contrajeron la infección por ser Usuarios de Drogas Inyectadas, de 62% en 2000 a 41% en 2011 a 28% en 2011. La proporción de casos atribuidos a relaciones sexuales entre hombres también se incrementó desde el 14% en 2000 al 25% en 2011. En 2011 los infectados por vía sexual son mayoría.

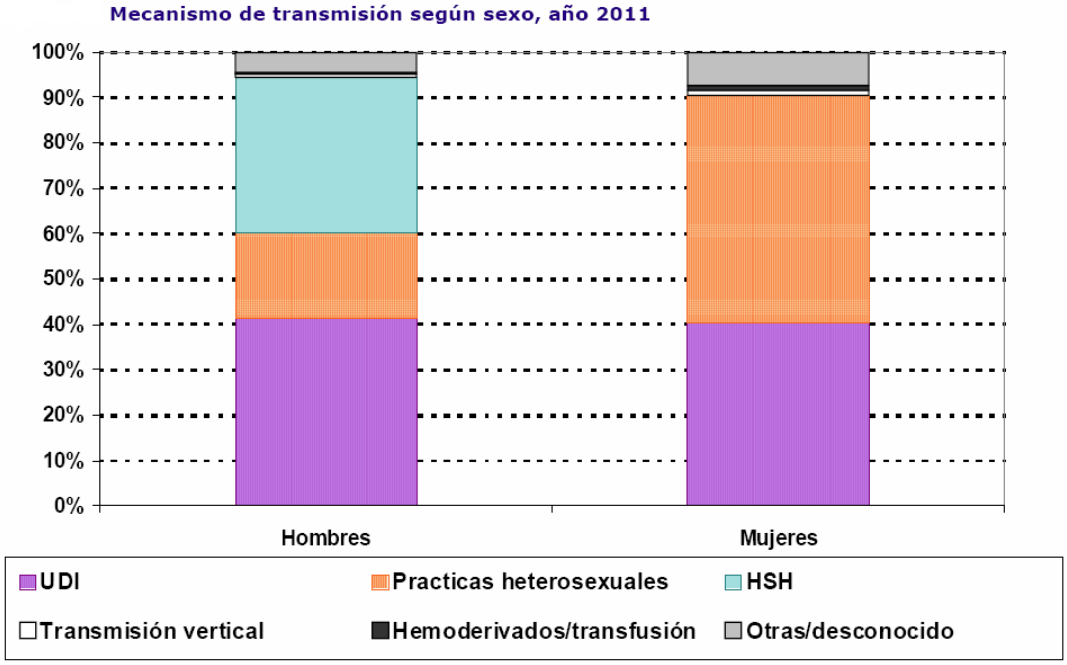
A continuación, se presentan 2 Figuras en las que se muestra la evolución de casos de 2000 a 2011 en relación al mecanismo de transmisión (%) (Figura 6.10) y la distribución de casos por mecanismo de transmisión y sexo en 2011 (Figura 6.11).

Figura 6.10. Distribución de casos por mecanismo de transmisión (%). España 2000-2011.



UDI: Usuarios Drogas Inyectadas.
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.
Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2011. Análisis de la evolución 2000-2011. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología

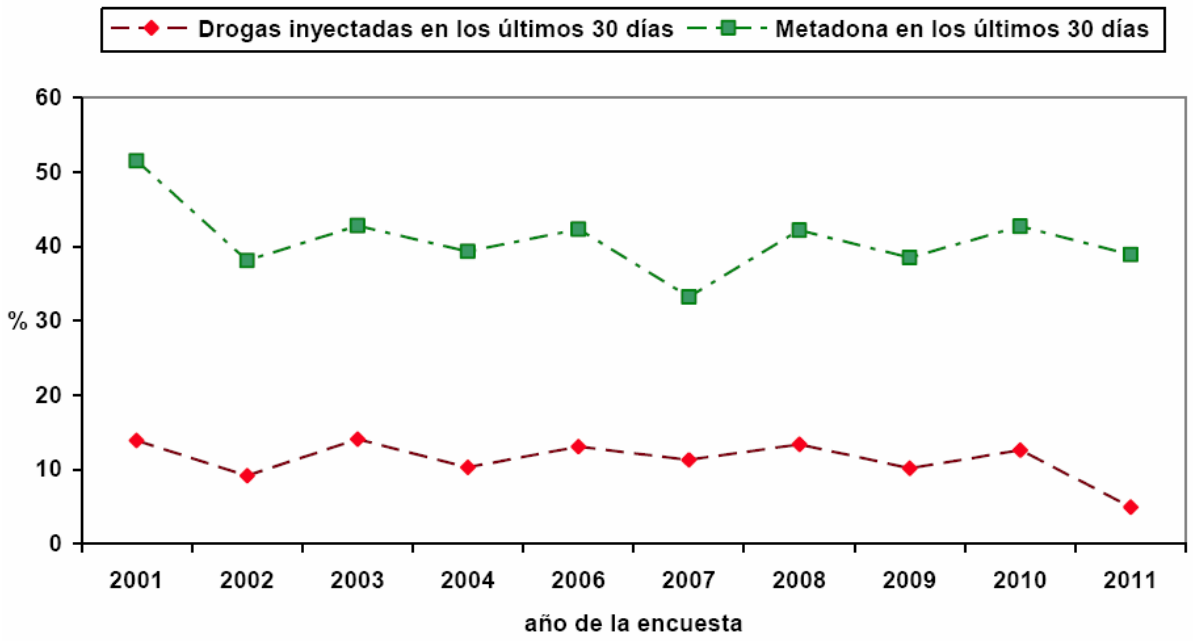
Figura 6.11. Distribución de casos por mecanismo de transmisión y sexo. España 2011.



UDI: Usuarios Drogas Inyectadas.
HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.
Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2011. Análisis de la evolución 2000-2011. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología

En 2011 se entrevistó a 332 pacientes infectados por compartir material de inyección, de estos el 5% refirió haber consumido drogas por vía parenteral en el último mes, siendo esta la proporción más baja de todo el periodo, y del total el 37% recibió tratamiento con metadona. En este grupo de pacientes entre 2001 y 2011 se observó una disminución significativa de la proporción que refirió mantener su hábito de consumo en el último mes, y se mantuvo estable la de aquellos que siguen tratamiento con metadona (Figura 6.12).

Figura 6.12. Pacientes (%) UDI/exUDI que se inyectaron drogas ilegales o recibieron tratamiento con metadona en los último 30 días anteriores a la entrevista, 2001-2011



Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2011. Análisis de la evolución 2000-2011. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología

4. Indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas[16]

Objetivos

Este indicador tiene como objetivo conocer el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas. La información que se recoge a través de este indicador resulta útil para obtener información sobre las infecciones en consumidores.

Metodología

Cobertura:
La cobertura de este indicador es nacional. En el año 2010 se notificaron 53508 admisiones a tratamiento de las 19 Comunidades Autónomas (CCAA) españolas. Este indicador comenzó a funcionar sistemáticamente desde 1987.

Mecanismo de recogida de información del indicador tratamiento:
Los centros de tratamiento recogen la información en una ficha que envían a las CCAA y éstas remiten la información agrupada al nivel estatal. Para la notificación de casos se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias (ya sean centros independientes, ya estén integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros), programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que

[16] Informes periódicos del Observatorio Español Sobre Drogas. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm

incluyen una fase ambulatoria, o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería.

Variables:
La ficha de recogida consta de 23 variables, algunas de ellas con varios apartados. Entre la información recogida se incluye:

- Información de afiliación (Número de historia clínica, fecha de admisión a tratamiento, número de identificación del centro).
- Información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, situación laboral, nivel de estudios, convivencia en los últimos 30 días, lugar donde ha vivido).
- Información sobre salud y consumo de drogas (fuente de referencia de tratamiento, droga principal por la que es admitido a tratamiento, frecuencia de consumo de la droga principal, año de inicio del consumo de la droga principal, tratamiento previo por la misma droga, vía más frecuente de administración, otras drogas, etc. Además se recoge información sobre el estado serológico frente a VIH y está previsto comenzar a recoger información sobre hepatitis B y C.

Criterios de inclusión y exclusión del indicador tratamiento:
Se incluyen los casos que cumplan alguno de los requisitos siguientes:

(a) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez.
(b) La readmisión a tratamiento en el mismo centro.
(c) La continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que posteriormente acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento.
(d) La admisión a un tratamiento afectado por una situación judicial o administrativa.

No se notifican como admisiones a tratamiento los casos que cumplan alguna de estas características:

(a) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento ni las demandas que pasan a la lista de espera.
(b) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales.
(c) Los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas.
(d) Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros.
(e) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

Resultados principales

A continuación se presentan algunos resultados elaborados por el Observatorio Español sobre Drogas a partir de la información procedente de este indicador.

La Tabla 6.1 muestra información sobre los admitidos a tratamiento en 2010, clasificados en función de la droga principal por la que fueron admitidos y en la que se detalla si se inyectaron o no, así como la vía más frecuente de consumo y el estado serológico frente al VIH. Se observa las grandes diferencias que se dan en inyección y en VIH en función de la sustancia por la que son admitidos a tratamiento. Entre lo opioides se dan las mayores prevalencias de inyección y de VIH positivo.

Tabla 6.1. Admitidos a tratamiento: Estado serológico y vía de consumo según droga principal. España 2010.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiazepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	18 374	17 325	645	404	22 131	21 505	626	654	517	98	944	875	69	72	11 210
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21.7	21.4	28.9	25.6	20.9	20.8	22.7	20.2	20.1	19.2	27.3	26.9	19.3	16.3	15.8
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)															
Oral	5.3	1.2	91.0	42.3	1.5	1.5	.3	36.7	26.3	85.3	97.6	97.5	41.8	1.5	2.4
Pulmonar	72.2	75.6	5.5	34.1	14.6	12.6	83.9	6.0	5.5	4.2	1.1	1.2	4.5	47.1	96.5
Intranasal	5.4	5.5	1.3	6.9	81.0	83.0	13.7	56.1	67.6	8.4	0.5	0.5	47.8	42.6	.6
Parenteral	15.8	16.4	1.8	14.0	2.3	2.3	0.7	0.8	0.6	0.0	0.2	0.2	6.0	0.0	0.0
Otras	1.3	1.3	0.5	2.7	0.6	0.6	1.5	.5	.0	2.1	0.5	0.6	0.0	8.8	0.4
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	42.0	42.2	41.1	34.7	6.6	6.5	11.0	4.4	4.1	4.1	9.0	9.1	4.3	2.8	3.5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	14.7	15.0	8.1	12.9	3.0	3.0	3.0	2.6	2.1	2.0	3.9	4.1	0.0	0.0	0.9
Estado serológico frente al VIH (%)															
Positivo	14.4	14.3	17.4	11.9	1.8	1.8	2.9	1.5	1.4	2.0	3.9	4.1	0.0	0.0	0.9
Negativo (análisis últimos 6 meses)	24.3	24.5	19.1	24.0	25.1	25.3	16.3	19.7	19.0	24.5	17.3	17.5	21.7	11.1	13.7
Negativo (sin fecha de análisis)	24.7	25.0	22.9	14.6	19.5	19.3	26.5	19.4	20.3	15.3	19.1	19.4	21.7	12.5	12.9
Sin análisis o resultado desconocido	36.7	36.2	40.6	49.5	53.6	53.6	54.3	59.3	59.4	58.2	59.7	59.0	56.5	76.4	72.6

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Demanda de Tratamiento.

En la Tabla 6.2 se muestran algunos datos sobre el conocimiento del estado serológico y prevalencia de VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2010, teniendo en cuenta la edad y el sexo y si se habían inyectado alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión.

En resumen, en 2010 fueron admitidos a tratamiento 9697 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida y 3549 que lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. Entre los primeros, el 74,7% conocía su estado serológico y, entre los segundos, el 70,1%.

Centrándonos en los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, se observa un porcentaje ligeramente superior entre las mujeres que conocen su estado serológico (71,4% frente a los hombres (70,2%). La diferencia es mayor en relación a la edad, observándose mayor conocimiento según aumenta la edad. Así, un 40,6% de los menores de 25 años conoce su estado serológico frente a un 76,8% de los mayores de 34 años. También conviene señalar la diferencia entre si han o no recibido tratamiento previo, de los inyectores que han recibido tratamiento previo conocen su estado serológico el 77,6%, frente a un 52,6% de los inyectores acudían por primera vez a tratamiento, justificándose este hecho porque es práctica habitual realizar serología de VIH en todas las admisiones a tratamiento, si bien sería conveniente seguir trabajando para aumentar este porcentaje.

Tabla 6.2. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en (%)1. España, 2010

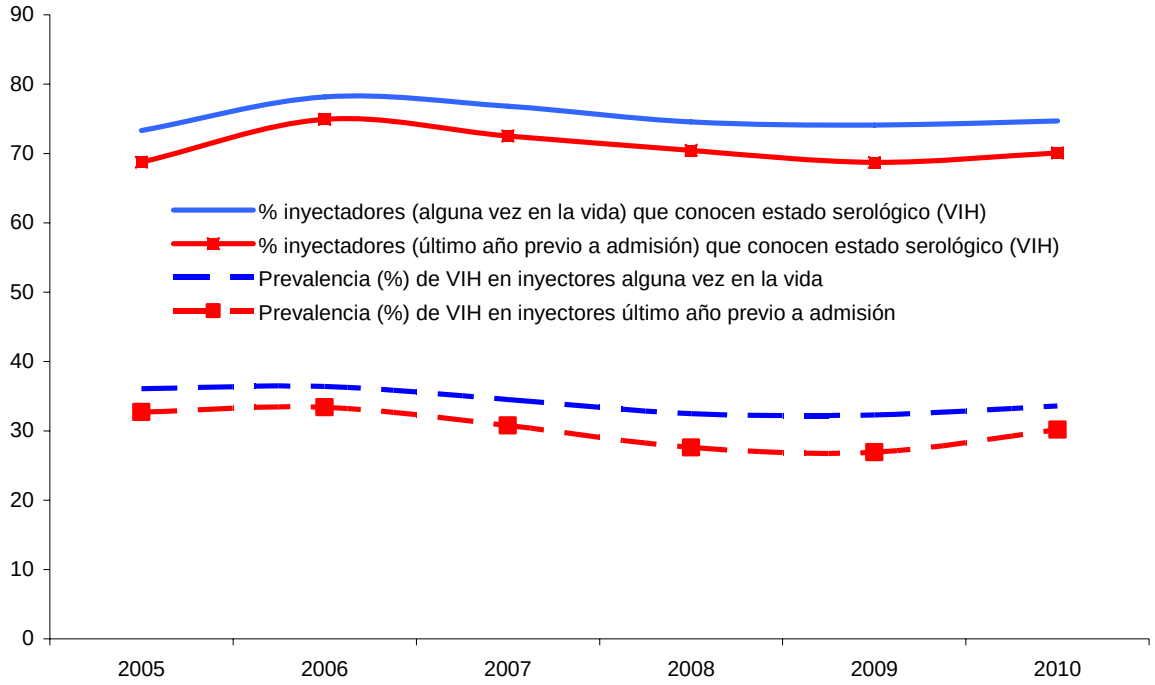
	Inyección en 12 meses previos a la admisión			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo	
		Sí	No		Sí	No
Total inyectadores (nº)	**3 549**	**2 490**	**979**	**9 697**	**7 316**	**2 196**
Nº de inyectadores que conocen su estado serológico frente a VIH	2 487	1 932	515	7 243	5 788	1 335
Prevalencia de infección por VIH (%)	30.2	32.9	18.4	33.6	34.9	26.7
Hombres inyectadores (nº)	**3 027**	**2 156**	**805**	**8 246**	**6 220**	**1 866**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2124	1663	428	6125	4890	1130
Prevalencia de infección por VIH (%)	29.8	32.4	18.7	32.8	33.9	27
Mujeres inyectadoras (nº)	**500**	**319**	**170**	**1404**	**1061**	**322**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	357	264	87	1094	879	201
Prevalencia de infección por VIH (%)	31.7	36	17.2	38.4	40.7	25.4
Inyectadores < 25 años (nº)	**303**	**116**	**175**	**401**	**169**	**218**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	123	70	52	168	104	62
Prevalencia de infección por VIH (%)	8.1	7.1	7.7	7.7	5.8	9.7
Inyectadores 25-34 años (nº)	**1 055**	**628**	**403**	**2 047**	**1 368**	**639**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	681	458	210	1392	1024	343
Prevalencia de infección por VIH (%)	14.8	17.9	7.6	16.2	18.2	9.6
Inyectadores > 34 años (nº)	**2 189**	**1 744**	**401**	**7 241**	**5 771**	**1 339**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1682	1403	253	5677	4654	930
Prevalencia de infección por VIH (%)	38	39.1	29.6	38.7	39.3	34.2
Inyectadores < 2 años de uso de la droga principal	**87**	**24**	**61**	**119**	**42**	**75**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	45	14	31	68	24	44
Prevalencia de infección por VIH (%)	11.1	21.4	6.5	19.1	29.2	13.6
Inyectadores 2 o más años de uso de la droga principal	**2 618**	**1 992**	**572**	**6 718**	**5 431**	**1 172**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2038	1620	389	5407	4479	853
Prevalencia de infección por VIH (%)	30	32.2	19.3	32.7	34.2	23.2
Inyectadores consumidores de opiáceos[2]	**2 916**	**2 229**	**630**	**8 230**	**6 604**	**1 474**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2193	1760	397	6388	5275	1003
Prevalencia de infección por VIH (%)	31.5	33.6	21.2	35.1	36	29.2
Inyectadores no consumidores de opiáceos	**633**	**261**	**349**	**1 467**	**712**	**722**
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	294	172	118	855	513	332
Prevalencia de infección por VIH (%)	20.1	26.2	9.3	22.5	24.2	19.3

1. Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.
2. Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opioides como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opioides en los 30 días previos a la admisión.
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Demanda de Tratamiento.

En relación con la prevalencia de VIH, el 30,2% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses era VIH positivo, observándose una proporción algo mayor en mujeres (31,7%) que en hombres (29,8%). También se observaron claras diferencias según la edad (8,1% en menores de 25 y 38% en mayores de 34 años).

En la Figura 6.13 y la Tabla 6.3 se presentan los datos de inyectores que conocen su estado serológico y de prevalencia de VIH en aquellos que se han inyectado alguna vez en la vida y de los que lo han hecho en el último año previo a la admisión a tratamiento, se observa que desde 2005 la tendencia se mantiene estable, con un ligero ascenso de prevalencia y en el porcentaje de personas que conocen su estado serológico en el último año.

Figura 6.13. Prevalencia de VIH y porcentaje de personas que conocen su estado serológico entre los inyectadotes ultimo año y alguna vez en la vida. España, 2005-2010.



FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Demanda de Tratamiento.

Tabla 6.3. Prevalencia de VIH, número de inyectores y número de inyectores que conocen su estado serológico (inyectadotes último año y alguna vez en la vida). España, 2005-2010

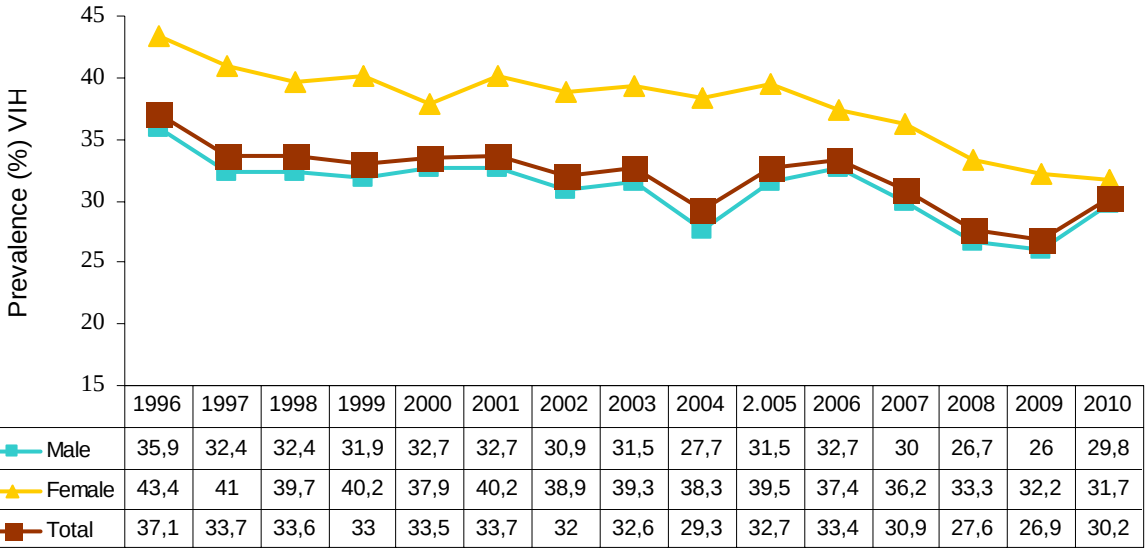
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inyectores último año previo a admisión						
Número total de inyectores	4 358	4 892	4 575	4 546	3 763	3 549
Nº de inyectores que conocen su estado serológico (VIH)	2 996	3 665	3 319	3 203	2 585	2 487
Prevalencia de infección por VIH (%).	32 .7	33 .4	30 .8	27 .6	26 .9	30 .2
Inyectores alguna vez en la vida						
Número total de inyectores	9 533	11 601	11 249	10 895	9 637	9 697
Número de inyectores que conocen su estado serológico (VIH)	6 991	9 068	8 643	8 126	7 143	7 243
Prevalencia de infección por VIH (%)	36 .1	36 .4	34 .5	32 .5	32 .3	33 .6

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Demanda de Tratamiento.

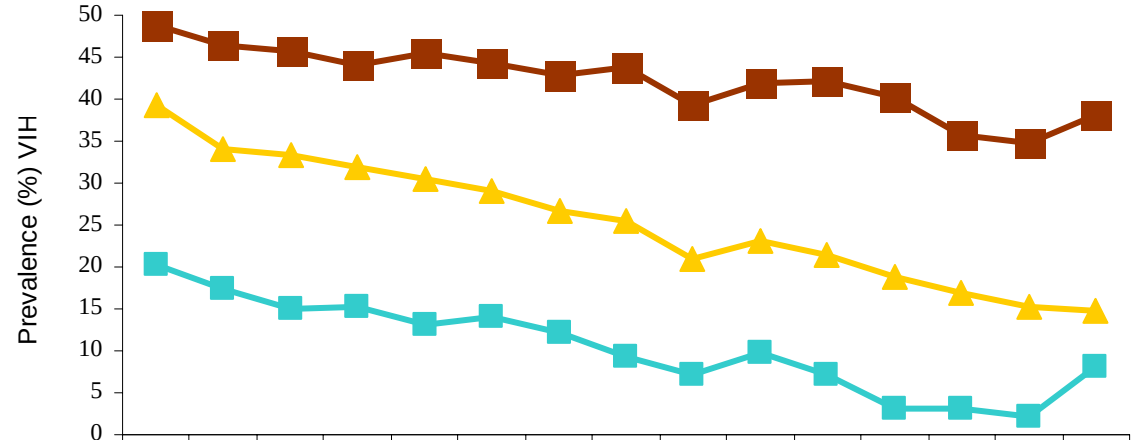
En la Figura 6.14 se representan, en función de la edad y el sexo, los datos de prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y que conocían su estado serológico.

En general, puede observarse una leve tendencia descendente, si bien se aprecia un leve aumento en 2010 en hombres, en menores de 25 años y en mayores de 34, si bien puede estar en relación con el aumento de personas que conocen su estado serológico, al tamaño de la muestra, ya que el número de inyectores menores de 25 años es pequeño, lo que puede provocar que con pocos casos de VIH positivo, el porcentaje sea elevado. Será necesario seguir la evolución.

Figura 6.14. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2010



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2.005	2006	2007	2008	2009	2010
Male	35,9	32,4	32,4	31,9	32,7	32,7	30,9	31,5	27,7	31,5	32,7	30	26,7	26	29,8
Female	43,4	41	39,7	40,2	37,9	40,2	38,9	39,3	38,3	39,5	37,4	36,2	33,3	32,2	31,7
Total	37,1	33,7	33,6	33	33,5	33,7	32	32,6	29,3	32,7	33,4	30,9	27,6	26,9	30,2



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2.005	2006	2007	2008	2009	2010
<25	20,3	17,5	15,1	15,2	13,1	14	12,1	9,2	7,1	9,7	7,2	3,2	3,2	2,2	8,1
25-34	39,3	34	33,4	32	30,5	29,1	26,7	25,5	20,9	23,1	21,4	18,7	16,9	15,2	14,8
>34	48,9	46,4	45,8	44	45,5	44,4	42,8	43,8	39,4	41,9	42,2	40,3	35,6	34,7	38

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Demanda de Tratamiento.

HEPATITIS VIRALES

En el Observatorio Español sobre Drogas se está trabajando para sistematizar la recogida de datos de hepatitis B y C en usuarios de drogas, pero en el momento actual no se dispone de esa información. Para conocer la prevalencia de hepatitis B y C en usuarios de drogas es preciso recurrir a estudios específicos.

En agosto de 2011 se publico en el Lancet[17] una revisión sistemática sobre la epidemia de Hepatitis B y C en usuarios de drogas, donde se recopilan los últimos datos disponibles en diferentes países, entre ellos España. A continuación se resumen los principales resultados presentados en el citado artículo.

La prevalencia (en porcentaje) de anticuerpos frente a la hepatitis C (anti-HCV) en usuarios de drogas inyectadas (datos de 1999 a 2001 y de 2003) se sitúa de media en un 79,6%, con un máximo de 85,9% y un mínimo de 73,3%. La prevalencia (en porcentaje) de anticuerpos core frente a hepatitis B (anti-HBc) en usuarios de drogas inyectadas (dato de 2003) se sitúa de media en 22,5% y la prevalencia (en porcentaje) de antígeno de superficie frente a hepatitis B (HBsAg) en usuarios de drogas inyectadas (datos de 2006) se sitúa de media en un 3,6%, con un mínimo de 1,8% y un máximo de 5,3%.

Conviene señalar que en España se vacuna de manera sistemática de hepatitis B y que según los últimos datos disponibles procedentes del Ministerio de Sanidad[18] la cobertura de vacunación (3 dosis), en adolescentes de 11 a 14 años, en España en 2011 es del 79,4%.

[17] Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. The Lancet, Volume 378, Issue 9791, Pages 571 - 583, 13 August 2011
[18] http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#octavo

6.3. OTRAS CORRELACIONES Y CONSECUENCIAS SANITARIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS

INDICADOR DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Monitorizar las consecuencias sanitarias no mortales del consumo de sustancias psicoactivas puede resultar complejo, pero aporta información interesante para conocer las características y evolución del uso de drogas y resulta útil para tomar la medidas oportunas. En España uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. A continuación se describe brevemente la metodología y los principales resultados.

Metodología

Descripción

Este indicador se encuentra en funcionamiento desde 1987 y su objetivo es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas en España.

Mecanismo de recogida de información

El personal responsable en cada CCAA recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva.

Se selecciona un área geográfica y se monitorizan todos los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Cada CCAA puede decidir si recoge la información de forma continua o lo hace sólo durante una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español sobre Drogas. En 2010, las urgencias procedían de 15 Comunidades Autónomas (de un total de 19). En la mayor parte de las áreas monitorizadas la recogida se limitó a una semana de cada mes, pero en otras, como la ciudad de Barcelona y la isla de Ibiza, se realizó una recogida continua.

Ficha de recogida de datos

La ficha de recogida consta de 20 variables, algunas de ellas con varios apartados. Entre la información recogida se incluye: Información de afiliación (número de historia clínica, número de identificación del hospital, fecha de admisión en urgencias), información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, condición legal del paciente), información sobre la urgencia y consumo de drogas (diagnóstico CIE-10, resolución de la urgencia, nombre de las drogas que se mencionan y vía de consumo, y evidencia –si la hubiere- de relación entre consumo y urgencia).

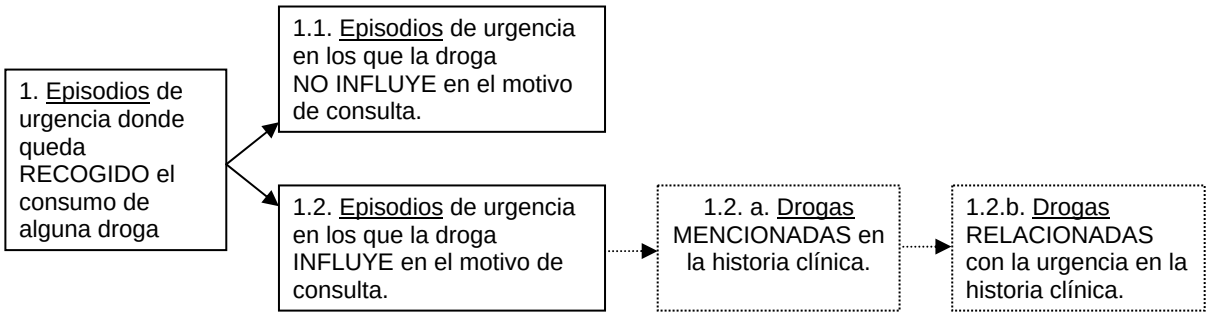
Criterios de inclusión y exclusión

Se recogen todos los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 64 años en que se menciona en la historia clínica consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas, independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona. Se incluyen drogas ilegales, opioides diferentes a heroína o inhalables volátiles y se excluyen aquellos episodios en los que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas.

Clasificación de los episodios y drogas (Figura 6.15)

Los episodios de urgencia donde queda recogido el consumo de alguna droga se clasifican en dos grupos: episodios en los que las drogas no están relacionadas con la urgencias y episodios en los que si están relacionadas. El análisis se centra fundamentalmente en estos últimos y se analizan por un lado todas las sustancias mencionadas en la historia, y por otro, únicamente aquellas que tienen relación directa con la urgencia (seleccionadas de entre todas las mencionadas). Se considera que una droga está directamente relacionada con la urgencia cuando se encuentran en la historia clínica expresiones del médico que permiten relacionar la urgencia con el consumo no médico o no terapéutico de la misma.

Figura 6.15. Clasificación de los episodios de urgencia y de las drogas, en función de su relación con el consumo no medico o no terapéutico de drogas.



1. Episodios en los que en la historia clínica queda recogido que el paciente ha realizado, en algún momento de su vida, consumo no medico o no terapéutico de una o más drogas, pudiendo ser estas el motivo de acudir a urgencias o no.
   1.1. Episodios de urgencia en los que la droga NO INFLUYE en el motivo de consulta.
   1.2. Episodios de urgencia en los que alguna droga INFLUYE en el motivo de consulta.
      1.2.a. Incluye aquellas drogas que se MENCIONAN en la historia, pudiendo estar relacionadas o no con la urgencia. Puede tratarse de un consumo habitual o esporádico.
      1.2.b. Entre las drogas mencionadas se seleccionan, y se clasifican como RELACIONADAS, exclusivamente aquellas sustancias que están directamente relacionadas con la urgencia.

Resultados

En 2010 se obtuvieron 11.265 episodios de urgencias en los que quedaba recogido el consumo no terapéutico o no médico de alguna sustancia. De estos 11.265 episodios de urgencias, en un 49,9% (5.626) la droga había influido en la consulta a la urgencia y en el 50,1% restante (5.639) no se encontraron en la historia clínica evidencias (expresiones del médico) que permitían relacionar la urgencia con el consumo no terapéutico de alguna de estas drogas.

El análisis que se realiza a continuación se refiere exclusivamente a aquellos episodios de urgencia en los que el consumo de drogas influye en el motivo de consulta (5.626). En primer lugar se presentan las características de los episodios en 2010 y a continuación aquellas relativas a la evolución de 1996 a 2010.

Características generales (2010) de los episodios de urgencias, en los que la droga influye en el motivo de consulta, en consumidores de drogas.

Las características generales de los episodios de urgencias del 2010 indican que: los hombres acudieron a urgencias por consumo no médico de sustancias psicoactivas en mayor proporción que las mujeres. La mayor parte de las urgencias directamente relacionadas con las drogas se resolvieron con alta médica (79,6%), siendo la proporción de muertes inexistente. El porcentaje de detenidos entre las urgencias relacionadas con consumo de drogas se mantiene estable entorno al 5%, en los últimos 5 años. Las sustancias más frecuentemente mencionadas por los pacientes atendidos, al igual que las más frecuentemente relacionadas con los episodios de urgencias son, por este orden: cocaína, alcohol y cánnabis, observándose un evidente ascenso de la presencia de este último. La heroína parece haberse estabilizado en los últimos años, relacionándose con menos del 20% de las urgencias, aunque es preciso vigilar la evolución.

En la Tabla 6.4 se presentan las características de los episodios de urgencias hospitalarias desagregadas por sexo, en 2010, último año disponible.

Tabla 6.4. Características de los episodios de urgencias hospitalarias*, en consumidores de drogas, desagregadas por sexo. España**, 2010.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NÚMERO DE EPISODIOS	4 115	1 480	5 626
EDAD MEDIA (años)	33.0	31.6	32.6
MUJERES (%)	-	-	26.5
DETENIDOS (%)	1.5	2.7	1.8
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)			
Alta médica	79.3	80.5	79.6
Alta voluntaria	7.0	6.9	7.0
Ingreso hospitalario	10.6	9.2	10.2
Muerte en urgencias	0.0	0.0	0.0
Traslado a otro centro	3.1	3.4	3.2

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
** Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
FUENTE: FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias

En la Tabla 6.5 se presentan la distribución de sustancias mencionadas y relacionadas en los consumidores de drogas. Las sustancias mencionadas que ocupan los primeros lugares fueron cocaína (58,6%), alcohol (42,1%) y cánnabis (39,3%). En las relacionadas, destacan la cocaína (49,4%) seguida del cannabis (30,5%). En relación al sexo, se observa que los hombres mencionan en mayor proporción heroína, cocaína, cánnabis y alcohol mientras que las mujeres destacan con los hipnosedantes. No se observaron diferencias en la proporción de menciones de anfetaminas e inhalables volátiles entre hombres y mujeres.

Tabla 6.5. Distribución (%) de las sustancias mencionadas y relacionadas en los episodios de urgencias hospitalarias*, en consumidores de drogas, desagregadas por sexo. España^, 2010.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS MENCIONADAS (%)[a]			
	HOMBRES	**MUJERES**	**TOTAL**
Heroína	21.9	20.6	21.5
Otros Opiáceos	12.6	12.8	12.6
Cocaína	59.6	55.3	58.5
Anfetaminas	7.2	8.4	7.5
MDMA y Derv.	3.7	4.2	3.9
Hipnosedantes	22.4	23.1	22.6
Cannabis	40.8	35.2	39.3
Alucinógenos	2.8	2.2	2.6
S. Volátiles	0.6	0.2	0.5
Alcohol	43.5	38.0	42.1
Otras sustancias	2.9	4.9	3.4
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS (%)[b]			
	HOMBRES	**MUJERES**	**TOTAL**
Heroína	18.0	17.3	17.8
Otros Opiáceos	6.7	7.0	6.7
Cocaína	50.0	47.7	49.4
Anfetaminas	5.3	6.1	5.5
MDMA y Derv.	2.8	3.1	2.9
Hipnosedantes	16.5	17.6	16.8
Cannabis	31.5	27.5	30.5
Alucinógenos	1.8	1.6	1.8
S. Volátiles	0.5	0.2	0.4
Alcohol	37.4	33.0	36.3
Otras sustancias	5.0	1.9	4.2

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
^ Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
a) sustancias mencionadas: Incluye las drogas que se mencionan en la historia, pudiendo estar relacionadas o no con la urgencia (consumo habitual o esporádico).
b) sustancias relacionadas: Entre las drogas mencionadas se seleccionan las relacionadas con la urgencia (en la historia clínica aparecen expresiones del médico que permiten relacionar la urgencia con el consumo).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

En la Tabla 6.6 se presentan las características de los episodios de urgencias hospitalarias, en consumidores de drogas, según el tipo de sustancia mencionada o relacionada.

La edad media de las personas atendidas en 2010 fue de 32,6 años (algo más elevada en hombres que en mujeres), presentando las habituales diferencias en función de la sustancia que provoca la urgencia. Así, podemos observar que las edades medias más bajas se corresponden con las urgencias en las relacionadas con MDMA (27,1 años) y alucinógenos (27,9 años) y las más elevadas a las urgencias relacionadas con heroína (36,3 años) u otros opiáceos (37,5 años). Por lo que respecta a la condición legal del paciente, en 2010 un 4,2% de las urgencias directamente relacionadas con las drogas correspondieron a personas detenidas, observándose también, una gran variedad en función de la sustancia que provoca la urgencia.

Tabla 6.6. Características de los episodios de urgencias hospitalarias*, en consumidores de drogas, desagregadas por sustancias. España^, 2010.

	SUSTANCIAS MENCIONADAS[1]										
	Heroína	**Otros opiáceos**	**Cocaína**	**Anfetaminas**	**MDMA y deriv.**	**Hipnóticos y sedantes**	**Cannabis**	**Alucinógenos**	**S. Volátiles**	**Alcohol**	**Otras**
Nº DE EPISODIOS RELACIONADOS CON CADA DROGA	1 210	708	3 295	421	217	1 269	2211	147	27	2 368	195
EDAD MEDIA (años)	36.6	37.9	33.3	29.1	27.7	34.4	30.0	27.6	30.3	33.1	34.9
MUJERES (%)	25.3	26.8	25.0	29.7	28.7	27.1	23.7	22.4	11.1	23.9	37.3
DETENIDOS (%)	6.8	8.2	3.8	2.6	2.3	6.2	3.6	1.4	0.0	3.0	5.7
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)											
Alta médica	75.5	75.9	79.4	79.9	79.6	72.6	80.4	75.5	91.7	78.6	61.8
Alta voluntaria	8.3	7.8	7.6	6.5	11.3	8.0	5.6	10.0	0.0	7.7	7.9
Ingreso hospitalario	12.4	13.8	9.8	10.8	7.0	14.5	10.8	10.9	8.3	10.7	21.5
Muerte en urgencias	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Traslado a otro centro	3.8	2.5	3.2	2.5	2.1	4.9	3.2	3.6	0.0	3.0	8.9
	SUSTANCIAS RELACIONADAS[2]										
	Heroína	**Otros opiáceos**	**Cocaína**	**Anfetaminas**	**MDMA y deriv.**	**Hipnóticos y sedantes**	**Cannabis**	**Alucinógenos**	**S. Volátiles**	**Alcohol**	**Otras**
Nº DE EPISODIOS RELACIONADOS CON CADA DROGA	967	367	2 691	297	158	911	1 657	95	23	1 973	98
EDAD MEDIA (años)	36.3	37.5	33.0	29.3	27.1	34.5	29.1	27.9	29.8	33.1	34.2
MUJERES (%)	25.8	27.4	25.5	29.6	28.7	27.8	23.9	24.2	13.0	24.1	40.2
DETENIDOS (%)	6.4	9.6	3.9	2.7	3.2	6.5	3.0	0.0	0.0	2.7	5.2
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)											
Alta médica	75.2	78.6	79.8	80.4	80.0	74.0	81.6	79.7	100.0	78.7	63.8
Alta voluntaria	7.7	6.6	7.2	5.7	10.5	7.9	4.9	7.2	0.0	7.4	6.4
Ingreso hospitalario	13.5	11.4	9.9	10.6	6.7	12.8	10.5	11.6	0.0	10.6	19.1
Muerte en urgencias	0.0	0.0	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Traslado a otro centro	3.7	3.3	3.2	2.9	2.9	5.2	3.0	1.4	0.0	3.3	10.6

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
^ Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
a) sustancias mencionadas: Incluye las drogas que se mencionan en la historia, pudiendo estar relacionadas o no con la urgencia (consumo habitual o esporádico).
b) sustancias relacionadas: Entre las drogas mencionadas se seleccionan las relacionadas con la urgencia (en la historia clínica aparecen expresiones del médico que permiten relacionar la urgencia con el consumo).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

En la Tabla 6.7 se presentan datos relacionados con la vía de administración, al interpretar los datos hay que tener en cuenta que existe una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser valorados con cautela. En 2010, en las urgencias con mención de heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (59,4%), seguida de la pulmonar (31,7%), y la intranasal o esnifada (8%), y en las urgencias con mención de cocaína, lo fue la vía intranasal o esnifada (62,1%), seguida de la inyectada (18,3%) y de la pulmonar o fumada (16,1%).

Se ha producido una mejora de la clasificación de la vía de administración de los episodios de urgencias en que se mencionaba "consumo inhalado". Hasta 2003 venían atribuyéndose a la vía pulmonar o fumada, pero la implantación del nuevo protocolo de recogida de datos en 2003 permitió identificar que la mayoría de estos episodios corresponden a la vía intranasal o esnifada. Esta mejora de la clasificación en el caso de la cocaína supone un cambio importante porque la vía de administración más frecuente en urgencias deja de ser la pulmonar y pasa a ser con mucha diferencia la intranasal, al igual que sucede para el indicador tratamiento. En el caso de la heroína, el peso de la vía inyectada es mucho mayor en urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga por vía intranasal o esnifada, lo que viene a poner de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos, como la sobredosis, entre los inyectores.

Los datos sobre la vía de administración para el resto de sustancias psicoactivas concuerdan con lo conocido a partir de otras fuentes: en el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opiáceos diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque existe uso de la vía parenteral en, aproximadamente, el 3% de los casos. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (96%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (3,6%).

La comparación de los datos referidos a la vía de administración con los de años anteriores debe, en principio, evitarse debido a las mejoras introducidas para la clasificación de esta variable y a algunas incidencias como fue la incorporación de todos los episodios de urgencia recogidos en la ciudad de Barcelona a partir de 2004, que pesan bastante en el conjunto y que, por las características de su población (preferentemente urbana), aporta al total un gran número de casos de consumo por vía inyectada.

Tabla 6.7. Vía de administración, de diferentes drogas, de los episodios de urgencias hospitalarias* en consumidores de drogas, desagregado por droga mencionada o relacionada. España^, 2010

	DROGAS MENCIONADAS (a)		DROGAS RELACIONADAS (b)	
	Nº	%	Nº	%
HEROÍNA				
Oral	4	0.6	7	1.2
Pulmonar o fumada	214	31.7	178	29.8
Intranasal o esnifada	54	8.0	45	7.5
Inyectada	401	59.4	366	61.2
Otra vía	2	0.3	2	0.3
OTROS OPIÁCEOS				
Oral	660	95.5	337	93.6
Pulmonar o fumada	8	1.2	7	1.9
Intranasal o esnifada	0	0.0	10	2.8
Inyectada	20	2.9	4	1.1
Otra vía	3	0.4	2	0.6
COCAÍNA				
Oral	47	3.3	53	4.3
Pulmonar o fumada	227	16.1	191	15.5
Intranasal o esnifada	875	62.1	785	63.8
Inyectada	257	18.3	201	16.3
Otra vía	2	0.1	1	0.1
ANFETAMINAS				
Oral	166	82.2	147	83.5
Pulmonar o fumada	8	4.0	6	3.4
Intranasal o esnifada	27	13.4	22	12.5
Inyectada	1	0.5	1	0.6
Otra vía	0	0.0	0	0.0
MDMA				
Oral	123	96.9	101	97.1
Pulmonar o fumada	1	0.8	1	1.0
Intranasal o esnifada	2	1.6	2	1.9
Inyectada	1	0.8	0	0.0
Otra vía	0	0.0	0	0.0
HIPNOSEDANTES				
Oral	1 489	99.7	999	99.6
Pulmonar o fumada	2	0.1	1	0.1
Intranasal o esnifada	1	0.1	2	0.2
Inyectada	1	0.1	1	0.1
Otra vía	0	0.0	0	0.0
CANNABIS				
Oral	51	3.6	59	4.9
Pulmonar o fumada	1 378	96.0	1 131	94.6
Intranasal o esnifada	6	0.4	4	0.3
Inyectada	0	0.0	0	0.0
Otra vía	1	0.1	1	0.1
ALUCINÓGENOS				
Oral	40	83.3	31	79.5
Pulmonar o fumada	4	8.3	4	10.3
Intranasal o esnifada	2	4.2	2	5.1
Inyectada	2	4.2	2	5.1
Otra vía	0	0.0	0	0.0

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
^ Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
a) sustancias mencionadas: Incluye las drogas que se mencionan en la historia, pudiendo estar relacionadas o no con la urgencia (consumo habitual o esporádico).
b) sustancias relacionadas: Entre las drogas mencionadas se seleccionan las relacionadas con la urgencia (en la historia clínica aparecen expresiones del médico que permiten relacionar la urgencia con el consumo).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

Evolución (1996-2010) de las características generales de los episodios de urgencias, en los que la droga influye en el motivo de consulta, en consumidores de drogas

Cuando observamos las tendencias evolutivas desde 1996 (tabla 5), se puede afirmar que la proporción de mujeres atendidas en urgencias (en relación con el consumo no médico de sustancias psicoactivas) ha presentando una tendencia regular situándose entre el 20% y el 30% del total de las urgencias. En general, durante el periodo temporal estudiado, se observa una tendencia al aumento en la edad media de las personas atendidas en urgencias pasando de una edad media de 27,8 años en 1996 al 32,6 en 2010.

La condición legal de los pacientes ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997, año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2006 (3,7%). Desde entonces, se ha producido una estabilización entorno al 5% (4,4% en 2008, 5,2% en 2009 y 4,2% en 2010). La distribución de las urgencias según resolución de la misma no ha variado demasiado a lo largo de los años, siendo lo más frecuente “el alta médica”, y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas mencionadas o según el sexo.

Tabla 6.8. Características de los episodios de urgencias hospitalarias*, en consumidores de drogas. España^, 1996-2010.

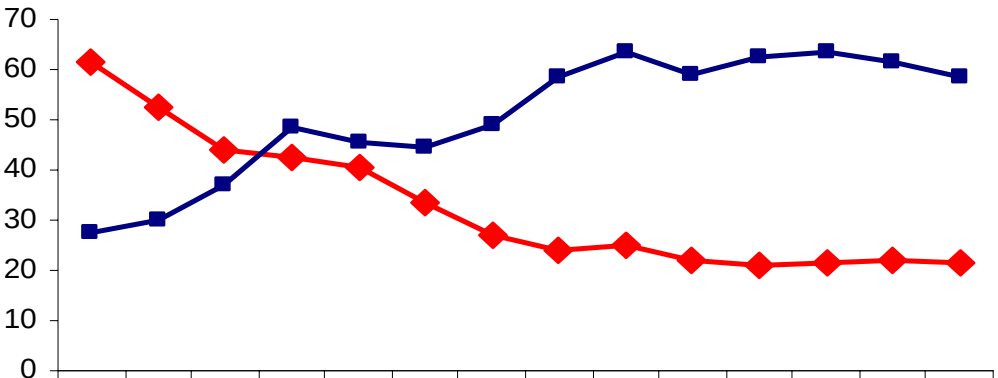
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NÚMERO DE EPISODIOS	2 585	1 932	2 099	2 141	2 328	2 145	2 673	5828	7 089	7 042	7 822	6 431	5 567	5 626
EDAD MEDIA (años)	27.8	28.1	29.1	29.4	30.3	29.8	29.8	31.0	30.7	31.6	32.0	32.4	32.7	32.6
SEXO. (% de mujeres)	21.4%	20.8%	23.1%	23.5%	27.4%	27.1%	27.4%	28.0%	25.0%	26.1%	23.4%	22.7%	21.6%	26.3%
DETENIDOS (%)	14.4%	22.4%	11.7%	9.4%	6.4%	5.7%	5.2%	4.1%	4.9%	3.7%	3.8%	4.4%	5.2%	4.2%
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)														
Alta médica	80.5%	82.0%	81.2%	80.9%	78.7%	79.1%	82.1%	81.4%	79.1%	76.2%	79.1%	80.0%	81.0%	79.6%
Alta voluntaria	7.0%	6.7%	8.8%	8.6%	8.5%	7.5%	7.4%	5.3%	6.7%	8.6%	7.8%	8.5%	8.2%	7.0%
Ingreso hospitalario	7.6%	7.2%	6.0%	6.5%	8.3%	7.8%	6.3%	8.0%	8.4%	8.8%	9.0%	7.8%	7.9%	10.2%
Muerte en urgencias	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.7%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%
Traslado a otro centro	4.8%	4.1%	3.9%	3.9%	3.7%	5.4%	4.0%	5.3%	5.7%	6.3%	4.1%	3.7%	2.8%	3.2%

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
^ Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

La tendencia evolutiva que se puede observar en la Tabla 6.9, permite señalar un mismo comportamiento para las sustancias mencionadas y las relacionadas.

Centrándonos en las sustancias mencionadas, se observa una disminución importante de la proporción de menciones de heroína que parece haberse estabilizado en los últimos años entorno al 21%. Las menciones de cocaína muestran la tendencia contraria, aumentando las menciones desde el año 1996 que presentaba un 27,4% y estabilizándose en torno al 60-63% desde el 2005. (Figura 6.16).

Figura 6.16. Evolución de la proporción de urgencias por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas con mención de heroína o cocaína (%). España, 1996-2010.



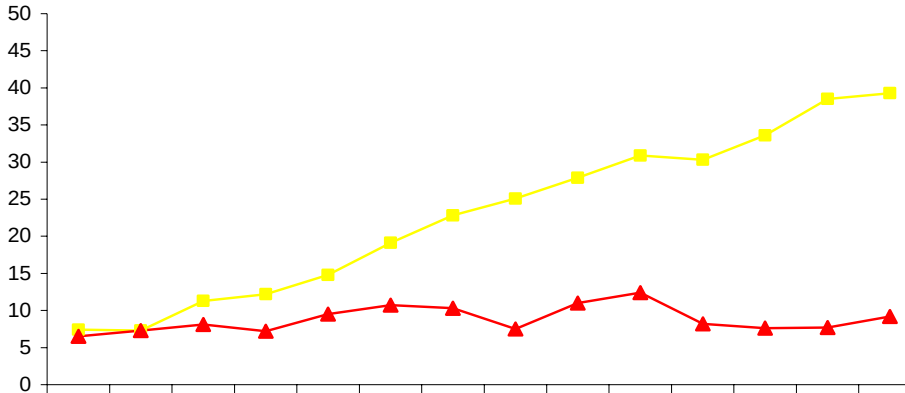
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroína	61,5	52,6	43,9	42,5	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21	21,5	21,8	21,5
Cocaína	27,4	30	37,2	48,7	45,3	44,4	49	58,5	63,4	59,2	62,4	63,7	61,3	58,6

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

Ha aumentado considerablemente la proporción de menciones de cánnabis, pasando del 7,4% en 1996 a un 39,3% en 2010. Al igual que ocurre en el resto de indicadores y las tendencias observadas en las encuestas nacionales, el cannabis tiene una gran presencia en España, consolidándose su presencia en los últimos años, empezando a sobresalir en las admisiones a tratamiento y en las urgencias.

El porcentaje de menciones de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (de manera conjunta) alcanzó el valor máximo en 2006 (12,4%), iniciándose el descenso a partir de entonces, dándose en el 2010 nuevo repunte (9,2%) a expensas fundamentalmente de las anfetaminas. (Figura 6.17).

Figura 6.17. Evolución de la proporción de urgencias por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas con mención cannabis o éxtasis/anfetaminas/alucinógenos (%). España, 1996-2010.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3	33,6	38,5	39,3
Ecstasy, anphetamines or hallucinogens	6,5	7,3	8,1	7,2	9,5	10,7	10,3	7,5	11	12,4	8,2	7,6	7,7	9,2

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

Si se analizan separadamente, la proporción de menciones de anfetaminas ha mostrado una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2010, con ligeras variaciones, manteniéndose relativamente estable en torno al 5% en los últimos cuatro años y produciéndose un aumento en 2010, que se sitúa en el 7,5%. El éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de los años en los que se ha estudiado en urgencias, llegando a alcanzar un 7,2% en el 2006, desde entonces ha presentado una tendencia descendente, situándose en el 3,9% en el 2010. La proporción de menciones de alucinógenos se mantiene en niveles relativamente bajos y estables en torno al 2%.

La evolución del porcentaje de menciones de hipnosedantes es difícilmente valorable, especialmente a partir de 2002, debido a las modificaciones introducidas con respecto a los criterios de recogida de datos entre las diferentes Comunidades Autónomas y al análisis de la información.
.

Tabla 6:9. Distribución (%) de las sustancias mencionadas y relacionadas en los episodios de urgencias hospitalarias*, en consumidores de drogas. España^, 1996-2010.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS MENCIONADAS (a)														
Heroína	61.4%	52.6%	43.8%	41.9%	40.5%	33.5%	26.8%	24.2%	24.8%	21.8%	21.0%	21.5%	21.8%	21.5%
Otros Opiáceos	17.3%	26.2%	23.3%	23.4%	20.9%	21.9%	17.7%	14.0%	13.6%	13.7%	15.0%	14.7%	14.0%	12.6%
Cocaína	27.3%	29.9%	37.2%	48.1%	45.3%	44.4%	49.0%	58.5%	63.4%	59.2%	62.4%	63.7%	61.3%	58.6%
Anfetaminas	3.1%	3.3%	3.4%	2.7%	2.6%	4.6%	3.8%	3.0%	4.8%	5.4%	4.8%	5.2%	5.6%	7.5%
MDMA y Derivados	1.6%	2.7%	2.9%	3.1%	4.8%	5.2%	6.3%	4.2%	5.7%	7.2%	5.8%	5.0%	3.2%	3.9%
Hipnóticos y sedantes	25.7%	21.6%	26.1%	25.1%	30.6%	32.0%	34.1%	27.7%	24.6%	28.3%	23.5%	21.3%	20.8%	22.6%
Cannabis	7.4%	7.3%	11.3%	12.2%	14.8%	19.1%	22.8%	25.1%	27.9%	30.9%	30.3%	33.6%	38.5%	39.3%
Alucinógenos	2.7%	2.2%	2.9%	2.1%	2.9%	2.4%	1.4%	1.2%	2.0%	2.4%	2.3%	2.0%	3.2%	2.6%
Sustancias Volátiles	0.3%	0.1%	0.5%	0.1%	0.3%	0.9%	0.3%	0.7%	0.5%	0.4%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%
Alcohol	13.3%	15.8%	22.9%	22.0%	29.5%	33.8%	39.0%	36.3%	39.0%	42.9%	41.9%	44.6%	47.4%	42.1%
Otras Sustancias	5.1%	3.6%	6.0%	2.0%	0.8%	2.8%	4.5%	12.5%	4.7%	9.3%	10.5%	3.3%	2.7%	3.5%
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS%) (b)														
Heroína	56.1%	50.9%	38.7%	33.0%	35.3%	29.2%	21.4%	17.5%	19.0%	16.9%	16.9%	17.2%	17.2%	17.8%
Otros Opiáceos	13.5%	17.4%	16.8%	18.9%	18.0%	17.4%	13.1%	9.1%	8.3%	8.5%	8.1%	7.5%	7.7%	6.7%
Cocaína	19.9%	25.0%	31.6%	39.4%	40.9%	40.5%	44.7%	50.0%	55.5%	51.1%	53.8%	55.1%	51.1%	49.5%
Anfetaminas	2.2%	2.9%	3.0%	9.8%	2.2%	4.2%	3.4%	2.3%	4.2%	4.7%	4.2%	4.4%	4.6%	5.5%
MDMA y Derivados	1.3%	2.2%	2.2%	2.4%	4.5%	4.4%	5.3%	3.2%	4.7%	6.4%	5.0%	4.2%	2.4%	2.9%
Hipnóticos y sedantes	23.6%	18.9%	24.3%	23.8%	28.9%	29.2%	30.1%	22.3%	17.0%	21.0%	15.8%	15.6%	16.5%	16.7%
Cannabis	6.2%	6.6%	8.9%	9.3%	12.8%	16.9%	19.9%	19.3%	21.7%	23.9%	22.9%	24.7%	29.5%	30.5%
Alucinógenos	2.1%	1.8%	2.4%	1.7%	2.7%	1.9%	1.3%	0.8%	1.7%	1.7%	2.0%	1.6%	2.6%	1.7%
Sustancias Volátiles	0.2%	0.1%	0.3%	0.1%	0.3%	0.9%	0.2%	0.6%	0.5%	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%
Alcohol	12.4%	15.2%	22.2%	20.0%	26.8%	29.0%	35.4%	30.7%	32.3%	36.0%	35.7%	37.3%	40.2%	36.3%
Otras Sustancias	4.1%	3.2%	4.9%	1.3%	0.8%	1.6%	1.8%	8.7%	3.3%	4.9%	6.0%	1.8%	1.2%	1.8%

* Urgencias en las que la droga influye en el motivo de consulta.
^ Comunidades Autónomas que declaran al indicador urgencias.
a) sustancias mencionadas: Incluye las drogas que se mencionan en la historia, pudiendo estar relacionadas o no con la urgencia (consumo habitual o esporádico).
b) sustancias relacionadas: Entre las drogas mencionadas se seleccionan las relacionadas con la urgencia (en la historia clínica aparecen expresiones del médico que permiten relacionar la urgencia con el consumo).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Urgencias.

En resumen, encontramos una alta presencia de cocaína y cannabis en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. La heroína parece haberse estabilizado en torno al 20%, pero las graves consecuencias asociadas a los opiáceos en general y a la heroína en particular, exigen un seguimiento muy cercano de estas sustancias.

6.4. MUERTES RELACIONADAS CON LAS DROGAS Y MORTALIDAD DE CONSUMIDORES DE DROGAS

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es complicado recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática y en otros casos (por ejemplo infartos y cocaína) las drogas no aparecen como causa fundamental de muerte, aunque haya sido determinante en el fallecimiento.

Actualmente en España para conocer las muertes secundarias a drogas se dispone de dos fuentes de información, por una parte de un Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas y por otra del Registro General de Mortalidad. A continuación se describe la metodología y los principales resultados de cada uno de estos y la estimación resultante de combinar ambos.

1. REGISTRO ESPECÍFICO

1.1. Metodología

Descripción:
Se trata de un registro específico de mortalidad que tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco).

Cobertura:
La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2010 notificaron datos 14 Comunidades Autónomas (CCAA) de las 19 existentes en España, lo que se correspondería, aproximadamente, con algo más de la mitad de la población española. Las características de la población de estas CCAA se pueden considerar representativas del total de España. Este indicador comenzó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983.

Mecanismo de recogida de información del indicador mortalidad:
La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medina Legal que notifican los datos a su CCAA y éstas envían la base de datos al Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión. A continuación se resumen los aspectos más importantes del mismo.

Variables:
La ficha de recogida consta de 26 variables, algunas de ellas con varios apartados. Entre la información recogida se incluye:

1. Información de afiliación (número de informe forense o autopsia, número de informe toxicológico, número de diligencias previas, institución que recoge la información, número de juzgado que tramita el caso, provincia y municipio de juzgado).
2. Información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, provincia y municipio de residencia, estado civil, fecha de defunción, provincia y municipio de defunción).
3. Información sobre el cadáver y las drogas (procedencia del cadáver, criterios clínicos y signos de la autopsia compatibles con reacción aguda por consumo de drogas, diagnostico forense de muerte, evidencias de suicidio, signos de venopunción y anticuerpos anti-VIH).

Criterios de inclusión:
Un caso se selecciona y se incluye en el registro si cumple alguno de los cuatro criterios de inclusión siguientes:

1. Evidencias de consumo reciente de drogas psicoactivas. Estas evidencias pueden ser de varios tipos:
   - Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte que se encuentren registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc.).
   - Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas (venopunciones recientes, presencia de restos de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago, etc., olor a disolvente del cabello, el aliento y la ropa, etc.).
   - Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento (jeringuilla u otros útiles de inyección, papel de aluminio, pipa, bote de pastillas, botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc.).
   - Consumo reciente (7 días anteriores a la muerte) referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje médicolegal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
3. Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva.
4. Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva

Criterios de exclusión:
De acuerdo con la definición establecida inicialmente se excluyen los siguientes tipos de muertes:

1. Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados. Sin embargo, la no-realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo no se excluyen las muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, siempre que cumplan los criterios de inclusión.

2. Muertes *indirectamente* relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de una droga psicoactiva ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte.

Por este motivo no se incluyen las muertes por las siguientes causas:

- Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (SIDA, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).

- Homicidios de cualquier tipo, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas, se produjera en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas, o el homicida empleara sustancias psicoactivas para provocar la muerte.
- Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc.) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
- Suicidios (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc.), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En cambio, se incluyen las muertes provocadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda autoinfligida con sustancias psicoactivas.
- Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados. Se incluyen las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en personas en programas de mantenimiento con metadona, a menos que pueda demostrarse que todas las drogas psicoactivas tomadas por el fallecido han sido correctamente prescritas y administradas.
- Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

1.2. Resultados

A continuación se presentan los principales resultados procedentes de la explotación del Registro Específico de Mortalidad en España desde 1983 a 2010.

Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas

En la Tabla 6.10 se resumen las características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España de 2003 a 2010.

El 83,9% de los fallecidos son varones frente a un 16,1% de mujeres. Este predominio masculino es un rasgo constante desde el principio de la serie. La edad media en 2010 es de 39,8 años, observándose una tendencia ascendente desde 2003. El 24,8% tiene entre 40 y 44 años y el 26,5% más de 45 años. El 61% de las personas de las que se tenía información estaban solteros. En el 77,4% de los casos existía evidencia de consumo reciente de alguna sustancia y en el 70,4% no existían signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (90,3%) no se aprecian evidencias de suicidio. En relación con otras patologías, en un 31,4% la muerte se debe a una patología previa agravada por el consumo de sustancias y un 34,4% es VIH positivo.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podríamos decir que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con más de 40 años, soltero, sin patología previa, que ha consumido recientemente alguna sustancia y en el que no se evidencian signos de suicidio.

Tabla 6.10. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2010.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517
Sexo(%)								
Varones	85.3	83.9	86.3	84.3	87.4	85.6	84.5	83.9
Mujeres	14.7	16.1	13.7	15.7	12.6	14.4	15.5	16.1
Edad media (años)	35.3	37.0	36.1	37.2	38.2	38.1	38.3	39.8
Grupo de edad (años)								
15-19	0.8	1.3	1.4	0.9	0.6	1.9	0.7	0.4
20-24	6.7	4.1	6.2	4.2	4.3	6.1	6.4	2.5
25-29	14.6	11.9	11.2	12.9	9.7	10.6	8.0	7.9
30-34	22.6	20.5	20.0	18.0	17.6	16.3	17.4	12.4
35-39	28.2	27.9	28.9	23.8	24.1	22.2	18.9	25.5
40-44	16.9	19.2	20.7	21.3	22.2	19.8	24.9	24.8
>= 45	10.2	15.1	11.6	18.9	21.5	23.1	23.7	26.5
Estado civil (%)								
Soltero	69.4	68.9	68.7	72.0	62.8	61.4	67.3	61.0
Casado	19.0	15.6	16.4	12.2	19.1	16.8	15.4	21.6
Separado/Divorciado	10.5	14.4	13.7	13.6	17.4	18.9	15.0	15.9
Viudo	1.0	1.1	1.1	2.2	0.7	2.9	2.3	1.5
Procedencia del cadáver (%)								
Domicilio	54.5	55.2	58.1	52.3	60.6	60.0	61.9	64.3
Hotel-Pensión	5.3	5.1	6.2	5.8	4.6	3.9	5.9	4.3
Calle	18.5	17.4	13.5	20.1	13.1	15.8	11.8	14.0
Local público	1.8	1.3	2.5	4.8	2.4	1.7	2.8	2.6
Hospital	10.6	9.5	6.4	7.7	5.7	6.8	6.1	3.9
Cárcel	1.1	3.5	4.8	3.9	3.7	4.9	4.0	3.7
Otra	8.2	8.1	8.5	5.3	9.8	7.0	7.3	7.1
Evidencias de consumo reciente (%)								
Sí	85.6	92.6	94.4	92.4	85.3	89.0	90.4	77.4
No	14.4	7.4	5.6	7.6	14.7	11.0	9.6	22.6
Evidencia de suicidio (%)								
Sí	12.1	8.8	5.7	10.8	8.8	9.0	8.5	9.7
No	87.9	91.2	94.3	89.2	91.2	91.0	91.5	90.3
Signos recientes venopunción(%)								
Sí	53.3	43.0	51.7	40.6	35.2	35.4	39.2	29.6
No	46.7	57.0	48.3	59.4	64.8	64.6	60.8	70.4
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)								
Sí	35.4	32.6	35.5	28.6	20.4	26.6	30.9	31.4
No	64.6	67.4	64.5	71.4	79.6	73.4	69.1	68.6
Anticuerpos anti-VIH (%)								
Positivo	42.7	40.6	42.8	36.9	37.4	40.7	41.1	34.4
Negativo	57.3	59.4	57.2	63.1	62.6	59.3	58.9	65.6

* Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad (50% de la población de España).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

.

Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia. España 1983-2010.

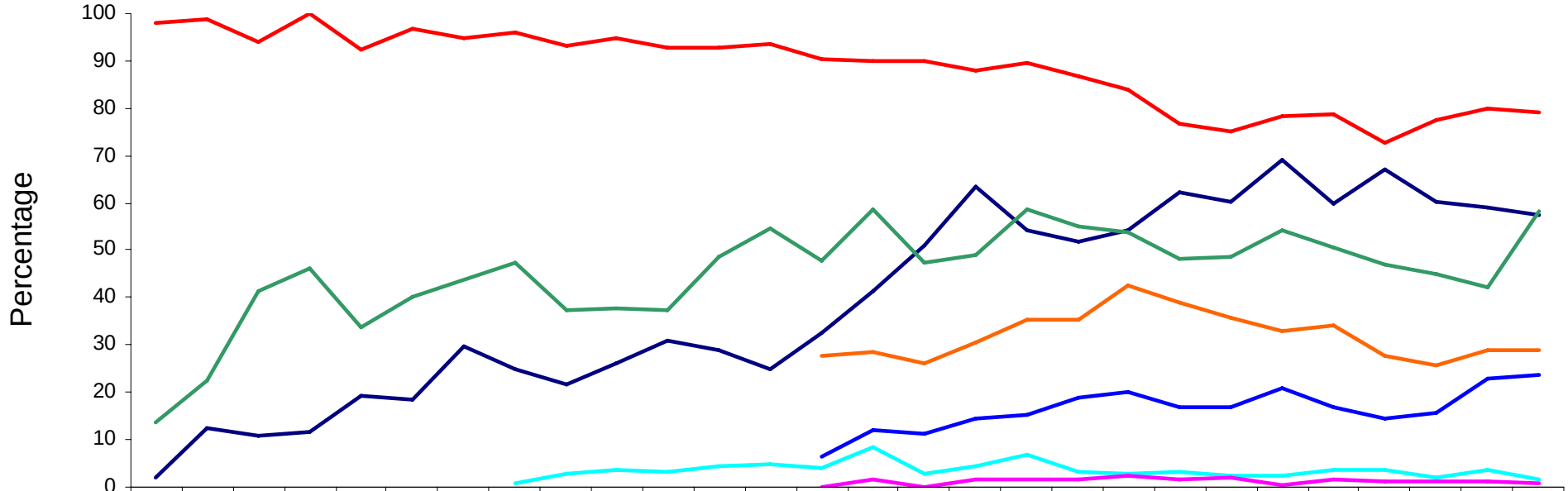
En la Figura 6.18 se presenta la evolución de las defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España de 1983 a 2010. Los datos que se presentan se corresponden con el porcentaje de fallecidos en los que se identificaron, en los análisis toxicológicos, cada una de las sustancias o metabolitos a los que se hace referencia.

En 2010 los opioides fueron la sustancia identificada en un mayor número de fallecidos (79,1% de las muestras), manteniéndose la tendencia ascendente iniciada en 2007 (72,8%), es preciso seguir observando la evolución.
Los hipnosedantes rompen la tendencia descendente iniciada en el 2005, presentando un brusco aumento y superando a la cocaína, que venía ocupando la segunda posición en los últimos años.

La cocaína, mantiene la tendencia descendente iniciada en 2007 (67%), estando esta presente en 2010 en el 57,3% de las muertes. Al igual que sucede con los opioides, será preciso atender a la evolución de las cifras en los próximos años.

El policonsumo de sustancias es el patrón más frecuentemente hallado entre los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Figura 6.18. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1983-2010.



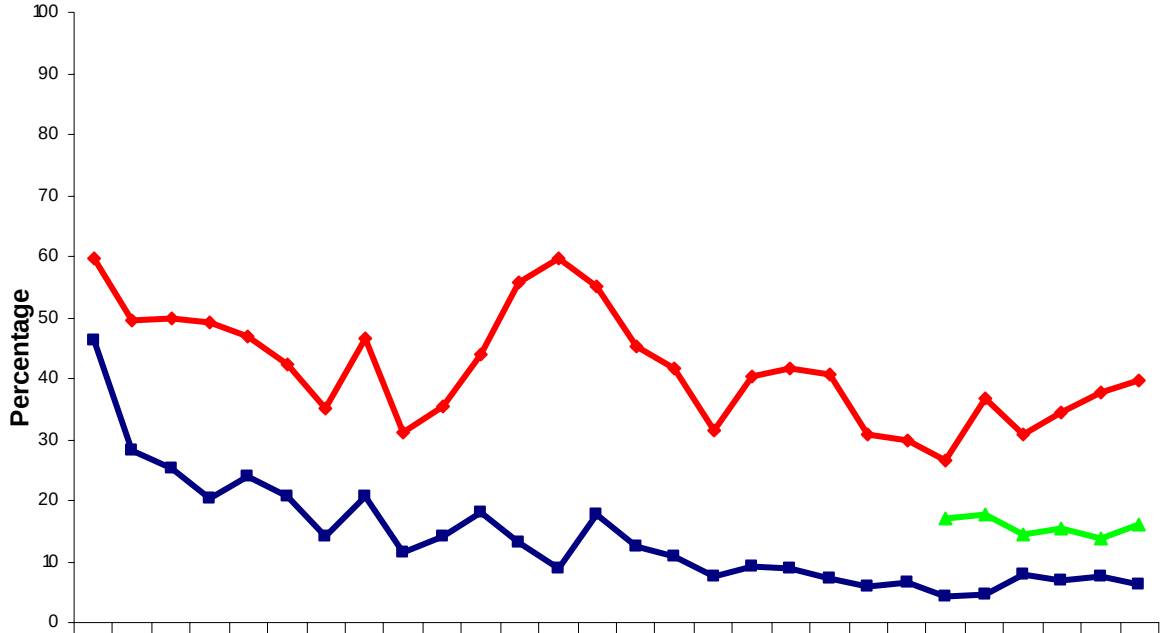
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Opioides	98	98,8	93,9	100	92,4	96,6	94,8	96	93,1	94,9	92,8	92,9	93,4	90,4	89,8	90,1	88	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,20	78,7	72,8	77,7	79,8	79,1
Cocaína	2	12,5	11	11,5	19,3	18,4	29,6	24,8	21,6	26	30,9	28,8	24,7	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,20	60	67	60,2	59,1	57,3
Hipnosedantes	13,7	22,5	41,5	46	33,8	40,2	43,8	47,4	37,2	37,9	37,4	48,4	54,8	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54	48	48,7	54,10	50,7	46,9	45,1	42,2	58,4
Anfetaminas								1	2,9	3,8	3,2	4,3	4,9	4	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,60	3,6	3,6	2,2	3,5	1,5
Cannabis														6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20	16,7	16,7	20,90	16,8	14,6	15,6	22,8	23,8
MDMA														0,1	1,5	0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,40	1,7	1,1	1,4	1,1	0,8
Alcohol														27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39	35,8	33,00	34,3	27,8	25,9	28,8	28,8

* Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad (50% de la población de España).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

En las Figuras 6.19 y 6.20 se presenta la evolución temporal de los datos correspondientes a los opioides y a la cocaína, de manera más detallada y valorando en el caso de los opioides, de forma individualizada: “opioides y no cocaína”, “sólo opioides” y “opioides más benzodiazepinas”. En el caso de la cocaína, se valora la presencia de: “cocaína y no opioides”, “sólo cocaína” y “cocaína con alcohol”.

Se observa una tendencia ascendente, iniciada recientemente (2007-2008) de las muertes donde se detectan “solo opioides” u “opioides con otras sustancias distintas a cocaína”. Parece que se ha frenado la tendencia descendente de las defunciones donde se detecta cocaína, será preciso ver al evolución en los próximos años.

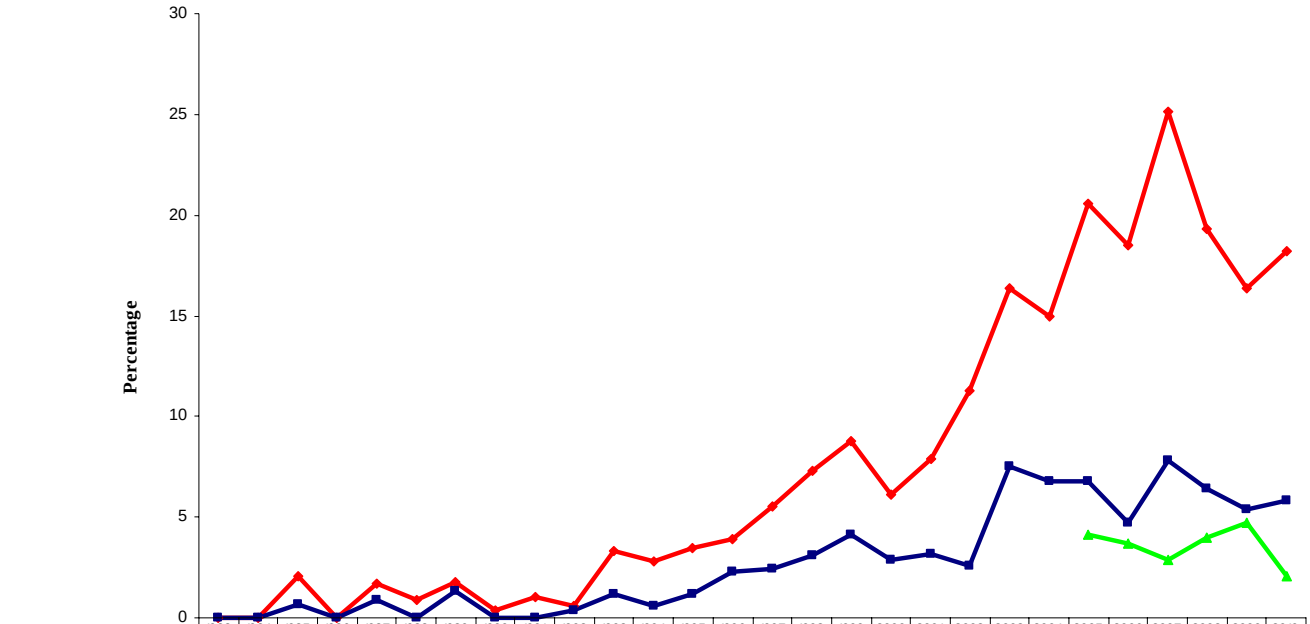
Figura 6.19. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan: opioides y no cocaína, solo opioides y opioides más benzodiazepinas. España*, 1983-2010.



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Opioides y no cocaína	59,8	49,6	49,7	49,2	47	42,4	35,2	46,6	31,3	35,4	44	55,8	59,8	55,1	45,4	41,7	31,5	40,3	41,7	40,5	30,8	29,7	26,6	36,8	30,7	34,3	37,8	39,8
Sólo opioides	46,3	28,1	25,2	20,2	23,9	20,8	14,1	20,6	11,5	14,2	18,1	13,1	9	17,7	12,6	10,8	7,6	9,2	8,7	7,1	5,9	6,4	4,1	4,7	7,8	7	7,5	6,3
Opioides, benzodiazepinas y/o alcohol																							16,9	17,6	14,5	15,3	13,9	16

* Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad (50% de la población de España).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

Figura 6.20. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan: cocaína y no opioides, solo cocaína y cocaína con alcohol. España*, 1983-2010.



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cocaína y no opioides	0	0	2,1	0	1,7	0,9	1,8	0,4	1	0,6	3,3	2,8	3,5	3,9	5,5	7,3	8,8	6,1	7,9	11,3	16,4	15	20,6	18,5	25,1	19,3	16,4	18,2
Sólo cocaína	0	0	0,7	0	0,9	0	1,3	0	0	0,4	1,2	0,6	1,2	2,3	2,4	3,1	4,1	2,9	3,2	2,6	7,5	6,8	6,8	4,7	7,8	6,4	5,4	5,8
Sólo cocaína y alcohol																							4,1	3,7	2,9	4	4,7	2,1

Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad (50% de la población de España)
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España 1983-2010

En la Figura 6.21 se muestra la evolución temporal de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España.

Las Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad no son las mismas todos los años. Por esta razón en la línea 1 se representan los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador (diferentes según el año) y en la línea 2 se seleccionan seis ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas seis ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla Valencia y Zaragoza, conviene aclarar que para Sevilla se estiman los datos correspondientes a los períodos 1997-2000 y 2005-2006, y para Zaragoza los del período 2003-2004. Por otro lado hasta el año 1995 sólo se recogían las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína.

Los resultados muestran que de manera global, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, se aprecia una tendencia descendente de la mortalidad que se mantiene en 2010.

Figura 6.21. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España [1, 2] 1983-2010.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. CCAA indicador mortalidad																		444	496	496	493	468	455	428	475	424	438	517
2. Seis ciudades españolas	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218	188	139	181	182

(1) Comunidades Autónomas que declaran al indicador mortalidad (50% de la población de España).
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

(2) Selección de seis ciudades correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla Valencia y Zaragoza.
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicador Mortalidad

2. REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD

2.1. Metodología

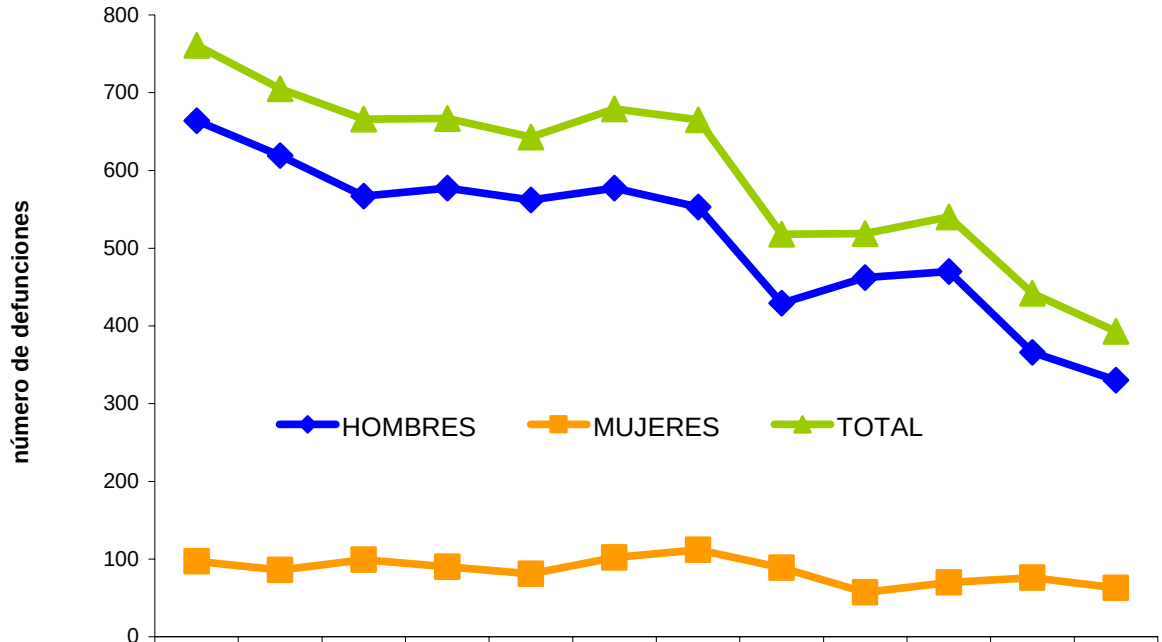
En España, el Instituto Nacional de Estadística[19] (INE) dispone de un registro de mortalidad general con las causas de muerte clasificadas según la CIE-10. Las bases de datos de mortalidad se elaboran en colaboración con las CCAA. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían, mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2010.

A continuación se presenta un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías[20], que incluye los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62, e Y12. A estos se añaden el X44 para adaptarse al contexto español. Este último código incluye los envenenamientos accidentales por exposición a drogas y es muy utilizado en España[21] para codificar muertes por "sobredosis".

2.2. Resultados

En la Figura 6.22 se representa la evolución del número de defunciones, en España, por consumo de sustancias psicoactivas, desagregado por sexo, de 1999 a 2010. En el año 2010 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificadas, 393 defunciones. En el periodo 1999-2010 se aprecia una tendencia descendente y un predominio masculino (82,8% en 2010).

Figura 6.22. Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas* desagregado por sexo. España, 1999-2010



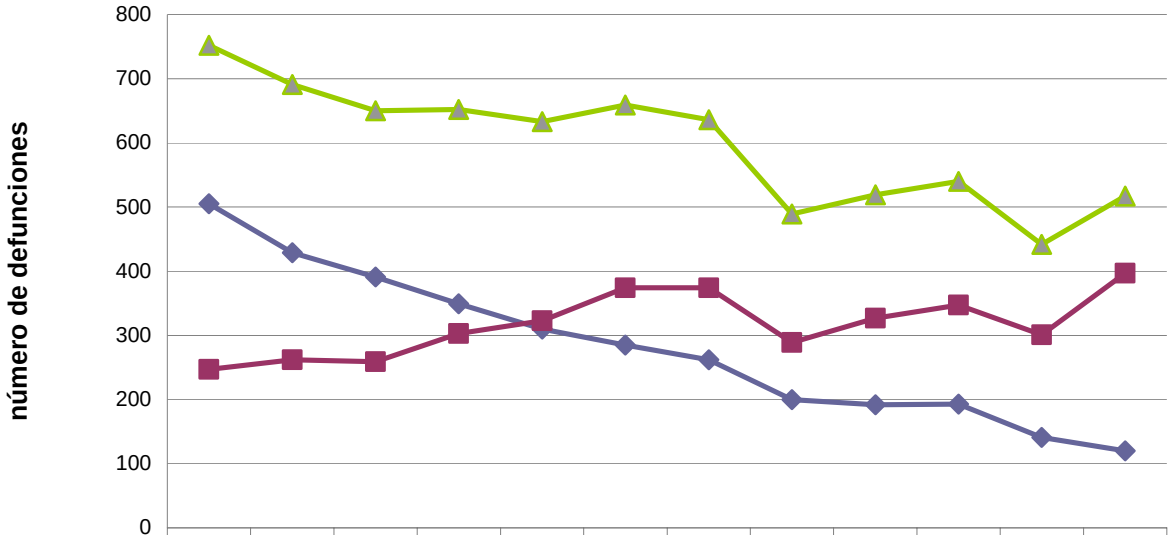
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HOMBRES	664	619	567	577	562	577	553	429	462	470	366	330
MUJERES	97	86	99	90	81	102	112	89	57	70	76	63
TOTAL	761	705	666	667	643	679	665	518	519	540	442	393

* Códigos CIE-10: CIE-10:F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.
Fuente: Datos procedentes del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

[19] Instituto Nacional de Estadística. http://www.ine.es/
[20] The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA *Scientific Report*. EMCDDA/P1/2002. http://www.emcdda.eu.int.
[21] REF:

En la Figura 6.23 se representa la evolución del número de defunciones, en España, por consumo de sustancias psicoactivas, desagregado por edad, de 1999 a 2010. En general se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos.

Figura 6.23. Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas* desagregado por edad. España, 1999-2010.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<35	505	429	391	349	310	285	262	200	192	193	141	120
>=35	247	262	259	303	323	374	374	289	327	347	301	397
Total	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	517

* Códigos CIE-10: CIE-10:F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.
Fuente: Datos procedentes del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

3. ESTIMACIÓN DE MORTALIDAD A PARTIR DEL REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD Y DEL REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD

3.1. Metodología

Hasta ahora se han presentado los resultados procedentes de dos fuentes de información, el Registro Específico de Mortalidad y el Registro General de Mortalidad, pero ambos tienen limitaciones, para tratar de minimizar estas, en los resultados, se ha realizado una estimación de defunciones a partir de la información disponible.

El Registro Especifico de Mortalidad aporta datos de defunciones procedentes de la declaración de las CCAA que notifican a este registro específico, pero no todas las CCAA declaran a este registro y además algunas de las CCAA que declaran no lo hacen de todos los partidos judiciales, sino que lo hacen de ciudades o zonas que pueden variar según los años, por tanto se trata de un registro muy especifico pero sin cobertura a nivel nacional y con variaciones en las comunidades autónomas que notifican, según el año.

El Registro General de Mortalidad, si tiene una cobertura a nivel nacional y aunque, en términos generales, la calidad del registro de mortalidad es buena, es conocido que existe un subregistro en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de muertes por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del registro específico de mortalidad, con la amplia cobertura (nacional) del Registro General de Mortalidad. Para ello se calcula un coeficiente de subregistro, este resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico entre aquellas del Registro General, seleccionando únicamente las defunciones en aquellas ciudades/provincias[22] que declaran de manera periódica en ambos registros. En la Figura 6.24 se representa esquemáticamente como se lleva a cabo esta estimación.

Figura 6.24. Esquema para el cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

Estimación de número de defunciones por drogas ilegales en España = **Defunciones por drogas ilegales del Registro General Mortalidad** * **Coeficiente de subregistro**

$$\text{Coeficiente de subregistro} = \frac{\text{Defunciones Registro Específico de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}{\text{Defunciones Registro General de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}$$

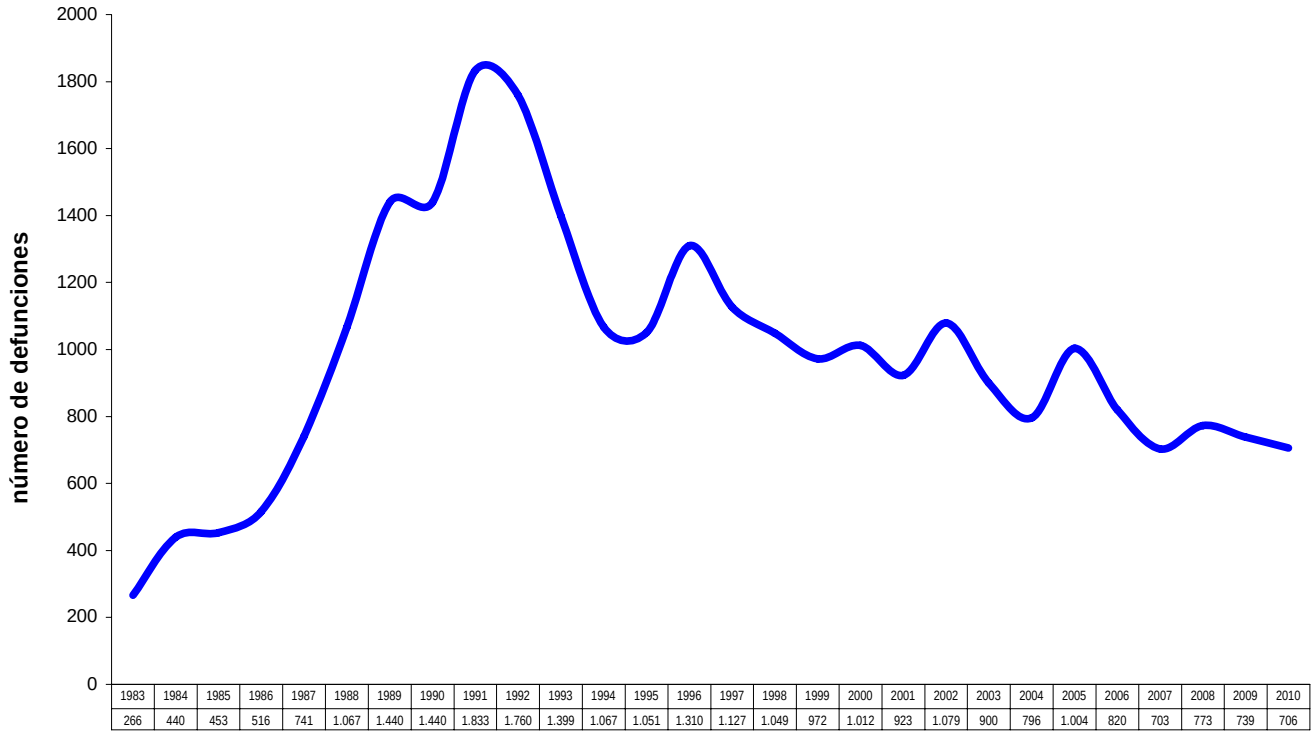
Aplicando este coeficiente se corrige aproximadamente un 40% del subregistro, pero es conocido que el consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas y se ha observado que la repercusión en la mortalidad general no queda reflejada de manera adecuada. Por tanto, esta estimación se refiere al mínimo número de muertes secundarias al consumo de drogas ilegales, pudiendo este ser más elevado. Estudios más específicos (estudios de cohortes, mortalidad proporcional, etc.) podrían aportar información complementaria de gran interés.

3.2. Resultados

En la Figura 6.25 se presentan los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, desde 1983 a 2010. Se observa que tras el pico de principio de los años 90, se mantiene una tendencia descendente. En 2010 se estiman 706 muertes, en este año se produjeron un total de 382.047 defunciones en España.

[22] Provincia Álava, Provincia Guipúzcoa, Provincia Vizcaya, Ciudad de Bilbao, Provincia La Coruña, Provincia Lugo, Provincia Orense, Provincia Pontevedra. Comunidad de Murcia. Provincia Ávila, Provincia Burgos, Provincia León, Ciudad de Ponferrada, Provincia Palencia, Provincia Salamanca, Provincia Segovia, Provincia Soria, Provincia Valladolid, Ciudad de Valladolid, Provincia Zamora, Provincia Sevilla, Ciudad de Sevilla, Provincia Málaga, Ciudad de Málaga, Provincia Granada, Ciudad de Granada, Ciudad de Palma de Mallorca, Ciudad de Madrid, Ciudad de Getafe, Ciudad de Leganés, Ciudad de Majadahonda, Ciudad de Barcelona, Ciudad de Valencia, Ciudad de Zaragoza, Ciudad de Pamplona, Ciudad de Las Palmas de GC, Ciudad de Sta. Cruz Tenerife, Ciudad de Badajoz, Ciudad de Cáceres

Figura 6.25. Estimación del número total de defunciones por drogas ilegales. España 1983- 2010.



1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	1.051	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	739	706

Fuente: Registro Específico de Mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas y Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística.

7. RESPUESTAS A CORRELACIONES Y CONSECUENCIAS SANITARIAS

7.1. INTRODUCCIÓN

En general, los datos que se ofrecen a continuación corresponden al año 2010, últimos disponibles hasta el momento. En los casos en que la información se refiere al año 2011, se indica explícitamente.

Como ya se ha mencionado, la atención prestada a los consumidores de drogas se realiza, en su mayor parte, en centros públicos o privados financiados con fondos públicos. En este último caso, son Organizaciones no Gubernamentales (ONG) las que gestionan los centros.

Estos centros prestan asistencia y ayuda terapéutica a los consumidores de drogas. Asimismo, contribuyen a disminuir la morbimortalidad y los problemas sanitarios y sociales asociados al abuso de drogas, a través del desarrollo de programas terapéuticos que se llevan a cabo en diferentes tipos de centros, que ya han sido mencionados en otros informes y en el capítulo 5 del presente documento (centros ambulatorios de asistencia, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, etc.).

En lo que se refiere a recursos específicos de atención para drogodependientes, durante el año 2010 han sido atendidos en centros ambulatorios de atención a drogodependientes un total de 93.294 personas, cifra similar a la del año 2009, que fue de 93.283. Estos pacientes han recibido asistencia en 526 centros ambulatorios.

El número de usuarios atendidos en las 128 comunidades terapéuticas existentes en España en el año 2010, ha sido de 7.596, lo que ha supuesto una disminución del 6,62 % en relación con los 8.134 de 2009. En relación con el tratamiento residencial, puede verse una información complementaria en el Selected Issue “Tratamiento residencial” (“*Residential treatment for drug users in Europe*”).

En el caso de las unidades de desintoxicación hospitalaria, se han atendido en 2010 a 3.984 pacientes, con un aumento del 15% respecto a los 3.463 del año 2009. En España existen 53 unidades de desintoxicación hospitalaria.

7.2. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y REDUCCIÓN DE MUERTES RELACIONADAS CON LAS DROGAS

Como se ha dicho antes, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 contempla entre sus principales objetivos la disminución del riesgo y la reducción del daño.

Los grupos de población beneficiarios de estos programas, dirigidos también a la prevención de emergencias y muertes relacionadas con el consumo de drogas son:

- Sectores de población consumidores de drogas, no susceptibles de inclusión en programas orientados a la abstención del consumo.
- Consumidores de heroína de larga duración.
- Grupos de población en situación de marginalidad o exclusión social (por ejemplo, personas que viven en barrios marginales, grupos vinculados a los “mercados de las drogas”, etc.).
- Colectivos que frecuentan lugares y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo.

En España existen diferentes tipos de centros y recursos que tienen como finalidad la prevención de las emergencias relacionadas con las drogas y la reducción de las muertes también relacionadas con las drogas.

Cabe destacar las unidades móviles que acuden a diferentes lugares donde existen consumidores de drogas marginales que no acuden a los centros de tratamiento, para suministrarles apoyo sociociosanitario y prevenir las emergencias relacionadas con el consumo de drogas (*outreach programmes*). Las 30 unidades móviles que han estado prestando servicio en 2010, han atendido a un total de 9.653 usuarios.

Además, estas unidades móviles, suponen el 8,09 de los puntos de dispensación de metadona. La prescripción de esta sustancia la realiza siempre un profesional cualificado.

En resumen, las unidades móviles son vehículos polivalentes, en general de acceso directo, entre cuyas funciones se incluyen: realizar tratamientos con sustitutivos opiáceos (metadona), realizar la toma de muestras, hacer pruebas diagnósticas, prestar primeros auxilios y prevenir y auxiliar en las emergencias relacionadas con el consumo, así como actuar en casos de peligro de muertes relacionados con dichos consumos.

En cuanto a las salas de venopunción los objetivos son:

- Ofrecer a una población diana constituida por consumidores de drogas por vía endovenosa alejados de los circuitos asistenciales, intervenciones preventivo-educativas, atención en las emergencias y derivación a otros recursos.

- Reducir las infecciones más frecuentes, la transmisión del VIH y de hepatitis víricas.

- Identificar las patologías emergentes.

- Disminuir el número y consecuencias (mortalidad) de las reacciones agudas a drogas.

- Facilitar el acceso a las redes sociosanitarias.

- Paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos.

- Facilitar materiales estériles, ayuda para la higiene, comida, primeras curas, vacunaciones, etc.

El hecho de que puedan inyectarse en estos dispositivos, con ser importante, no supone el objetivo principal ni único de su existencia. Lo importante es que podrán contactar con profesionales que les pueden aconsejar sobre los recursos existentes para atender su drogadicción y, en todo caso, mejorar sus condiciones de vida y salud mientras persistan en su adicción.

También y ante la alta marginalidad de este subgrupo de toxicómanos, se les ofrece ayudas adicionales como talleres educativos sobre una venopunción higiénica y de prevención de sobredosis.

En 2010, en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid y el País Vasco han estado en funcionamiento ocho dispositivos de inyección segura o de “venopunción” (seis, uno y uno respectivamente), que han atendido a un total de 8.217 usuarios de drogas por vía parenteral. Esta cifra supone una disminución del 37,4 % respecto a los 13.124 del año 2009, debida fundamentalmente a un importante descenso en la cifra referida a los usuarios atendidos en las salas de Cataluña.

También los centros de emergencia social, cuya finalidad básica es acoger a la población drogodependiente con mayores problemas de marginación, atender sus necesidades básicas y ponerla en contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red asistencial, han estado en funcionamiento en España a lo largo del 2010. Concretamente 41 de estos centros han atendido a 10.705 usuarios.

Estos centros de emergencia social, en el ámbito de la reducción del daño, priorizan las estrategias encaminadas a disminuir las muertes por reacción adversa a las drogas, así como la prevalencia de infección por VIH y otras enfermedades entre consumidores de opiáceos y cocaína.

Por otro lado, es también fundamental el papel de las 1.526 oficinas de farmacia con programas de este tipo. Estas farmacias participan en algunos casos en la dispensación de metadona y en otros en los programas de intercambio de jeringuillas.

En todo caso hay que tener en cuenta respecto de los programas de reducción del daño mencionados, que participan en la prevención de emergencias relacionadas con drogas y en la reducción de las muertes, que los usuarios de estos programas han podido acudir a lo largo del 2010 a varios de estos dispositivos, por lo que no se puede sumar el número total de usuarios.

7.3. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS

Como es sabido, el uso compartido de jeringuillas y las conductas sexuales de riesgo contribuyen a la extensión de diferentes enfermedades infecciosas.

Por otro lado, diversas investigaciones han puesto en evidencia que las personas que se inyectan drogas modifican sus prácticas de riesgo si se les proporciona educación y consejo, así como los instrumentos necesarios para poner en práctica conductas más higiénicas. Por esta razón, muchos países (entre los que figura España) potencian aquellas intervenciones que permiten contactar con inyectores de drogas, a fin de intentar que modifiquen las conductas de mayor riesgo para su salud y la de los que los rodean.

En España, los programas de reducción del daño mencionados en el apartado anterior, intervienen en la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas a través de la atención de pacientes consumidores activos que acuden a los mismos.

Especial interés tienen en este sentido los programas de intercambio y dispensación de jeringuillas, así como de kits sanitarios (estos kits suelen incluir, además de una jeringuilla, líquido desinfectante, preservativos, etc.), que se llevan a cabo, tanto en programas *outreach*, como en centros y recursos más institucionalizados.

Estos programas están dirigidos a la población usuaria de drogas por vía intravenosa con el fin de reducir, en lo posible, el riesgo de infecciones transmisibles que se asocian al uso compartido o simplemente, no higiénico, del material de inyección.

Asimismo, desde estos programas se puede realizar el diagnóstico precoz de VHB y VHC, vacunación VHA y VHB y realizar actuaciones encaminadas a la prevención de sobredosis.

En el año 2010 los programas de intercambio de jeringuillas han distribuido 2.672.324 jeringuillas, a través de 1.029 puntos de intercambio.

De igual modo, también las salas de venopunción mencionadas en el apartado anterior, participan en la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas.

Programas mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona y otras sustancias)

En España, el marco legal de los programas de mantenimiento con metadona (PMM) está regulado mediante el Real Decreto de 19 de enero de 1990, y el Real Decreto 5/1996. Este marco legislativo regula los mecanismos de dispensación de metadona en las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas y especifica que en cada una de ellas existirá una Comisión de acreditación, de los centros y servicios que se ocupan de llevar a cabo estos programas.

En nuestro país, como ya se ha mencionado en otros informes, un número creciente de personas dependientes de opiáceos (especialmente de heroína) se ha ido incorporando a programas de sustitución desde 1990.

En España, a lo largo de 2010, los programas de mantenimiento con metadona, han atendido a 81.022 pacientes, con un aumento del 4,12 % sobre los 77.811 de 2009.

Estos tratamientos se han llevado a cabo en un total de 2.526 dispositivos de prescripción y/o dispensación de metadona.

En cuanto a la ubicación de estos dispositivos, un 50,59% se hallan en un centro específico de tratamiento para drogodependientes, un 10,62% en centros penitenciarios, un 8,23% en centros hospitalarios, un 8,09% en unidades móviles, otro 8,09% en centros de salud mental, un 7,65% en centros de salud, un 3,73% en oficinas de farmacia y un 3% en otros dispositivos.

También es importante resaltar que recientemente la Buprenorfina+Naloxona (Suboxone®) se ha incluido entre las prestaciones del Servicio Nacional de Salud, haciendo asequible su empleo en un perfil de paciente estabilizado en metadona, con dosis bajas y buena evolución.

En España, Suboxone® es un medicamento sujeto a prescripción médica especial (psicótropo) y a prescripción médica restringida, clasificado como de diagnóstico hospitalario.

De acuerdo con los datos facilitados (en el año 2011) por las Comunidades y Ciudades Autónomas, en España han sido tratados con buprenorfina/naloxona (*suboxone*) 1.350 personas. Esta cifra supone una primera estimación, por lo que en el futuro habrá que revisarla y actualizarla.

7.4. RESPUESTAS A OTRAS CORRELACIONES SANITARIAS ENTRE CONSUMIDORES DE DROGAS

En lo que se refiere a los programas de asistencia al alcoholismo, a lo largo del año 2010 han estado en funcionamiento 411 centros ambulatorios, que han atendido a 61.231 pacientes, 70 unidades hospitalarias que han asistido a 3.162, y 57 centros residenciales no hospitalarios que atendieron a otros 3.133.

Hay que tener en cuenta que en la red de Salud Mental y en Atención Primaria, también se atienden pacientes con problemas de consumo de alcohol, que no se contabilizan en las cifras a las que se ha hecho referencia anteriormente.

Así mismo, a lo largo del año 2010, los Planes Autonómicos de Drogas han prestado asistencia a personas afectadas por consumos de drogas a través de otros programas: 77 programas de atención a mujeres con 5.889 usuarias, 95 programas de atención a menores con 2.246 atendidos; 88 programas de atención a la patología dual con 11.090 pacientes y programas de atención a consumidores de psicoestimulantes con 3.766 usuarios.

Comorbilidad psiquiátrica

Como ya se informó en el Informe 2011, la atención a la comorbilidad psiquiátrica se realiza tanto en los centros de atención a consumidores de drogas, como en los centros de salud mental. En el año 2010, en lo que se refiere únicamente a centros específicos de atención a consumidores de drogas, las Administraciones Autonómicas han informado de la existencia de 88 programas de atención a la patología dual, que han atendido a 11.090 pacientes drogodependientes con co-morbilidad psiquiátrica.

Accidentes de tráfico

Como ya se ha mencionado en otros informes, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas desarrollan actividades con el objetivo de prevenir y reducir los accidentes de tráfico y sus consecuencias, particularmente en lo que hace referencia a su relación con el consumo de alcohol y otras drogas.

En el año 2011 se han vuelto a intensificar los controles de alcoholemia a los conductores, llevados a cabo por los agentes de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil (Ministerio del Interior), que han llegado a efectuar más de cinco millones de estos controles preventivos, de los que el 1,82% han resultado positivos. Como se puede observar en la siguiente tabla, este porcentaje ha experimentado una importante y progresiva disminución durante los últimos años aunque 2011 presenta un ligero repunte.

Table 7.1 Pruebas de alcoholemia 2004-2011. Controles preventivos. Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pruebas en controles preventivos	2,282,336	2,856,244	3,347,015	3,759,574	4,417,645	5,105,660	4,550,158	5,049,271
Positivas	76,560	73,747	82,729	80,155	81,322	90,306	81,390	91,914
% positivas	3.35%	2.58%	2.47%	2.13%	1.84%	1.77%	1.79%	1.82%

Fuente: Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil.

En cuanto a los conductores fallecidos en accidente de tráfico que habían superado los 0,3 g/l de alcohol en sangre hay que señalar el descenso del porcentaje de los mismos. En efecto, en 2004 el porcentaje de conductores fallecidos en accidentes de tráfico que superaban esa concentración de alcohol en sangre sobre el total de conductores fallecidos a los que se realizó análisis toxicológico fue de 36,1%, mientras que en 2011, ese porcentaje se redujo al 32,76%.

En cuanto a las drogas ilegales, los resultados de análisis toxicológicos realizados a estos conductores muestran un ligero incremento entre 2004 y 2011 con una estabilización en los años 2009 y 2010. Sin embargo entre 2004 y 2011 se aprecia un aumento de casi 6 puntos en el porcentaje de conductores fallecidos analizados en los que se detectan psicofármacos.

Los datos mencionados se detallan en la tabla que figura a continuación.

Table 7.2 Conductores fallecidos en accidentes de tráfico a los que se ha realizado análisis. España: 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Conductores fallecidos a los que se ha realizado análisis	1,349	1,401	1,360	1,259	975	923	855	702
Porcentaje de positivos	42.1	41.39	37.2	39.31	39.79	41	42.46	45.01
% Alcoholemias positivas (alcoholemia >0.3g/L)	36.1	34.12	30..44	30.82	30.97	30	30.99	32.76
% Positivos a Drogas ilegales	10.75	12.2	11.4	13.02	10.67	12.35	12.51	15.10
% Positivos a Psicofármacos	3.85	4.28	5.51	5.95	6.97	8.45	8.3	9.54

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Nota: La suma de las tres filas inferiores de porcentajes de analíticas positivas (alcoholemia, drogas ilegales y psicofármacos) es superior a la fila “Porcentaje de positivos” porque se detectan policonsumos en algunos de los conductores analizados.

8. CORRELACIONES SOCIALES Y REINTEGRACIÓN SOCIAL

8.1. INTRODUCCIÓN

Como en informes anteriores, los datos que figuran en este capítulo han sido facilitados por las diecisiete Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que constituyen el Estado español.

Muy pocos de los programas y recursos que se mencionan en la tabla 8.1, bajo la denominación de Education/Training Programmes y Employment Programmes, cuantifican los usuarios que acceden a los mismos en su calidad de drogodependientes, ya que se trata de recursos de reinserción social para personas marginadas o con grave riesgo de exclusión social, tengan o no problemas por consumo de drogas.

A continuación se describe la tipología de recursos y programas disponibles en España en lo que se refiere a la reinserción social:

1. Social reintegration facilities. Se trata de espacios físicos en los que se desarrollan actividades tipificadas como de inserción social. Pueden ser residenciales o no residenciales**.**

No residenciales: Facilities (dispositivos) en los que se desarrollan actividades o programas de reinserción de forma ambulatoria:

- Centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción. Incluyen tratamiento asistencial.
- Centros de actividades y/o programas de reinserción, en los que no se proporciona tratamiento asistencial.

Residenciales: Son aquellos que proporcionan alojamiento a drogodependientes que están siguiendo un tratamiento asistencial o que lo han finalizado, pero necesitan de este recurso antes de iniciar una vida completamente autónoma. Las modalidades más utilizadas son:

- Comunidades terapéuticas: centros residenciales con tratamiento terapéutico y programas o actividades de reinserción.
- Pisos, ya sean ser tutelados o no**.** Acogen un número pequeño de drogodependientes y el trabajo del educador, sobre todo en los pisos tutelados, suele ser bastante intenso
- Residencias: se distinguen de los pisos fundamentalmente por el tamaño. Son un tipo de recurso muy poco utilizado en España.

2. Education and training programmes. Programas y actividades cuyo objetivo es dar formación, sea esta del tipo que sea: académica, ocupacional, profesional, habilidades sociales, etc.

Cursos reglados: están homologados por el Sistema Público de Educación: Graduado Escolar; Bachillerato; Acceso a la Universidad; Título Universitario, etc.

Cursos no reglados: no dan acceso a un título académico pero que tienen una finalidad integradora, tanto por el conocimiento que se imparte como por la adquisición de habilidades sociales que proporcionan: Informática; carnet de conducir, etc.

Acciones de información, orientación y búsqueda de empleo**:** su objetivo es conseguir un empleo. Se han desarrollado mucho en los últimos años por las Comunidades Autónomas con la creación de Servicios que forman al drogodependiente para en la búsqueda y obtención de un empleo y, al mismo tiempo, desarrollan una importante actividad de mediación y seguimiento ante posibles empleadores.

Cursos de formación profesional: en ningún caso implican un contrato laboral de ningún tipo. Entre dichos cursos conviene distinguir los organizados dentro de los Planes de Formación e Inserción Profesional, regulados por las correspondientes Agencias Autonómicas de Empleo y los organizados por las ONGs o, en general, a colectivos en situación de exclusión social.

3. Employment programmes. Se agrupan en este apartado los programas que implican una ocupación remunerada mediante un contrato laboral de cualquier tipo (aprendizaje, temporal, etc), o son una fórmula de autoempleo individual o cooperativo.

Se pueden considerar cinco grupos:

- "Talleres de aprendizaje laboral".
- "Programas especiales de empleo".
- "Contratos subvencionados en empresas"
- "Incentivos para constituir empresas de inserción"
- "Promoción del autoempleo" (trabajo autónomo, cooperativas…).

Talleres de aprendizaje laboral. Fórmula de empleo remunerado mediante un contrato, normalmente de aprendizaje (aunque puede ser de otro tipo). El empleador puede ser un trabajador autónomo, una pequeña empresa, o una ONG, fundación sin ánimo de lucro, etc. Generalmente se refieren a trabajos manuales. En esta modalidad se incluirían las Escuelas Taller; Casas de Oficios y Talleres de Empleo cuyos contenidos y funcionamiento están regulados por las Agencias Públicas de Empleo.

Programas de empleo de las Corporaciones Locales. Suelen ser la bolsa de empleo más utilizada a la hora de proporcionar plazas para drogodependientes que están en proceso de rehabilitación y han sido derivados desde las redes públicas de atención a las drogodependencias.

Contratos subvencionados en empresas. Actividad destinada a gestionar plazas para emplear a drogodependientes en empresas o entidades y, normalmente, incentivadas con subvención económica. Aunque el nombre sugiere subvención, puede tratarse también de una actividad regular y constante de mediación y contacto con los empleadores.

Incentivos para la creación de " empresas de inserción". Este tipo de empresas se basan en una cuota de empleo para personas en situación de exclusión social. Suelen ponerse en marcha por ONGs y cuentan con apoyo económico por parte de las Administraciones.

Promoción de autoempleo (individual o cooperativo)**.** Programas de ayudas para el establecimiento como trabajador autónomo o para la formación de cooperativas.

8.3. REINTEGRACIÓN SOCIAL

En la tabla 8.1 se recogen los datos proporcionados por los Planes Autonómicos de Drogas, correspondientes al número de programas y recursos de incorporación social, así como a los usuarios de los mismos. Como ya se ha indicado en otros informes, no se contabiliza el número de usuarios de los dispositivos ambulatorios o residenciales donde se desarrollan las actividades de reinserción, o desde donde se efectúa el seguimiento de los programas individuales de reinserción, para evitar duplicidades con los usuarios de los programas de formación e integración laboral.

En el año 2010 ha disminuido el número de centros ambulatorios con tratamiento terapéutico, que cuentan también con programas de incorporación social (2010: 206: 2009: 320). También ha

descendido el número de centros residenciales de tratamiento (comunidades terapéuticas) que tienen programas de incorporación social (2010: 96; 2009: 119).
Por el contrario ha aumentado, de forma significativa, el número de centros que, sin ofrecer tratamiento, realizan actividades ocupacionales y de inserción social (2010: 205; 2009: 126).

Se confirma el aumento del número de usuarios contabilizados en recursos y programas de integración laboral, probablemente porque la incorporación social se concibe de forma creciente como un elemento fundamental en la preparación para el empleo y la obtención del mismo, en una situación de aumento del desempleo en España fruto de la crisis económica. Hay que destacar:

- La consolidación, en el año 2010, de los programas de información, orientación y acompañamiento para el empleo, con 7.023 usuarios, aunque el número de beneficiarios de las mismos ha disminuido respecto a 2009 (8.506).
- Al igual que en años anteriores, sigue la tendencia de aumento del total de usuarios de programas de Integración laboral (*Employment programmes),*13.051 (2009: 12.729).

En cuanto a la atención a las necesidades de vivienda (*housing*) como apoyo para la reinserción, según los datos proporcionados por los Planes Autonómicos, ha aumentado el número de dispositivos residenciales (housing facilities) en 2010, si bien se ha proporcionado alojamiento a 549 usuarios menos que el año anterior (3.479 personas en 2009, 2.930 en 2010).

Table 8.1. Social Reintegration programmes. Type, number of programmes and centres and number of users. Spain, 2010

	NÚMERO DE PROGRAMAS Y/O CENTROS	**NÚMERO DE USUARIOS**
Centros terapéuticos con actividades y/o programas de incorporación social	**206**	-
Centros de actividades y/o programas de incorporación social (sin tratamiento)	**205**	-
Centros residenciales de tratamiento con programas de incorporación. social (comunidades terapéuticas)	**96**	-
Housing facilities	**167**	**2.930**
Education and training programmes	**707**	**7.023**
Employment programmes	**684**	**13.051**

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos correspondientes a los Planes de Drogas de Comunidades y Ciudades Autónomas.

9. DELITOS Y PREVENCIÓN DE DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS Y PRISIONES

9.1. INTRODUCCIÓN

Los cuerpos policiales españoles continúan ejerciendo una fuerte presión contra la delincuencia dedicada al tráfico de drogas.

El número de delitos conocidos por tráfico de drogas continúa la tendencia al alza iniciada en el año 2005. No obstante representa un porcentaje muy bajo respecto al total de los delitos conocidos, en torno al 1,4%.

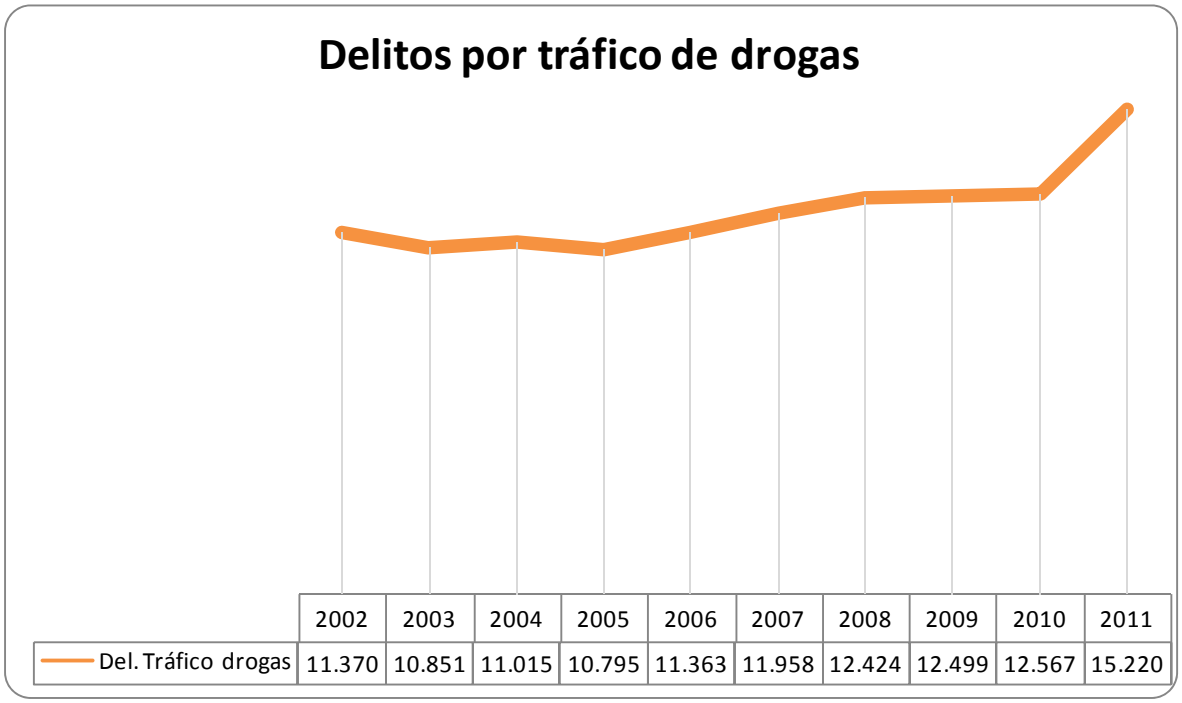
Esta casuística se debe especialmente al incremento de las detenciones por tráfico de cannábicos, que provoca en España la mayor parte de los detenidos por tráfico de drogas y el mayor número de denunciados por su tenencia o consumo en lugares públicos.

Cabe señalar que los Planes Operativos contra el tráfico minorista de drogas, su tenencia y consumo público, son la respuesta policial preventiva al hecho más visible del fenómeno del tráfico de estas sustancias.

9.2. DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

En el siguiente gráfico se puede observar cómo el número de los delitos conocidos por tráfico de drogas presenta en los últimos diez años una tendencia al alza. En el año 2011 se ha registrado el máximo del período y la variación con respecto al año anterior ha sido del 21%.

Fig 9.1. Delitos por tráfico de drogas, 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Del. Tráfico drogas	11.370	10.851	11.015	10.795	11.363	11.958	12.424	12.499	12.567	15.220

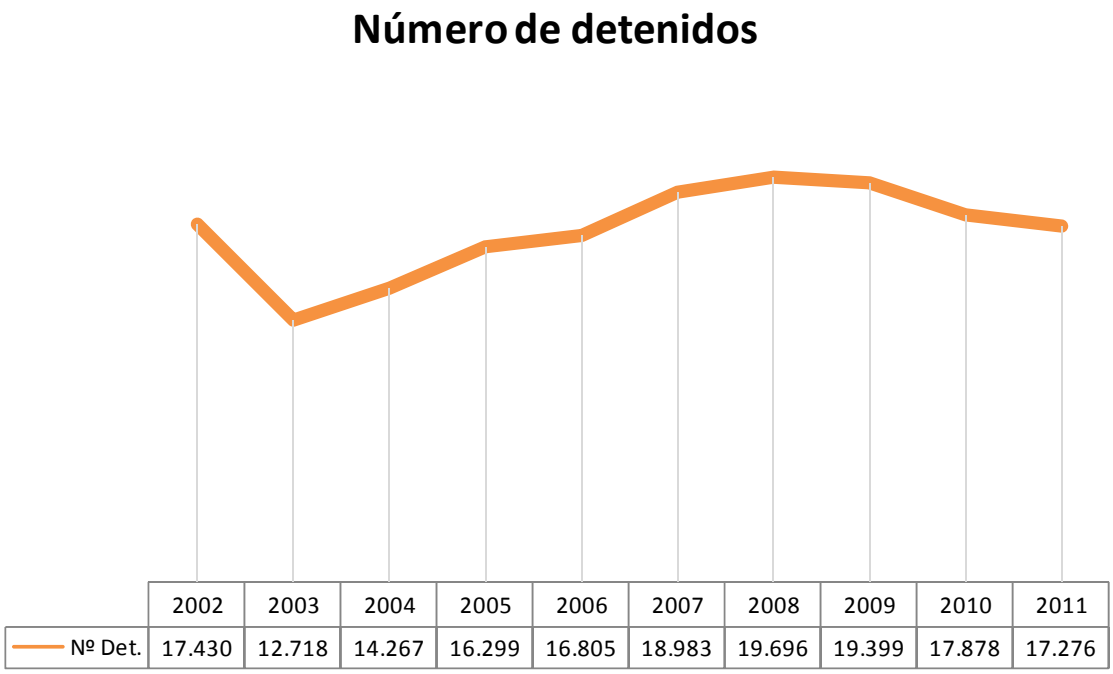
FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

9.3. DETENCIONES RELACIONADAS CON DROGAS

Evolución de las detenciones por tráfico de drogas

Como se aprecia en la siguiente gráfica el número de detenciones relacionadas con delitos por tráfico ilícito de drogas ha descendido un 3,37 por ciento, respecto al año anterior. Es evidente que este dato no está correlacionado con el número de delitos cometidos por tráfico de drogas que como se ha visto anteriormente ha sufrido, por el contrario, un aumento notable.

Fig 9.2. Número de detenidos, 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Det.	17.430	12.718	14.267	16.299	16.805	18.983	19.696	19.399	17.878	17.276

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución de las detenciones por familias de drogas[23]

En la siguiente gráfica, se recogen los valores de los últimos diez años, se aprecia que el cannabis y la cocaína son las sustancias sobre las que más detenciones se realizan.

En cuanto al cannabis las detenciones han aumentado un 5 por ciento con respecto al año pasado, manteniéndose una tendencia estable. El tráfico de cannábicos es el que provoca el mayor número de detenciones por tráfico de drogas y a lo largo de la última década se mantiene en valores muy altos.

Con respecto a la cocaína las detenciones descendieron un 12 por ciento, en relación al año 2010, y continúa afirmando la tendencia descendente iniciada el año 2008.

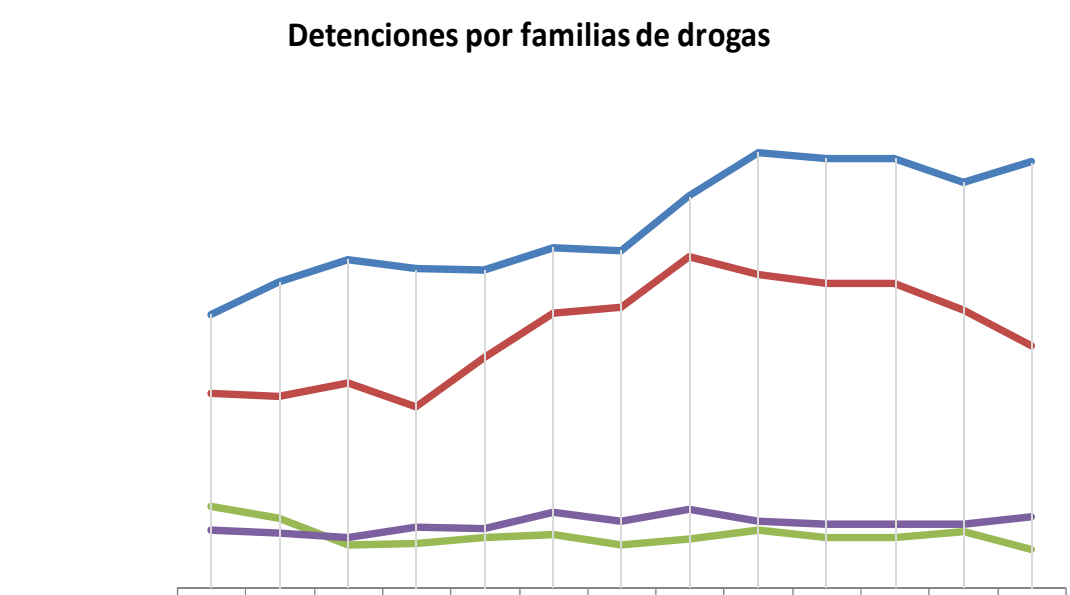
Como se aprecia en la tabla el año 2007 fue el año en el que las detenciones aumentaron conjuntamente en todas las sustancias.

[23] El cómputo total de detenciones no es igual a la suma de las detenciones para cada familia de drogas expuesta, dado que la detención de una persona con ocasión de un decomiso de varias sustancias, se contabiliza como una detención por cada una de las sustancias intervenidas de la misma familia.

Las detenciones sobre la familia de los opiáceos muestran, en 2011, un descenso del 31 por ciento con respecto al año 2010, situándose como el valor más bajo desde el año 2000.

En las detenciones por alucinógenos y psicotrópicos, se ha experimentado un incremento del 11 por ciento sobre el año 2010. Este aumento rompe la homogeneidad en la cifra iniciada en el año 2009 y, por tanto, la tendencia a consolidar el número de detenciones.

Fig 9.3. Detenciones por familias de drogas, 2000-2011



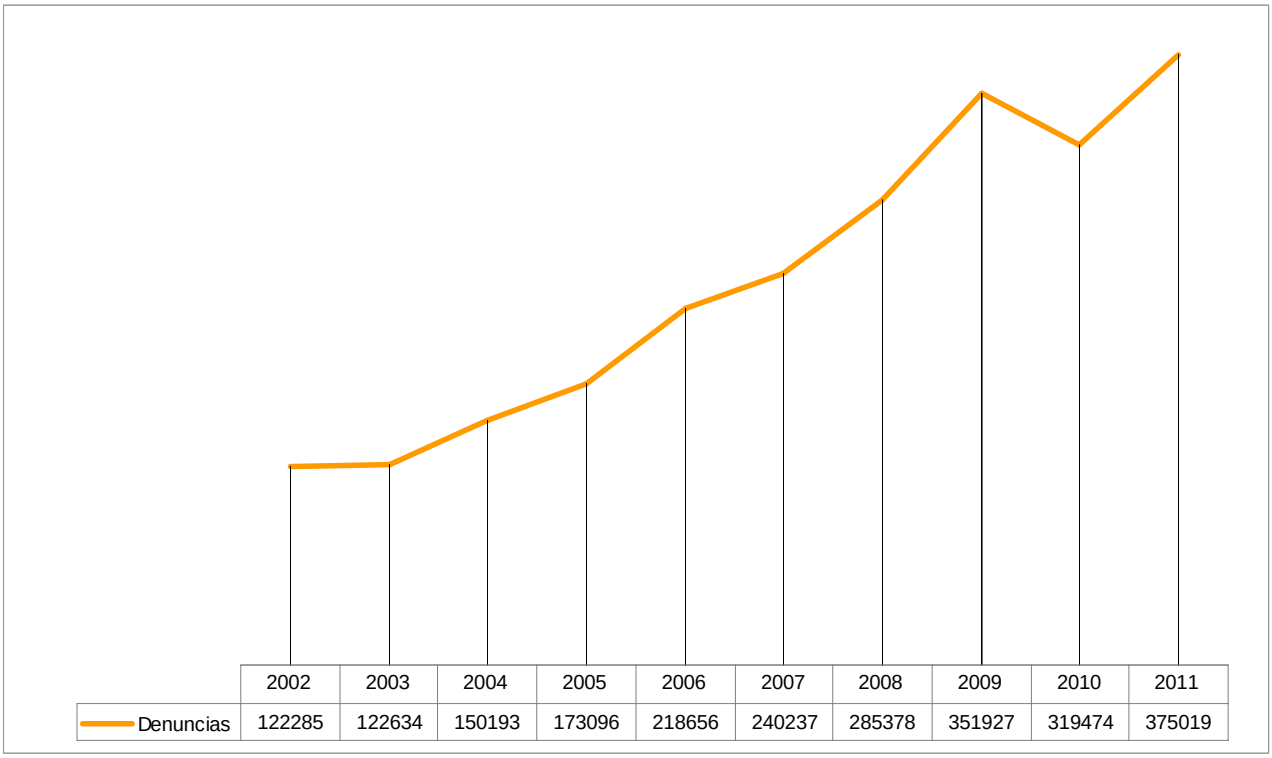
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009	2010	2011
Cannábicos	7.518	8.408	9.042	8.769	8.748	9.359	9.277	10.763	11.963	11.799	11.799	11.145	11.707
Cocaínicos	5.377	5.268	5.633	4.997	6.343	7.571	7.737	9.111	8.634	8.366	8.366	7.649	6.684
Opiáceos	2.243	1.914	1.214	1.236	1.407	1.483	1.222	1.381	1.613	1.392	1.392	1.585	1.090
Alucin. y psicotr.	1.617	1.513	1.408	1.680	1.626	2.095	1.858	2.161	1.859	1.755	1.755	1.760	1.959

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución general de las denuncias por infracción a la Ley Orgánica 1/1992 (tenencia o consumo de drogas en lugar público)

En 2011 se registró el mayor número de denuncias de la última década, aumentado un 17 por ciento respecto al 2010 y un 6 por ciento con respecto al 2009, que fueron los años que más denuncias se realizaron. En la gráfica siguiente se puede apreciar claramente la tendencia alcista que registra este dato.

Fig. 9.4. Denuncias, 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Denuncias	122285	122634	150193	173096	218656	240237	285378	351927	319474	375019

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución de las denuncias por familias de drogas[24]

En el año 2011 el **número de denuncias** por familias de drogas han aumentado, excepto las referentes al grupo de opiáceos, que han descendido.

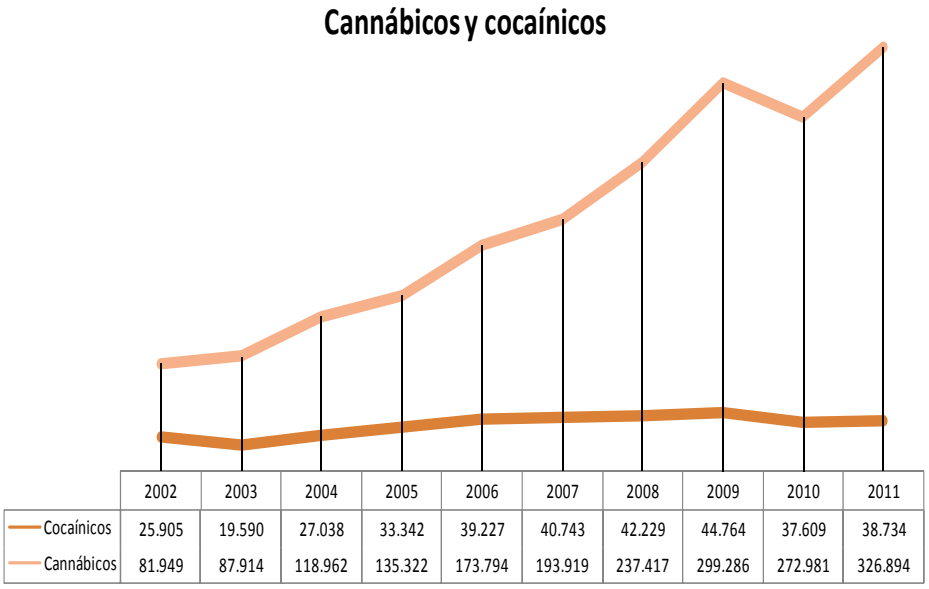
La mayor parte de las denuncias por tenencia o consumo público corresponden a los cannábicos, que tras un descenso en el año 2010, en el año 2011 han subido un 20 por ciento.

Comparando la gráfica de denuncias totales con la de denuncias de cannábicos apreciamos que la línea que une los valores es casi idéntica, lo que confirma que las denuncias por cannábicos aportan el mayor número de éstas al cómputo total.

En la misma gráfica, se puede observar como las denuncias por consumo de cocaínicos, tras un ascenso moderado de los últimos años, en 2010 descienden en un 16 % respecto a 2009, para en 2011 volver a ascender un 3 por ciento.

[24] El cómputo total de denuncias no es igual a la suma de las denuncias para cada familia de drogas expuestas, dado que la denuncia a una persona con ocasión de un decomiso de varias sustancias, se contabiliza una denuncia por cada una de las sustancias intervenidas de la misma familia.

Fig. 9.5. Cannábicos y cocaínicos, 2002-2011



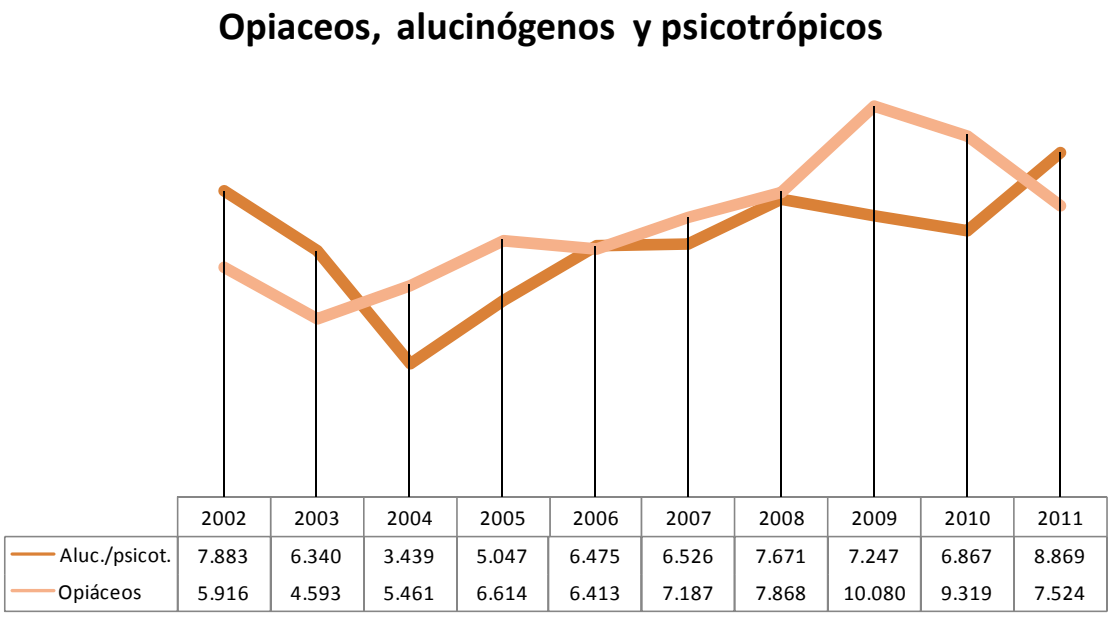
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cocaínicos	25.905	19.590	27.038	33.342	39.227	40.743	42.229	44.764	37.609	38.734
Cannábicos	81.949	87.914	118.962	135.322	173.794	193.919	237.417	299.286	272.981	326.894

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Las denuncias por consumo de opiáceos descienden un 19 por ciento en 2011, manteniendo la bajada iniciada en el año 2009.

En cuanto a las denuncias por consumo de alucinógenos y psicotrópicos, muestran el valor más alto de toda la década, con un aumento del 29 por ciento con respecto al año 2010.

Fig.9.6. Opiáceos, alucinógenos y psicotrópicos, 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aluc./psicot.	7.883	6.340	3.439	5.047	6.475	6.526	7.671	7.247	6.867	8.869
Opiáceos	5.916	4.593	5.461	6.614	6.413	7.187	7.868	10.080	9.319	7.524

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

En síntesis, en el 2011, las denuncias por cannábicos supusieron el 87 por ciento del total, seguido de los cocaínicos con el 10 por ciento, los opiáceos con el 2 por ciento y por último, los alucinógenos-psicotrópicos con el 2 por ciento.

9.5. PREVENCIÓN DE DELITOS RELACIONADOS CON DROGAS

En 2011 se continúa con los Planes Operativos de respuesta policial al tráfico minorista de drogas y al consumo de drogas o su tenencia a tal fin, en los entornos escolares y en los lugares de ocio y diversión.

Estos Planes tienen un **carácter esencialmente preventivo**, y aunque son de carácter permanente, es decir, están activados durante todo el año, existen 4 períodos de tiempo en que se ejecutan de forma prioritaria, denominados *fases de intensificación*, en las cuales los Cuerpos policiales refuerzan y orientan los servicios preventivos hacía los lugares de ocio y los centros escolares y sus entornos, con el fin de disuadir el consumo y el tráfico minorista.

Los resultados obtenidos de las cuatro fases de intensificación desarrolladas en el año 2011, se exponen en las siguientes tablas:

Table 9.1. Plan de prevención tráfico minorista y consumo en "Centros Escolares y sus entornos", 2011

Detenidos por tráfico de drogas	12
Puntos de venta de drogas desactivados	74
Denuncias consumo/tenencia	2,187
Decomisos de drogas	2,220
Incautaciones de drogas:	
Heroína (gr.)	11
Cocaína (gr.)	94
Hachís (gr.)	1,652
Marihuana (gr.)	4,892
Sulfato de Anfetamina -Speed (gr.)	1
MDMA (Éxtasis) (uds.)	33
Psicofármacos (uds.)	66

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Table 9.2. Plan de prevención tráfico minorista y consumo en "Lugares de ocio y diversión", 2011

Detenidos por tráfico de drogas	279
Puntos de venta de drogas desactivados	312
Denuncias consumo/tenencia	39,175
Decomisos de drogas	41,920
Inspecciones de locales públicos:	5,028
Denuncias por permitir venta de drogas	136
Denuncias por permitir entrada de menores	20
Denuncias por venta de alcohol a menores	49
Incautaciones de drogas:	
Heroína (gr.)	360
Cocaína (gr.)	7,437
Hachís (gr.)	119,210
Aceite de hachís (cc)	57
Marihuana (gr.)	155,541
Sulfato de Anfetamina -Speed (gr.)	2,128
LSD (dosis)	251
MDMA (Éxtasis) (uds.)	2,076
GHB – Éxtasis líquido (cc)	61
Psicofármacos (uds.)	1,780

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

9.6. INTERVENCIONES EN EL SISTEMA JUDICIAL CRIMINAL

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se enmarca dentro de las políticas de salud pública destacando como principios rectores la equidad y la intersectorialidad. Asimismo, resalta como población diana de las intervenciones preventivas y asistenciales los colectivos en situación de especial vulnerabilidad, entre los que se encuentran las poblaciones con problemas jurídico penales incluyendo a los menores infractores, y como escenarios de intervención el sistema penitenciario y el contexto judicial.

En este sentido, el Plan de Acción 2009-2012 plantea como acciones específicas a desarrollar en este ámbito:

- Validación y desarrollo de programas dirigidos a menores internos en centros de reforma.
- Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a la población reclusa.
- Apoyar la realización de talleres de reducción de daños en instituciones penitenciarias.

- Colaborar en el desarrollo específico de programas de atención a drogodependencias en jóvenes internados en centros de menores o que han tenido problemas con la justicia.

- Impulsar la mejora de la calidad y la extensión de los programas de tratamiento y reinserción dirigidos a la población penitenciaria, así como las medidas alternativas a la prisión, haciendo especial hincapié en el seguimiento posterior a la excarcelación.

- Colaborar en el desarrollo de programas, especialmente en dependencias judiciales y policiales, que ofrezcan apoyo jurídico, administrativo y social a las personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas.

▪ ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha seguido potenciando los programas que ofrecen apoyo jurídico y social a personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas, desarrollando una amplia red de equipos de apoyo, con el objetivo de que se apliquen las medidas tendentes a evitar el ingreso en prisión.

Así, durante el año 2010 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha transferido fondos a las Comunidades Autónomas para la consolidación y extensión de los programas de atención al detenido en comisarías y juzgados (Castilla-La Mancha y Galicia); para el fomento de actuaciones con sujetos excarcelados o en cumplimiento alternativo (Galicia y País Vasco); y para el apoyo de intervenciones con reclusos drogodependientes (todas las Comunidades Autónomas).

También hay que destacar la transferencia de fondos a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Castilla y león y Cataluña para la implementación de programas dirigidos a combatir la exclusión social y prevenir la delincuencia.

Programas Alternativos a la Privación de Libertad, de acuerdo con diferentes fuentes, se ha intentado describir una panorámica global de la situación de estas medidas en nuestro país:

- **Servicios Sociales Penitenciarios de la Administración General del Estado**. A 31 del diciembre de 2010 fueron notificadas 234.935 sentencias de medidas alternativas:

  - El 89% consistieron en trabajos en beneficio de la comunidad (TBC). Hay que subrayar que el 76% se aplicaron a delitos por seguridad vial y el 15% por violencia de género. En estas tipologías delictivas destaca el consumo de alcohol.

  - El 9 % consistieron en suspensiones y sustituciones.

  - El 2% consistieron en medidas de seguridad.

  Durante el año 2010 se ha generalizado como forma de cumplimiento de los trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) la participación en los Talleres de Sensibilización en Seguridad Vail- TASEVAL-, llegando a la cifra de más de 48.000 penados los que han cumplido condena por esta vía. Hay que tener en cuenta que el 76% de las personas condenadas a TBC lo son por delitos de seguridad vial, y el 62% de estos delitos son por conducir bajo los efectos del alcohol[25].

[25] "Estudio de perfil penal y sociodemográfico de los penados a TBC" realizado por la Secretaría de Instituciones Penitenciarias

El artículo 49 del Código Penal, en virtud de la modificación operada por Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio[26], faculta el cumplimiento de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad a través de la participación del penado en talleres o programas formativos o de reeducación, entre los que cita textualmente los de educación vial.

- **Estadísticas de la Dirección General de Justicia Juvenil de Cataluña**. Durante el año 2010, los juzgados notificaron a esa Dirección un total de 17.319 demandas de aplicación de una medida alternativa. El 3,2% de las mismas consistieron en tratamientos de deshabituación para drogodependientes.

  El 55,6% de las medidas penales alternativas en ejecución a 31 de diciembre de 2010 se registraron por delitos contra la seguridad vial, seguidos de los delitos por violencia de género (18,94%).

  Estos datos destacan la incidencia del consumo de alcohol en delitos contra la seguridad vial, de sangre, de agresión sexual, de violencia doméstica y otros, debido al efecto desinhibitorio del alcohol. Por ello, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ha firmado un convenio con la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados para la colaboración en la intervención de los condenados por delitos contra la seguridad relacionados con el consumo de alcohol.

  También hay que destacar el programa de intervención con preventivos de la Asociación de nueva Gente en Salamanca. (En el perfil de estos internos destaca la comisión de delitos contra la seguridad vial por abuso y dependencia al alcohol). Asimismo, la Estrategia marco de Seguridad Vial de Castilla-León tiene como objetivo reducir los accidentes de tráfico por consumo de drogas. (En esta comunidad, el 23,3 % de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad se aplicaron a personas dependientes del alcohol) También Ceuta tiene como prioridad la prevención del consumo de alcohol y riesgos asociados a la conducción.

  A 1 de enero de 2010 un total de 560 internos estaban en tratamiento de deshabituación en recurso comunitario por aplicación de tercer grado condicionado a tratamiento residencial. Durante el mismo año, un total de 1.369 internos fueron atendidos en este tipo de recurso comunitario por aplicación de tercer grado condicionado (Art. 182 del Reglamento penitenciario)

Other interventions in the criminal justice system. Menores Infractores. Los jóvenes se consideran a sí mismos invulnerables al daño originado por sus elecciones de conductas y estilos de vida. No obstante, el consumo de drogas provoca importantes alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Las investigaciones que se han efectuado sobre el desarrollo del cerebro adolescente demuestran la importancia de enfocar la prevención hacia los jóvenes; se sabe que es muy probable que los que han llegado a los 21 años de edad sin haber adquirido adicciones, no las van a adquirir después.

En la infancia y la adolescencia es tan importante el acceso equitativo a una educación de calidad como el nivel de educación familiar. Por ello, hay que desarrollar intervenciones de desarrollo temprano dirigidas a prevenir las desigualdades en salud en la infancia y la adolescencia

Según diferentes estudios las intervenciones que muestran un impacto en las desigualdades son las dirigidas a la vivienda y el empleo. En España la Comisión para reducir las desigualdades en Salud ha otorgado un papel destacado a la reducción de las mismas en las etapas iniciales de la

[26] La ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica el Código Penal, regula delitos de seguridad vial, introduciendo la libertad vigilada como medida de seguridad. Ésta se impone en sentencia junto a la pena de prisión para su ejecución posterior a la excarcelación.

vida[27]. De hecho algunas formas de organización de recursos económicos educativos y sanitarios perpetúan y reproducen las desigualdades.

La publicación "Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores"[28] tiene como finalidad la de servir como un instrumento de referencia y ayuda para lograr, entre las distintas instituciones y profesionales implicados, el descenso de las tasas de reincidencia juvenil, mediante la mejora de los programas de intervención sobre los menores infractores.

Durante el año 2010, la Delegación ha continuado transfiriendo fondos a los Planes Autonómicos para la consolidación y extensión de los programas de prevención selectiva e indicada (Aragón, Castilla-León, Galicia y País Vasco). Asimismo, los Planes Autonómicos han realizado un considerable esfuerzo para desarrollar y consolidar programas dirigidos a esta población hay que destacar el desarrollo de las siguientes actuaciones:

- **Andalucía**: programa de prevención comunitaria "Ciudades ante las drogas" dirigido a jóvenes de alto riesgo. Incluye intervenciones con menores en centros de protección y reforma.

- **Asturias**: desarrollo de actuaciones de intervención comunitaria con menores en conflicto social y/o penal.

- **Baleares**:
  - Programa de prevención secundaria REFORMA, dirigido a jóvenes con medidas judiciales.

- En **Castilla y León** se consolidan los programas:
  - Programa de prevención selectiva dirigido a las familias de adolescentes con conductas problemáticas (actos delictivos, violencia, etc.)
  - Programa de intervención con menores en riesgo de exclusión social, incluye el programa de intervención en el centro de reforma de Zambrana.
  - Casa-Escuela Pía: 8 plazas para cumplimiento de medidas judiciales
  - También hay que destacar el programa de reducción de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de droga, dentro de la Estrategia de Seguridad Vial, uno de cuyos objetivos es reducir la muerte en jóvenes.

- **Cataluña** continúa desarrollando estrategias de prevención selectiva e indicada, y de asistencia dirigidas a menores infractores. Se consolida el programa Límites dirigido a padres y madres con hijos infractores.

- **Extremadura** ha puesto en marcha:
  - PIMICA, programa de intervención con menores infractores, y menores con problemas de conducta sujetos a medidas privativas de libertad en centros.
  - PAMICA, programa de intervención familiar educativo-terapéutico con menores infractores que presentan conductas adictivas. Dirigido a infractores derivados por el equipo técnico de juzgados de menores con recomendación de medida educativa en medio abierto.

- **Madrid**. Servicio de Prevención Indicada de las Adicciones: se trata de un Servicio Alternativo de Prevención Multiestratégico que pretende disminuir los factores de riesgo y

[27]. Desigualdades sociales en la salud infantil. SESPAS 2010

[28] Santiago Redondo Illescas, Ana Martínez Catena Antonio Andrés Pueyo Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. 2011 Ministerio de Sanidad, Política Social

aumentar los factores de protección y resistencia de los adolescentes y jóvenes que usan drogas y presentan una serie de conductas problemáticas

- **Melilla**: programas dirigidos a menores extranjeros no acompañados residentes en centros de protección y reforma.

- **La Rioja** desarrolla un programa de intervención dirigido al menor infractor.

- En **Navarra** los programas de prevención selectiva e indicada incluyen menores infractores.

- El **País Vasco** realiza programas de prevención selectiva e indicada. Una cuarta parte de lo usuarios de estos programas están bajo sanción penal.

Se puede concluir que los Planes Autonómicos de Drogas pretenden dar repuesta a través de programas de prevención selectiva e indicada a situaciones de riesgo, dada la importancia que tiene una intervención educativa realizada a tiempo en la prevención de la reincidencia. De hecho, las investigaciones muestran que un alto porcentaje de los menores que han ingresado en centros de reforma ingresa después en prisión.

Por ello, los programas de prevención dirigidos a jóvenes delincuentes no se centran en el consumo de drogas, sino que ponen el énfasis en la vulnerabilidad social y personal, en el desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada vinculadas con políticas sociales y educativas.

Programas en Comisarías y Juzgados. Se presenta a continuación la información sobre las personas con problemas judiciales atendidas por los servicios de atención al detenido en comisarías y juzgados, de acuerdo con los datos facilitados por los Planes Autonómicos sobre Drogas.

Durante el año 2010 fueron atendidos en programas de atención al detenido drogodependiente un total de 16.577 usuarios. De ellos, 1.794 fueron atendidos en programas de atención en comisarías, y 14.783 en programas de atención en juzgados. Además, un total de 1.308 usuarios fueron atendidos en servicios de asesoría jurídica.

Hay que señalar que estas cifras suponen una subestimación del número real de casos atendidos, ya que no todos los Planes Autonómicos han notificado datos. La mayoría de estos recursos son financiados total o parcialmente por los Planes Autonómicos.

Programas en Instituciones Penitenciarias. Los estudios subrayan que la posición laboral y la estancia en prisión podrían ser marcadores de la falta de integración social y de la dificultad de obtener beneficios del sistema de salud; que toda estrategia para erradicar la exclusión social debe de incluir las necesidades de los reclusos que son excarcelados; que las áreas más derivadas aguantan más duramente los problemas sociales que acompañan a la liberación de reclusos; y que los reclusos tienen un alto riesgo de muerte inmediatamente después de su liberación. Por ello, las intervenciones durante el periodo de transición prisión-comunidad resultan clave.

En esta dirección, hay que enmarcar las actuaciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de promoción de la inserción sociolaboral de los reclusos.

Hay que destacar los programas de intervención de los Planes Autonómicos sobre Drogas con excarcelados:

- Aragón ha diseñado un procedimiento para homogeneizar el tratamiento de drogodependientes en situación de libertad provisional y excarcelados.
- Canarias ha implementado un servicio jurídico específico de atención a internos en libertad vigilada.

- Galicia ha diseñado e implementado el programa ITINERE dirigido al seguimiento de internos excarcelados.

- En Cataluña se han diseñado nuevos circuitos de derivación a recursos asistenciales en medio comunitario.

9.7. CONSUMO DE DROGAS Y PROBLEMÁTICA EN LAS PRISIONES

ESTADÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA. Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior (se incluyen datos de población penitenciaria de Cataluña).

En los últimos años, la población penitenciaria española se asocia, en una parte importante a dos fenómenos relevantes y relacionados: el tráfico y consumo de drogas (incluido alcohol) y el auge de procesos migratorios no regularizados. Nuestro país aparece agrupado junto con Portugal y Reino Unido en el grupo de países con mayores índices de encarcelamiento, presenta una tasa de 162 por cada 100.000 habitantes (1 enero 2010).

A 31 de diciembre de 2010 había 73.929 personas encarceladas en España frente a las 76.079 que hubo en 2009. En la figura 9.6 se pueden observar las características de la población reclusa en el período 2000-2010:

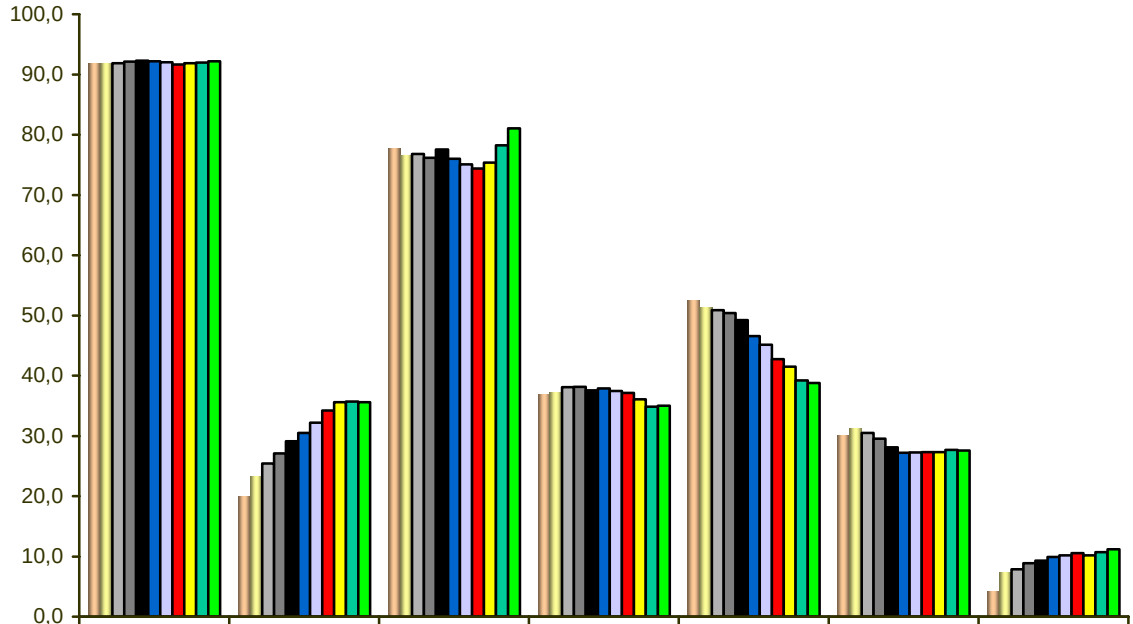
- La población penitenciaria es predominantemente masculina (el 92,2%), con un incremento cada vez mayor de extranjeros (el 35,6%). El principal motivo de ingreso en prisión de los reclusos procedentes de estos países es el tráfico de drogas.

  El 39,6% de las mujeres eran extranjeras frente al 35,2% de los hombres. Entre los hombres extranjeros destacan los que proceden de Marruecos. Y entre las mujeres extranjeras destacan las que proceden de Colombia. España presenta una de las tasas más altas de encarcelamiento de mujeres en Europa. También presenta una de las tasas más altas de mujeres extranjeras encarceladas.

- El 66,4% de la población penitenciaria penada tenía entre 31-60 años de edad frente al 66,1% que estaba en ese tramo de edad en 2009. España presenta una población penitenciaria con una media de edad de las más elevadas de Europa.

- Según tipología delictiva, en el período 2000-2010, como se puede observar en la Figura 9.6, descienden los penados por delitos contra el orden socioeconómico. Este hecho puede estar mediatizado por las variables de edad y de reincidencia, ya que los estudios apuntan que a medida que aumenta la edad de los sujetos delincuentes existe un desplazamiento del tipo delictivo cometido. Si bien, otros factores como los cambios habidos en el marco punitivo pueden estar interviniendo, tales como la inclusión de nuevos tipos delictivos (delitos de violencia doméstica y delitos contra la seguridad vial).

Fig. 9.6. Evolución del perfil de la población penitenciaria. España, 2000-2010 (%)



	Hombres	Extranjeros	Penados	Edad: 31-40*	C.Orden Socioeconómico	C. Salud Pública*	Contra Personas*
2000	91,9	19,9	77,8	36,9	52,6	30,2	4,2
2001	91,8	23,3	76,6	37,3	51,4	31,3	7,3
2002	91,9	25,4	76,8	38,1	50,9	30,5	7,9
2003	92,1	27,1	76,2	38,1	50,4	29,5	8,9
2004	92,3	29,1	77,6	37,6	49,3	28,1	9,3
2005	92,2	30,5	76,0	37,9	46,6	27,2	9,9
2006	92,0	32,2	75,1	37,5	45,1	27,3	10,2
2007	91,7	34,2	74,4	37,2	42,8	27,3	10,6
2008	91,9	35,6	75,4	36,1	41,5	27,3	10,2
2009	92,0	35,7	78,2	34,9	39,2	27,7	10,7
2010	92,2	35,6	81,1	35,0	38,8	27,6	11,2

Nota: delitos contra las personas: homicidio y sus formas y lesiones.
(*) Porcentajes sobre población penada por la ley orgánica 10/1995 y el Código Penal anterior.
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A partir de las estadísticas penitenciarias del Ministerio del Interior

Los tipos delictivos predominantes siguen siendo, en primer lugar, los delitos contra la propiedad (el 38,8% de la población penada) seguidos de los delitos contra la salud pública (el 27,6% de la población penada). Según la variable sexo, el 39,5% de los hombres estaban recluidos por delitos contra el patrimonio, mientras que el 49,6 % de las mujeres estaban recluidas por delitos contra la salud pública. Las mujeres presentan un perfil delictivo más bajo que los hombres aunque con condenas más largas debido a la mayor carga penal del tipo de tráfico de drogas.

Diversos estudios destacan que los delitos contra la seguridad vial, de sangre, de agresión sexual y de violencia doméstica presentan una alta incidencia de consumo de alcohol. El estudio “Las drogas en la delincuencia: su tratamiento en la Administración de Justicia”

(Muñoz Sánchez 2003) destaca que el gran volumen de sentencias no tiene que ver con las drogas ilegales sino con el alcohol. De hecho, los delitos contra la seguridad del tráfico son los que terminan siendo objeto de acusación penal de forma más frecuente, el 90% de estos delitos se producen bajo la influencia de bebidas alcohólicas.

En el mismo sentido, el estudio "Prevalencia del consumo de alcohol en los trastornos relacionados con la población penitenciaria condenados por delitos contra la seguridad vial" (Monras et al. 2011) concluye que el 88% de la muestra estudiada presentaba indicadores de alcoholismo.

- Según primariedad delictiva, el 54,8% de los penados eran reincidentes, en mayor proporción los hombres que las mujeres (55,5% frente a 46,8%).

ESTADÍSTICAS: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A CONSUMO DE DROGAS EN EL 2010. Fuente: Registros Sanitarios de Sanidad Penitenciaria (Ministerio del Interior)

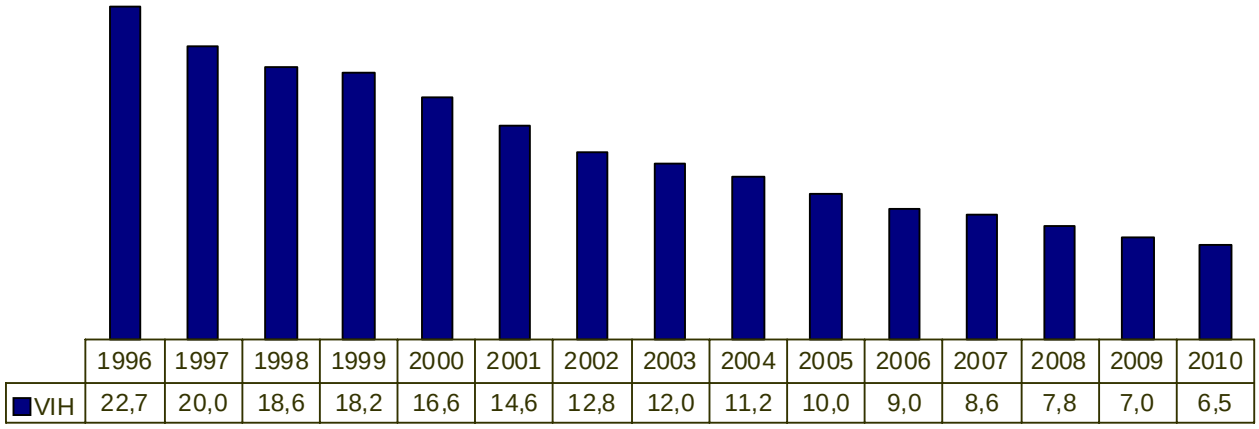
La administración penitenciaria española garantiza a todos los internos una atención médico-sanitaria equivalente a la que se oferta al conjunto de población. De hecho, la asistencia sanitaria en prisión es uno de los principales instrumentos de que dispone el sistema sanitario público para desarrollar su estrategia de lucha contra las desigualdades sociales en materia de salud. (La calidad Asistencial en la Sanidad Penitenciaria en España, mayo de 2010) Se puede decir que es el principal dispositivo asistencial y puerta de entrada al resto de la asistencia pública, para una gran parte de la población marginada y por tanto vulnerable a un buen número de enfermedades que tradicionalmente se asocian a la exclusión social.

Esta asistencia sanitaria ha propiciado una tendencia decreciente de las enfermedades de transmisión más prevalentes en el medio penitenciario. En el año 2010 las prevalencias de enfermedades asociadas a consumo de drogas en el total de la población penitenciaria han sido las siguientes:

- Prevalencia del VIH: el 6,5% del total de la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y el 10% de la población penitenciaria de Cataluña. La principal categoría de transmisión del VIH sigue siendo la de compartir material de inyección para la administración de drogas por vía parenteral en ambos sexos.

  De acuerdo con la figura 9.7 continúa la tendencia decreciente de la prevalencia del VIH en el ámbito penitenciario. La incidencia de sida ha diminuido en ambos sexos y las mujeres siguen presentando tasas más bajas que los hombres.

Fig. 9.7. Evolución de la prevalencia del VIH en población reclusa. España, 1996-2010* (%)

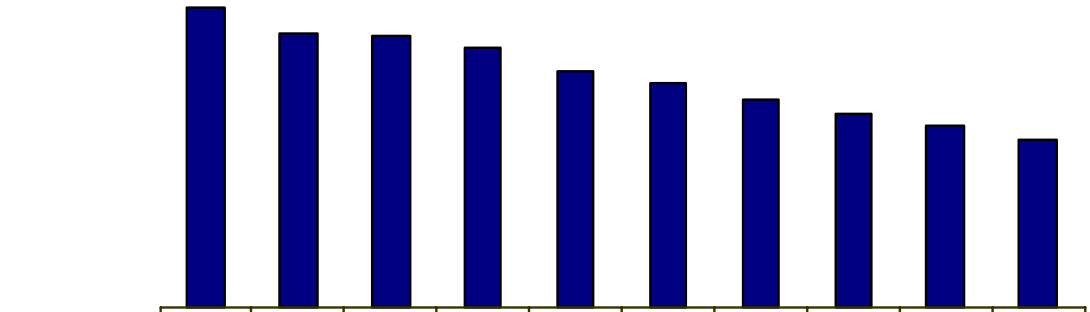


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
VIH	22,7	20,0	18,6	18,2	16,6	14,6	12,8	12,0	11,2	10,0	9,0	8,6	7,8	7,0	6,5

*No está incluida Cataluña.
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos facilitados por la Secretaría General de Instituciones penitenciarias.

- Prevalencia de hepatitis C: el 23,4% del total de la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y el 21% en la población penitenciaria de Cataluña. La población afectada se caracteriza por una edad precoz en el inicio consumo de drogas, tiempo de consumo prolongado, compartir jeringuillas, y coinfección por VIH. Según estudios realizados en el ámbito penitenciario, el antecedente de consumo de drogas es el factor que mejor predice la posibilidad de tener ambas infecciones.
  De acuerdo con la Figura 9.8 continúa la tendencia decreciente de la prevalencia de hepatitis C en el ámbito penitenciario. Pueden existir diversas explicaciones para esta reducción, entre las que destacan el aumento de extranjeros que hay en las prisiones, ya que éstos consumen drogas con menos frecuencia y hay menos personas infectadas.

Fig 9.8 Evolución de la prevalencia de la hepatitis C en población penitenciaria*. España, 2001-2010



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hepatitis C	41,9	38,2	37,8	36,2	33,0	31,3	29,0	27,0	25,3	23,4

* No está incluida Cataluña
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos facilitados por la Dirección General de Instituciones penitenciarias

- Prevalencia de internos en tratamiento con antirretrovirales: el 3,8% (2009: 4,5%) del total de la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y el 4,8% de la población penitenciaria de Cataluña.

- Continúa la tendencia descendente en el porcentaje de internos en tratamiento observada en los últimos años. Esta tendencia está motivada por la disminución de la prevalencia de infectados por el VIH entre las personas ingresadas en prisión.

- Prevalencia de la tuberculosis: el 0,14% de la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias estaba en tratamiento por enfermedad tuberculosa, y el 0,15% de la población penitenciaria de Cataluña. El ser VIH positivo y el uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.

- Fallecimientos por sobredosis en centros penitenciarios. Durante el año 2010, se han notificado al registro de mortalidad de Sanidad Penitenciaria 153 fallecimientos ocurridos en los centros penitenciarios o en los hospitales de referencia. En los centros penitenciarios de Cataluña han fallecido 36 reclusos durante el año 2010.

    - Por sobredosis en centros penitenciarios han fallecido 39 internos. En el 17,9 % de los análisis toxicológicos realizados en 2010, se detectó cocaína, y en todos opiáceos con otras sustancias. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe Mortalidad 2010) En los centros penitenciarios de Cataluña han fallecido 16 reclusos por sobredosis.

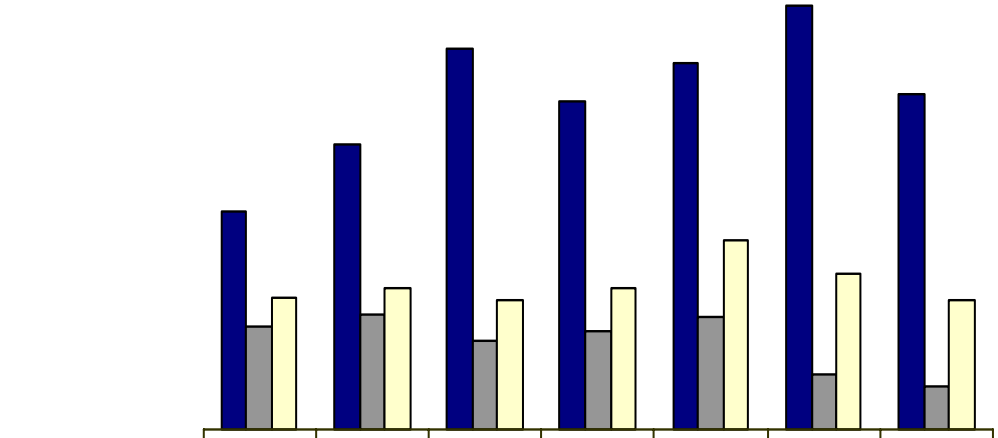
    - Por infección VIH 13 internos. En los centros penitenciarios de Cataluña ha fallecido 1 interno por infección VIH.

    - Por causa natural no VIH 101 fallecimientos. La figura 9.9 muestra la distribución según el motivo del fallecimiento (no incluidos suicidios y muertes accidentales o violentas). En los centros penitenciarios de Cataluña han fallecido 19 internos por causa natural no VIH.

- La tasa de mortalidad en las prisiones dependientes de la administración central fue de 2,83 por cada mil internos en 2010. El grupo de edad con mayor número de fallecidos fue el comprendido entre los 40 y 45 años.

- Otro riesgo asociado al consumo de drogas afecta a la salud mental, desencadenado sobre todo por el consumo de cocaína inyectada. Según el Informe de Prevalencia de Trastornos mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio Preca), la prevalencia de patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general, alrededor de 5 veces más alta.

Fig 9.9. Causas de la mortalidad en población penitenciaria*. España, 2004-2010.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Natural no VIH	66	86	115	99	111	128	101
Infección VIH	31	35	27	30	34	17	13
Sobredosis	40	43	39	43	57	47	39

*No está incluida Cataluña
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos facilitados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

ENCUESTA ESTATAL SOBRE SALUD Y DROGAS ENTRE LOS INTERNADOS EN PRISIÓN (ESDIP) 2006.
http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf

9.8. RESPUESTAS A CUESTIONES SANITARIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS EN LAS PRISIONES

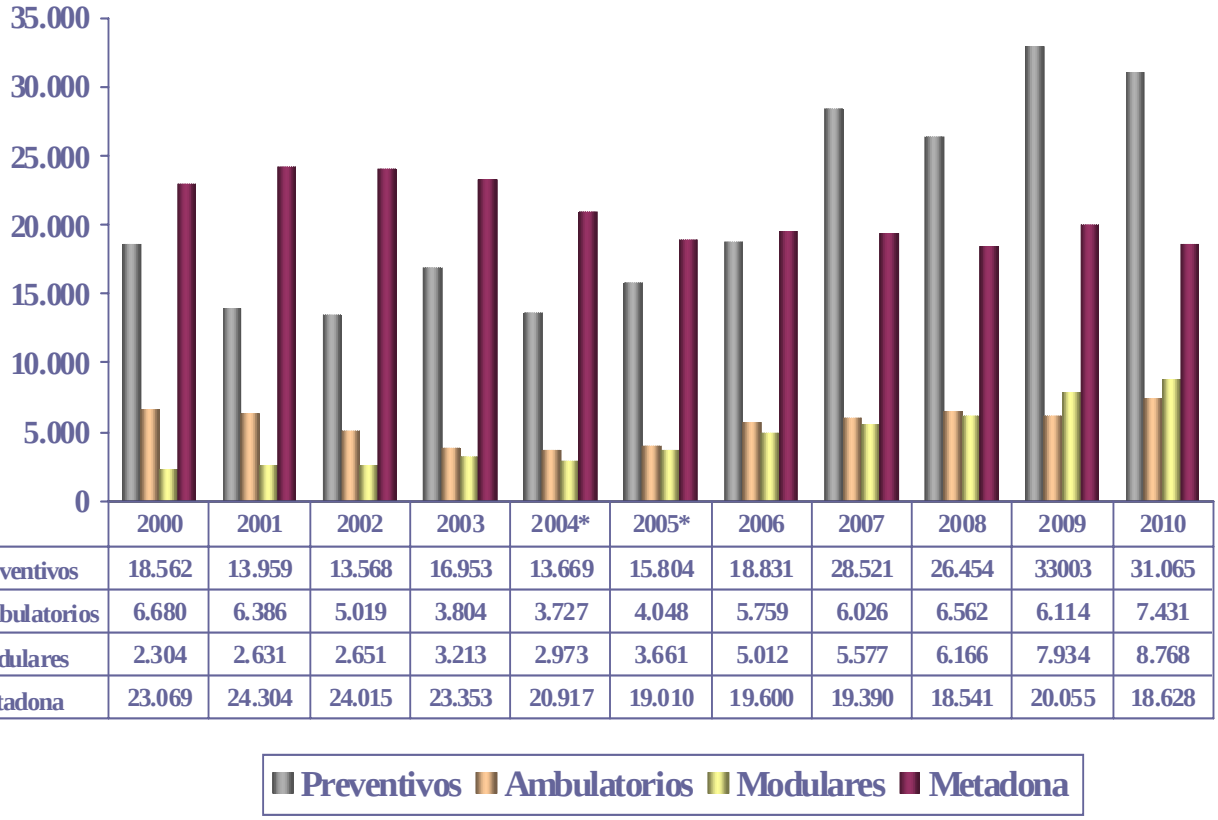
La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, que se enmarca dentro de las políticas de salud pública, resalta como escenario de intervención terapéutica el sistema penitenciario, manteniendo una vigilancia sobre el consumo de drogas en las prisiones. El Plan de Acción 2009-2012 de la Estrategia mencionada plantea como acciones específicas a desarrollar en este ámbito:

- Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a la población reclusa.
- Apoyar la realización de talleres de reducción de daños en instituciones penitenciarias.
- Impulsar la mejora de la calidad y la extensión de los programas de tratamiento y reinserción dirigidos a la población penitenciaria, así como las medidas alternativas a la prisión, haciendo especial hincapié en el seguimiento posterior a la excarcelación.

Un total de 34.827 internos drogodependientes de 89 centros penitenciarios han sido atendidos en programas de tratamiento en drogodependencias: 7.431 en programas ambulatorios, 8.768 en

programas modulares y 18.628 en programas de mantenimiento con metadona (Figura 9.10). Por una parte, un total de 29.963 internos (2009: 29.772 internos) de 78 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias han sido atendidos en estos programas, alcanzando una prevalencia-día del 19,7% (2009: 19,47%), 10,1% en los tratamientos con metadona y 8,6% en los programas de deshabituación sin metadona, (2009: 10,8% en los tratamientos con metadona y 8,6% en los programas de deshabituación sin metadona).

Fig 9.10 Evolución del número de internos en programas de drogodependencias. España, 2000-2010



	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006	2007	2008	2009	2010
Preventivos	18.562	13.959	13.568	16.953	13.669	15.804	18.831	28.521	26.454	33003	31.065
Ambulatorios	6.680	6.386	5.019	3.804	3.727	4.048	5.759	6.026	6.562	6.114	7.431
Modulares	2.304	2.631	2.651	3.213	2.973	3.661	5.012	5.577	6.166	7.934	8.768
Metadona	23.069	24.304	24.015	23.353	20.917	19.010	19.600	19.390	18.541	20.055	18.628

* No incluidos los datos referidos a población penitenciaria de Cataluña.
Fuente: DGPNSD a partir de datos facilitados por la Secretaría General de Instituciones penitenciarias y la Secretaría de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña

De otro lado, 4.864 internos de 11 centros penitenciarios de Cataluña han sido atendidos en estos programas: 3.040 internos bajo tratamiento de deshabituación y 1.824 en tratamiento con metadona. El modelo organizativo de intervención en Cataluña difiere del resto del Estado español. De hecho, los servicios sanitarios penitenciarios, incluyendo la atención a las drogodependencias y la salud mental, están integrados en la red sanitaria que depende de la Consejería de Salud.

Los programas que se van a exponer a continuación hay que verlos como programas permeables, es decir, los internos drogodependientes pueden pasar de un programa a otro, en función de su evolución terapéutica.

TRATAMIENTOS ORIENTADOS A LA ABSTINENCIA (Desintoxicaciones, Unidades libres de drogas, Comunidades terapeúticas en prisiones). Ver Figura 9.10

- **Desintoxicación**
  Los programas de desintoxicación se ofertan a todos los sujetos que a su entrada en prisión son diagnosticados como drogodependientes activos y no han sido incluidos en tratamiento con metadona. El número de internos incluidos en desintoxicación pautada durante 2010 fue de 2.188 drogodependientes internos en 27 centros penitenciarios dependientes de la Administración Central del Estado (Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias) La prevalencia a 31 de diciembre de 2010 fue del 0,13% de la población penitenciaria.

- **Programas libres de drogas**
  En función de las características y necesidades de la población interna y de las posibilidades arquitectónicas del centro penitenciario, el programa de deshabituación se desarrolla de forma ambulatoria, en el centro de día y en módulo terapéutico.

  Durante 2010 fueron atendidos bajo esta modalidad terapéutica (que comprende la asistencia ambulatoria y en módulos terapéuticos) 16.199 internos (2009: 14.048 internos) En centros dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, un total de 13.159 reclusos, y en centros penitenciarios de Cataluña un total de 3.040 reclusos.

  - Programas de deshabituación en régimen ambulatorio. Los internos atendidos conviven con el resto de la población penitenciaria y utilizan los recursos generales del centro. Durante 2010, un total de 7.431 reclusos han sido atendidos bajo esta modalidad terapéutica: se ha incluido a 6.742 internos de 41 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con una prevalencia, a 31 de diciembre de 2010, del 4,34% de la población penitenciaria. Y 689 internos han sido atendidos en 6 centros penitenciarios de Cataluña

  - Programas de deshabituación en espacio terapéutico específico. Estas actuaciones se desarrollan en un módulo específico del centro, pueden ser tipo centro de día o tipo módulo terapéutico cuando pernoctan en el módulo.

  Durante 2010 han recibido tratamiento en módulo terapéutico 5.562 internos de 34 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con una prevalencia, a 31 de diciembre de 2010, de 3,7% de la población penitenciaria. Otros 2.351 internos han sido atendidos en 11 centros penitenciarios de Cataluña.

  Además, bajo el modelo de centro de día han sido atendidos 855 internos de 9 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con una prevalencia de 0,59% de la población penitenciaria.

  Con estos datos, de acuerdo con la 9.10, se puede decir que se ha incrementado el número de usuarios en programas residenciales.

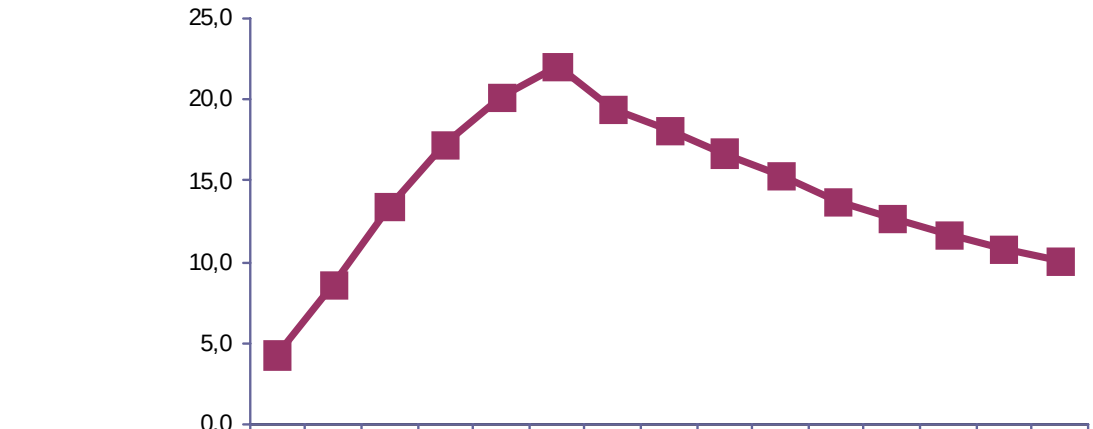
TRATAMIENTOS DE SUSTITUCIÓN

- **Programas de mantenimiento con metadona (PMM)**
  Un total de 18.628 internos drogodependientes de 89 centros penitenciarios han sido atendidos en programas de tratamiento en drogodependencias (Figura 9.10): Durante 2010 han recibido tratamiento con metadona un total de 16.804 internos de 78 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con una prevalencia, a 31 de diciembre de 2010, de 10,1% (figura 9.11). Además, el 30% de los internos en tratamiento con metadona recibían atención psicosocial.

Y un total de 1.824 internos recluidos en 11 centros penitenciarios de Cataluña han recibido este tipo de tratamiento.

A partir de 2004, como se puede ver en la figura 9.11 hay un descenso pronunciado en el número de internos en metadona motivados por los cambios producidos en el consumo de drogas en los últimos años, ya que se incrementan los internos que al ingreso eran consumidores de cocaína sola como droga principal, mientras que se reducen los consumidores de heroína sola o mezclada con cocaína en la misma dosis.

Fig. 9.11 Evolution of prisoners attended in methadone programs. Spain, 1996-2010*



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prevalencia-día*	4,3	8,7	13,4	17,2	20,2	22,0	19,4	18,1	16,7	15,3	13,8	12,7	11,7	10,9	10,1

(*) Porcentaje de la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias que recibe tratamiento sobre el total de la población reclusa en una fecha determinada.
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Fuente: DGPNSD a partir de datos facilitados por la Secretaría General de Instituciones penitenciarias

MEDIDAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

- **Chequeo de sangre, vacunaciones, suministro de desifectantes, suministro de preservativos**

En todos los centros penitenciarios se han desarrollado programas preventivos y de educación para la salud, tanto desde los dispositivos propios como en coordinación con los comunitarios. Estos programas no sólo van dirigidos a drogodependientes también a internos con riesgo que puedan empezar a consumir dentro de la prisión, así los internos primarios y los más jóvenes.

El número de internos que han pasado por este tipo de programas ha sido de 31.065 internos procedentes de todos los centros penitenciarios del Estado español. Figura 9.10.

Hay que señalar que estos programas adquieren una especial relevancia en la Institución Penitenciaria, en función de los frecuentes y graves problemas de salud que presentan estas personas, quienes en un porcentaje significativo el único contacto que tienen con el sistema de salud se produce en el momento de su ingreso en prisión.

Las actividades de educación para la salud consisten en:

- Talleres de sexo seguro.

- Talleres de consumo de menor riesgo.
- Talleres de manejo del estrés, habilidades sociales, habilidades de comunicación y resolución de conflictos.
- Mediadores en salud.

Además se desarrollan intervenciones sanitarias:

- Educación sanitaria a los portadores de las enfermedades.
- Vacunación de hepatitis.
- Aplicación del programa de prevención y control de la tuberculosis, de la infección VIH y de la infección por el virus de la hepatitis C. Estos programas tienen como objetivo fundamental detectar y tratar precozmente tanto la infección como la enfermedad entre la población ingresada.

La formación de mediadores en salud como método de educación entre iguales es una de las modalidades más eficaces y efectivas en las prisiones.

- **Intercambio de jeringuillas**

Todas las prisiones tienen las condiciones técnicas y legales para intercambiar jeringuillas en el caso de que haya demanda de jeringuillas estériles.

Todos los centros penitenciarios tienen las condiciones técnicas y legales para intercambiar jeringuillas en el caso de que haya demanda de jeringuillas estériles.

Durante el año 2010 hubo 30 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias que dispensaron jeringuillas. Además, se han distribuido 7.931 jeringuillas en los centros de la Administración Central. En Cataluña, se dispensaron 1.861 jeringuillas a 195 reclusos en 10 centros.

A partir del año 2006 se observa un descenso del número de jeringuillas distribuidas, motivado por el menor uso de esta vía por parte de la población penitenciaria.

9.9. REINSERCIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS TRAS LA PUESTA EN LIBERTAD

- **Comunidades terapeúticas**

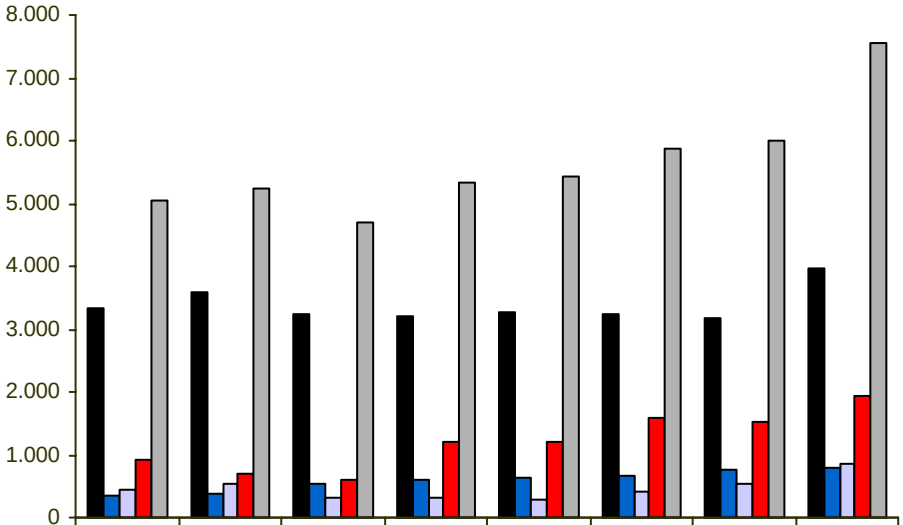
Son intervenciones que se desarrollan en el ámbito extrapenitenciario, por medio de la aplicación de los artículos del Reglamento Penitenciario que permiten el acceso periódico o definitivo de los internos drogodependientes a los recursos comunitarios.

Durante 2010, un total de 8.110 internos han sido derivados desde los centros penitenciarios, 7.560 reclusos a tratamiento desde los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Figura 9.12):

- 1.949 internos a centros ambulatorios externos.
- 3.955 internos a programas de metadona externos.
- 809 internos a comunidades terapéuticas externas.
- 847 reclusos a otros recursos de deshabituación

Desde los centros penitenciarios de Cataluña fueron derivados 550 internos a tratamiento comunitario.

Fig. 9.12 Derivaciones de drogodependientes desde Instituciones Penitenciarias a dispositivos de tratamiento comunitarios*. España, 2003-2010



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tratamientos con metadona	3.323	3.600	3.244	3.202	3.277	3229	3184	3.955
Comunidades Terapéuticas	346	393	531	596	639	665	760	809
Otros Deshabituación	460	540	314	307	283	400	546	847
Centros Ambulatorios	908	712	604	1.216	1.222	1587	1508	1.949
Total	5.037	5.245	4.693	5.321	5.421	5.881	5.998	7.560

*No incluidos los datos referidos a población penitenciaria de Cataluña.
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A partir de datos facilitados por la Secretaría General de Instituciones penitenciarias.

10. MERCADOS DE LA DROGA

10.1. INTRODUCCIÓN

España no es un país productor de drogas, pero sí lo es de tránsito hacia Europa de hachís y cocaína, debido a su situación geográfica, y en mucha menor medida, de MDMA-Éxtasis hacia America y de heroína hacia Portugal.

En 2011, descendió el número de decomisos de heroína, mientras que de hachís y MDMA (éxtasis) aumentaron. La cocaína experimentó un leve aumento, poco significativo. En cuanto a las cantidades incautadas descienden las de hachís, cocaína y éxtasis, mientras que las de heroína aumentan.

En el año 2011 las incautaciones de sustancias químicas fiscalizadas (precursores) y no fiscalizadas, han aumentado de forma considerable. Así mismo se han desmantelado en total cuatro laboratorios, dos de ellos de terminación de cocaína y uno de de extracción secundaria y terminación de cocaína a la vez, y otro de corte y elaboración de comprimidos

En cuando a los precios se refiere, en 2011, se aprecia una subida en los mercados mayoristas con respecto a 2010, en lo referente a los cannábicos y cocaína, mientras que en la heroína desciende.

En el mercado por gramos, los cannábicos son los únicos que registran subida, ya que la cocaína y la heroína descienden

En el mercado del menudeo por dosis, subieron los precios de cocaína y del MDMA-éxtasis, mientras que la dosis de heroína baja.

En relación con la pureza, cabe señalar que desciende en la cocaína. Tiende a mantenerse en la heroína y aumenta el THC de los cannábicos.

10.2. DISPONIBILIDAD Y OFERTA

▪ COCAÍNA

Cultivo de hoja de coca y producción de cocaína. La totalidad de la cocaína incautada en España proviene de la región andina en América del Sur.

Medios y rutas de distribución en España y Europa de la cocaína. España continúa siendo utilizada como país de tránsito para introducir cocaína a otros países de Europa.

La cocaína se introduce de contrabando en España principalmente por vía marítima y aérea, por las rutas que a continuación se detallan:

Rutas tradicionales. No hay variación con respecto al año anterior.

- Ruta africana. Comienza a detectarse a principios del año 2004, siendo España el primer país que afirma la existencia de la misma. Desde este año hasta el año 2007 tuvo lugar un aumento de las incautaciones de cocaína frente a las costas del África Occidental.
En la actualidad han descendido las incautaciones en el mar frente a las costas africanas. Se considera que algunos países de África occidental son utilizados como almacenes para acumular y guardar la cocaína procedente de América Latina y desde allí trasladarla a Europa vía aérea.

HACHÍS

Cultivo del cannabis y producción de hachís. Prácticamente la totalidad del hachís incautado en España es procedente del Reino de Marruecos.
Se constata la proliferación en España del cultivo de plantas de cannabis, normalmente en domicilios y pequeños invernaderos, para la obtención de marihuana con el propósito del autoconsumo y rara vez para el tráfico. No obstante, el alcance estimado de los citados cultivos es insignificante en relación a las cantidades de cannabis incautadas, y a las consumidas que se desprenden de las encuestas de consumo.

Medios y rutas de distribución en España y Europa de hachís. No hay variación con respecto al año anterior.

DROGAS DE SÍNTESIS - MDMA

Producción de MDMA-éxtasis. No hay variación con respecto al año anterior.

Medios y rutas de distribución en España y Europa del éxtasis. No hay variación con respecto al año anterior.

HEROÍNA

Cultivo y producción de adormidera y heroína. No hay variación con respecto al año anterior.

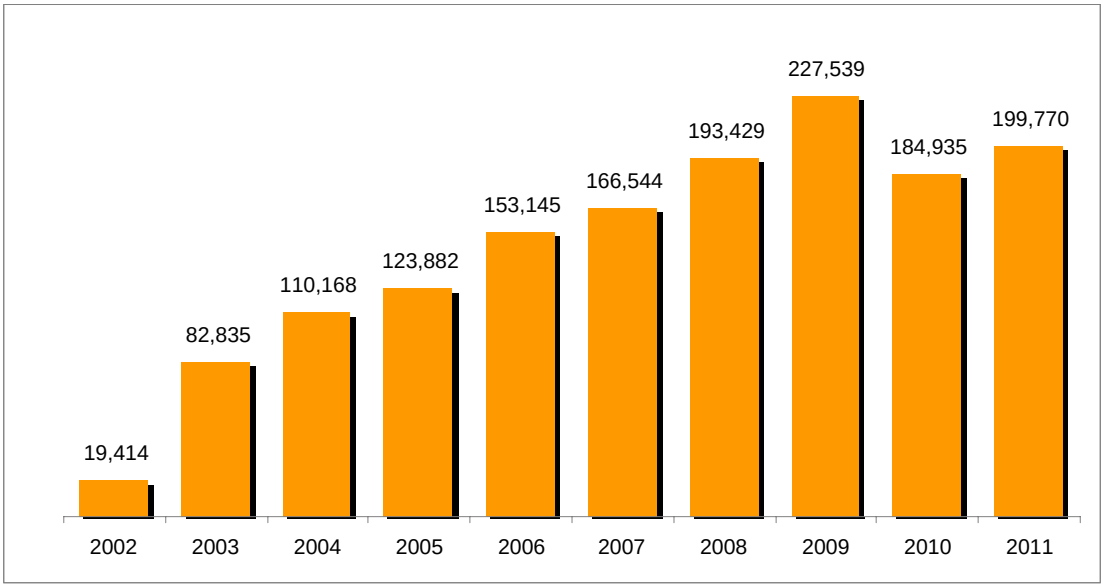
Medios y rutas de distribución de la heroína en Europa. No hay variación con respecto al año anterior.

10.3. INCAUTACIONES

▪ HACHÍS

Número de decomisos. Como muestra la Figura 10.1, la tendencia del número de decomisos de hachís es al alza a pesar de la bajada en el año 2010. El número de decomisos ha aumentado un 8 por ciento con respecto al año anterior, marcando la segunda cifra más alta del periodo analizado.

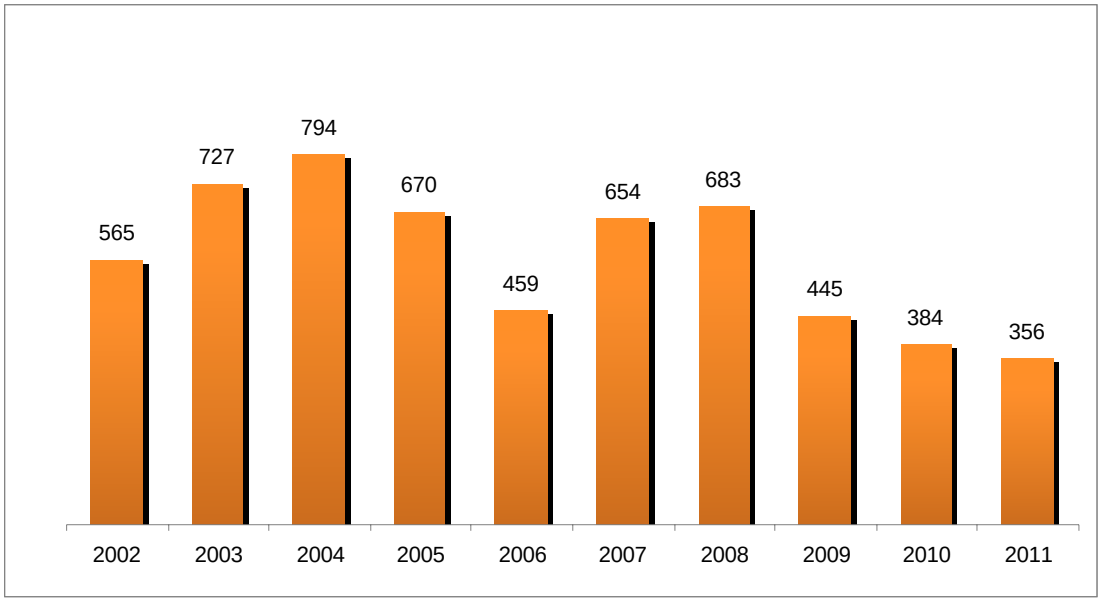
Fig.10.1. Número de decomisos de hachís, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Cantidades incautadas en España. Desciende la cantidad incautada un 7% respecto al año anterior, y marca el mínimo del periodo estudiado, lo que significa que los decomisos han sido de menor cuantía que años anteriores (Figura 10.2).

Fig. 10.2. Cantidades incautadas de hachís en España (Tn), 2002-2011

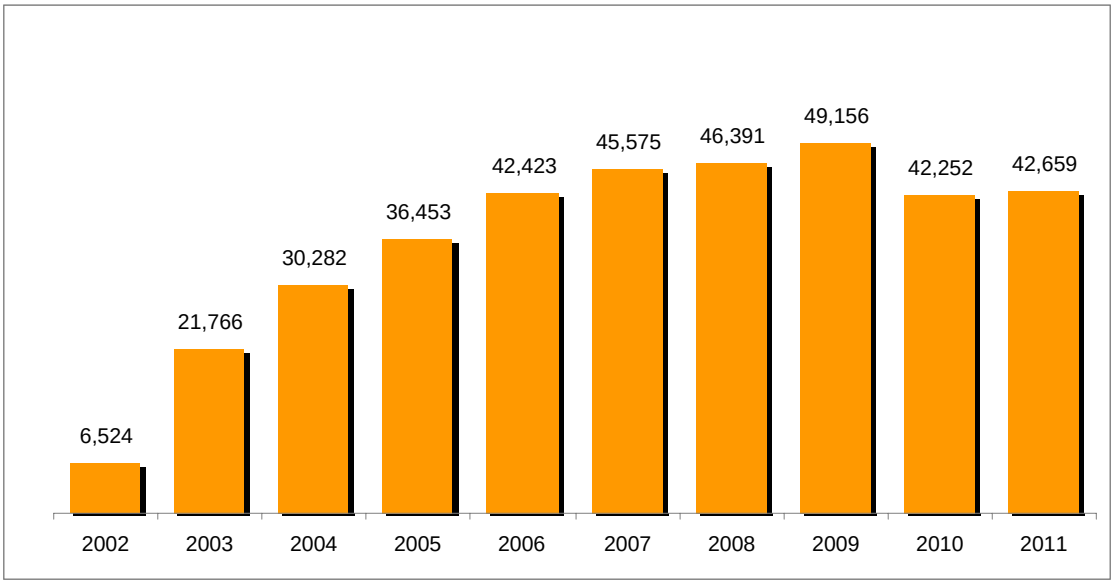


FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

COCAÍNA

Número de decomisos. La siguiente Figura (10.3), muestra que en el 2011 se ha producido un pequeño aumento en el número de decomisos respecto al año anterior, en concreto un 1 por ciento, se puede inferir un cierto mantenimiento en la tendencia que tras un aumento sostenido hasta el 2009, se vuelve a valores aproximados de 2006.

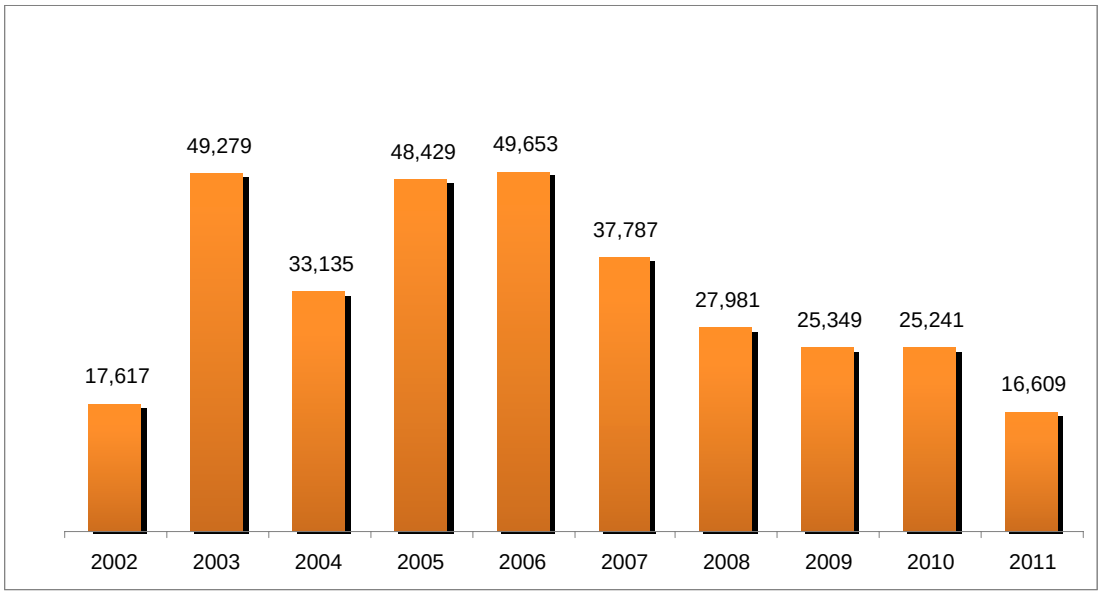
Fig. 10.3. Número de decomisos de cocaína, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Cantidades incautadas en España. Si bien el número de los decomisos ha sufrido un leve aumento, la cantidad de cocaína incautada ha descendido un 34 por ciento respecto a 2010, manteniendo la tendencia a la baja y marcando el mínimo desde el año 2002, tal y como se aprecia en la Figura 10.4. El 86 por ciento del total de la cocaína incautada se ha realizado en tan solo 340 decomisos. Lo que indica que la mayor parte de los decomisos se realiza sobre pequeñas cantidades de cocaína.

Fig. 10.4. Cantidades incautadas de cocaína en España (Kg.), 2002-2011

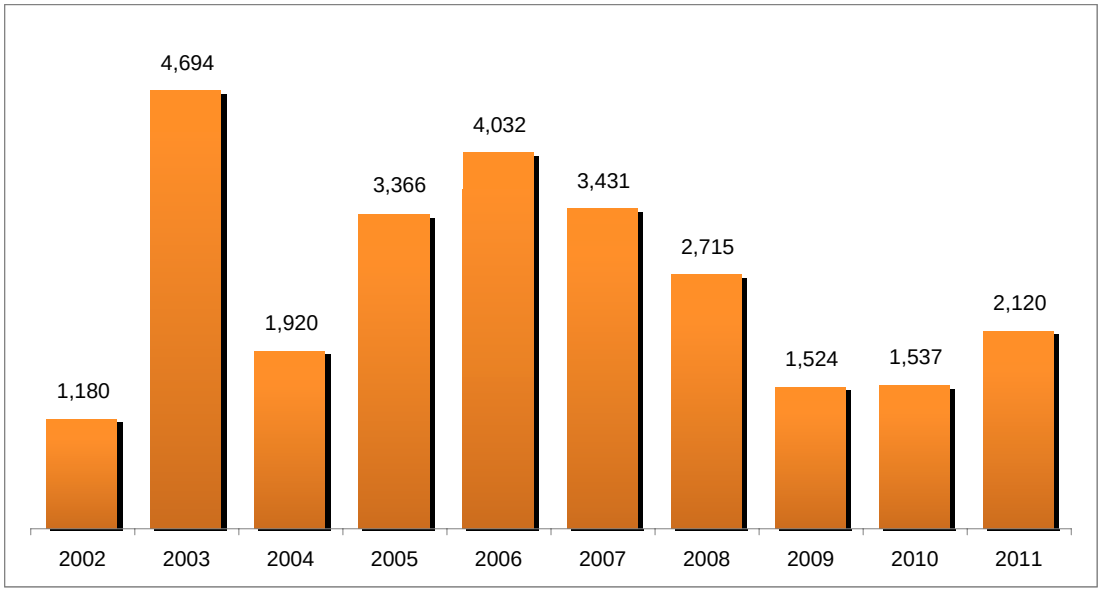


FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

▪ MDMA - ËXTASIS

Número de decomisos. En la Figura 10.5 se puede observar que el número de decomisos de MDMA-éxtasis en 2011 ha aumentado un 38 por ciento respecto a 2011.

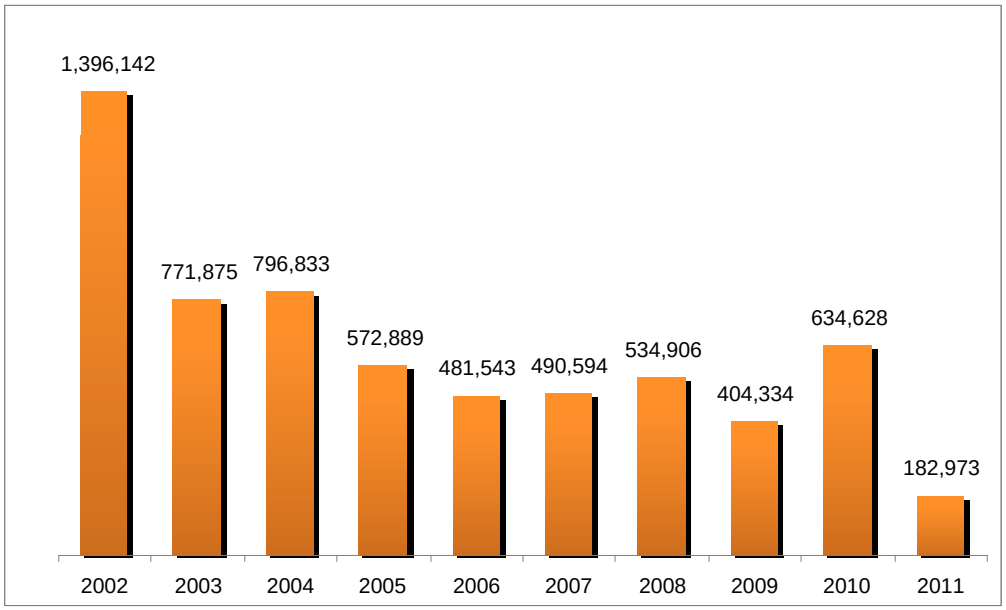
Fig. 10.5. Número de decomisos de MDMA – éxtasis, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Cantidades incautadas en España. A pesar de aumentar el número de decomisos el año 2011, la cantidad total incautada ha disminuido considerablemente, un 71 por ciento. Este porcentaje supone que la cantidad media de pastillas en los alijos incautados ha sido de pocas unidades. (Figura 10.6).

Fig. 10.6. Pastillas de éxtasis incautadas, 2002-2011

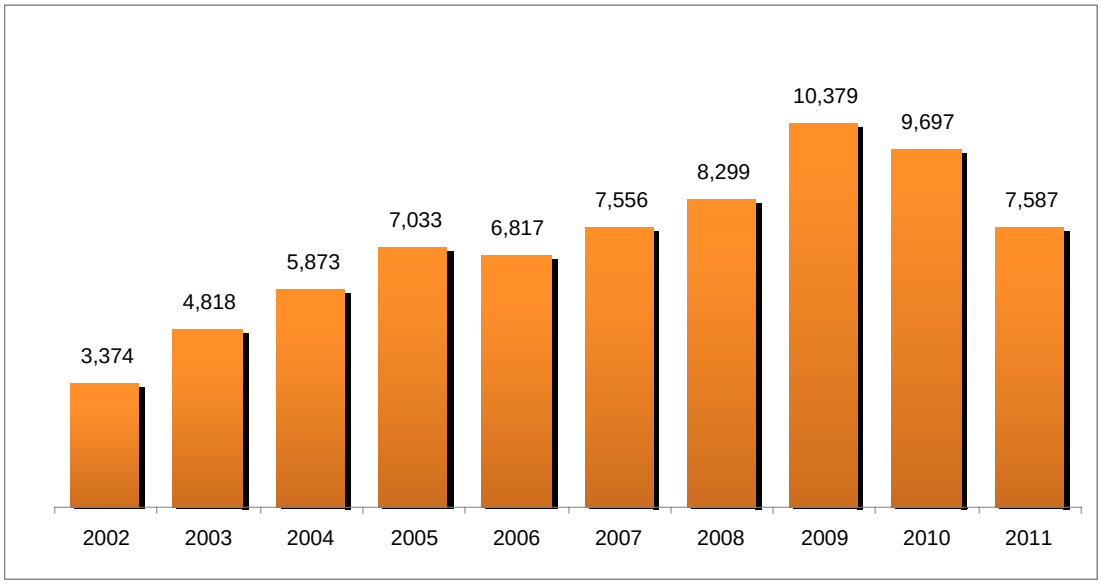


FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

HEROÍNA

Número de decomisos. En la Figura 10.7, se observa que el número de decomisos de heroína ha venido experimentando desde el año 2002 un aumento sostenido, sin embrago en 2010 se produce una bajada, que continua en 201. Este descenso se cifra en un 22 por ciento, situándose en valores del año 2007.

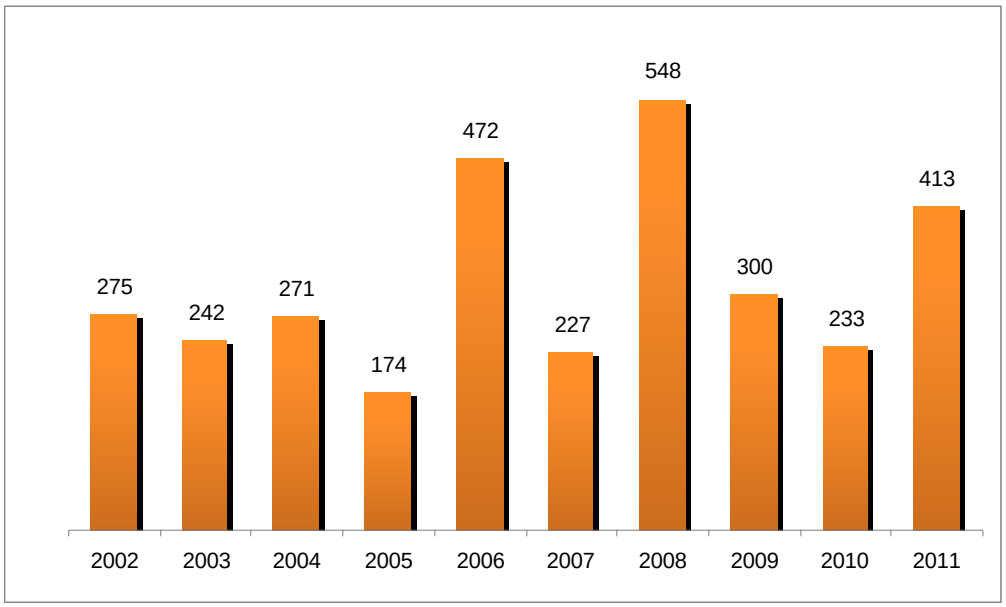
Fig. 10.7. Número de decomisos de heroína, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Cantidades incautadas en España. Aumentan, respecto a 2010 (Figura 10.8), las cantidades incautadas de heroína en un 77 por ciento.

Fig. 10.8. Cantidades de heroína incautadas en España (Kg.), 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

CANTIDADES INCAUTADAS DE PRECURSORES

En el año 2011 se ha experimentado una notable subida de las incautaciones de sustancias fiscalizadas en comparación con el año anterior. A continuación se presenta en sendas tablas las sustancias y sus cantidades incautadas.

El aumento más notable lo han experimentado en general las sustancias fiscalizadas, principalmente la acetona, el ácido clorhídrico, metil-etil-cetona.

Table 10.1. Sustancias y cantidades incautadas, 2011

NO FISCALIZADOS (UE)	
Amoniaco (L.)	1,401
Hexano (L.)	63
Acetato de Etilo (L.)	7
Cloruro Calcico (Kg.)	1,175
Carbonato calcico (Kg.)	26
Hidroxido sódico (Kg.)	258
Acido hipofosforoso (Kg.)	1
Acido ortofosforoico (Kg.)	1
Bisulfito sodico (Kg.)	12
Acetato de butilo (L.)	5
Acetato de Isopropilo (L.)	1
Acetato de N-butilo (Kg)	1
Nitrato amónico(Kg.)	0.100
Tetrahidrocloruro (Kg)	0.100
Yodo (Kg.)	0.100
Carbón activo(Kg)	459

FISCALIZADAS (UE)	
Acetona (L.)	6,834
Ácido Clorhídrico (L.)	581
Ácido Sulfúrico (L.)	862
Éter Etílico (L.)	75
Metil-Etil-Cetona (L.)	8,801
Permanganato Potásico (Kg.)	0.700
Tolueno (L.)	11,342
Efedrina (medicamentos, unidades, comprimidos)	70

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

LABORATORIOS DESMANTELADOS

Durante el año 2011 se han desmantelado 4 laboratorios:

- 2 de terminación de cocaína.
- 1 de extracción secundaria y terminación de cocaína.
- 1 de corte y elaboración de comprimidos.

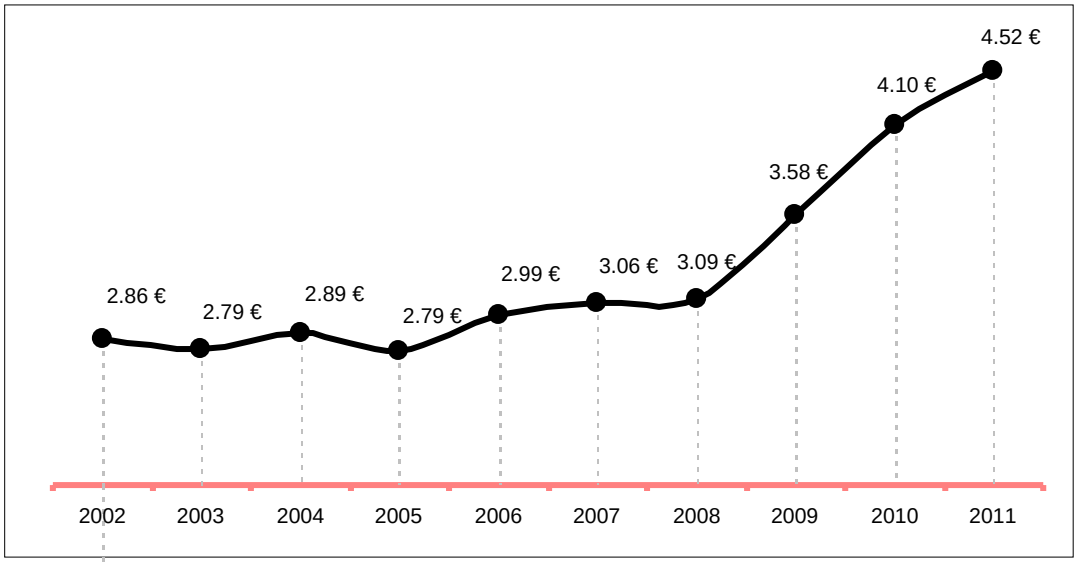
Aparte de los citados, se han desarticulado puntos de pequeña entidad de adulteración y corte de cocaína, que por su poca importancia no se tienen en cuenta.

10.4. PRECIO/PUREZA

▪ CANNÁBICOS

Evolución del precio de la marihuana. El **precio medio del gramo** de marihuana, durante el periodo de tiempo comparado, es un 58,04 por ciento más caro. La tendencia del precio es claramente al alza, especialmente desde el año 2008.

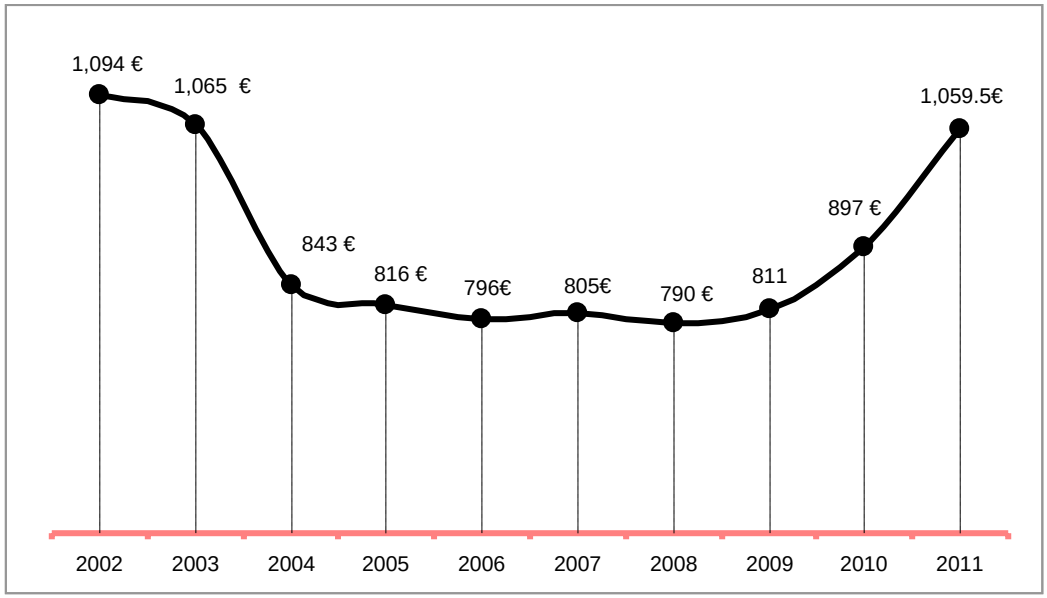
Fig. 10.9 Marihuana, precio/gramo, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Por el contrario, el **precio del kilo** de marihuana presenta una evolución global a la baja con moderación de precios desde 2004, con tendencia a recuperarse.

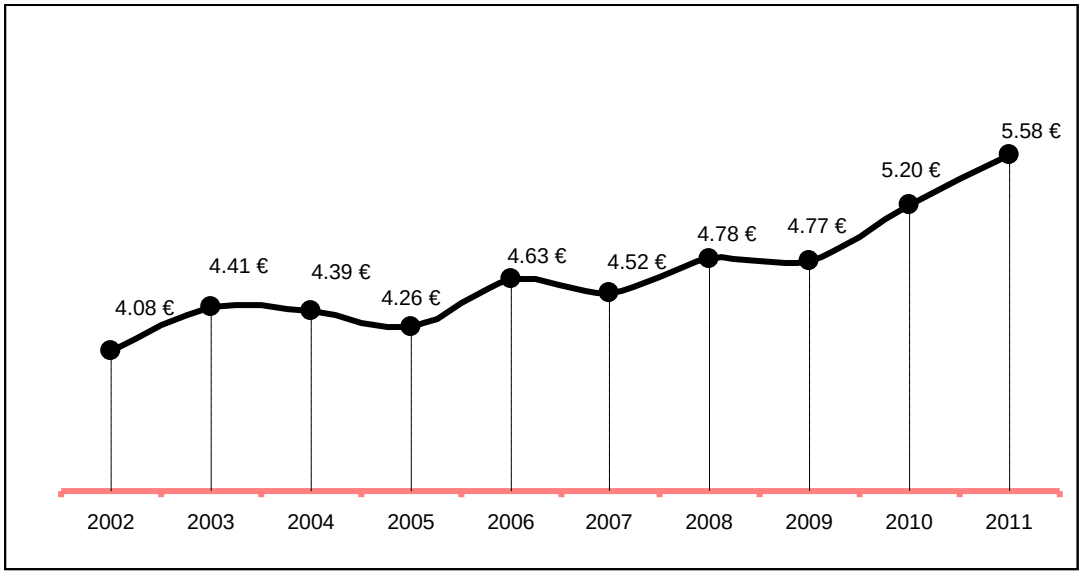
Fig. 10.10 Marihuana, precio/kilo, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución del precio del hachís. La tendencia en los últimos diez años en el **mercado al por menor** es al alza, de tal forma que en 2011 el gramo de hachís es un 36,76 por ciento más caro que en 2002.

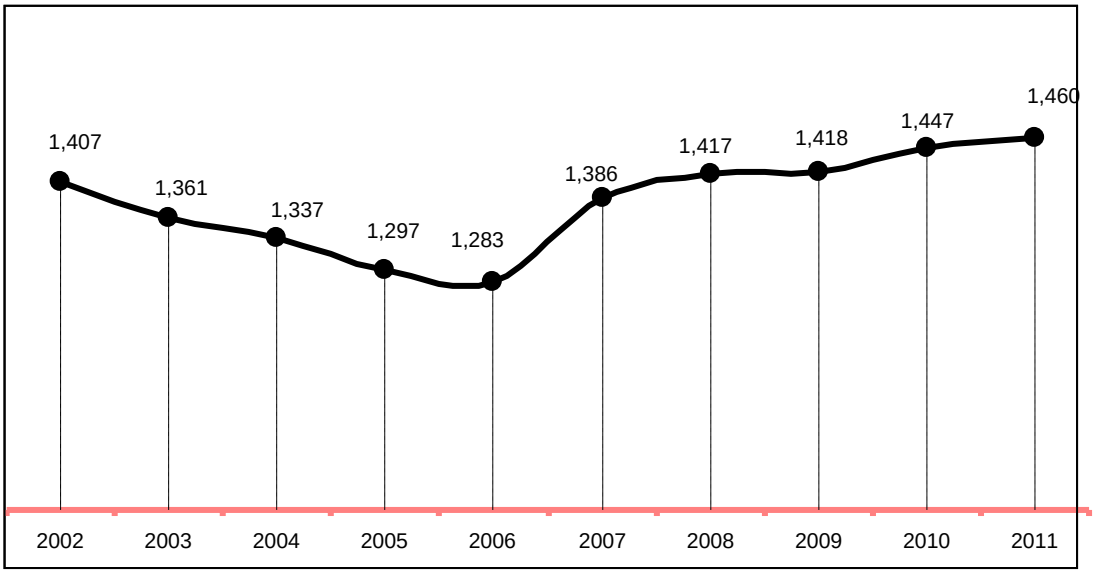
Fig. 10.11 Hachís, precio/gramo, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Tras cinco años consecutivos de subidas de los precios en el **mercado al por mayor**, la tendencia al alza, lo que parece una clara recuperación del mercado que tenía en 2001 un precio de 1.495 € el kilo.

Fig. 10.12 Hachís, precio/kilo, euros, 2002-2011

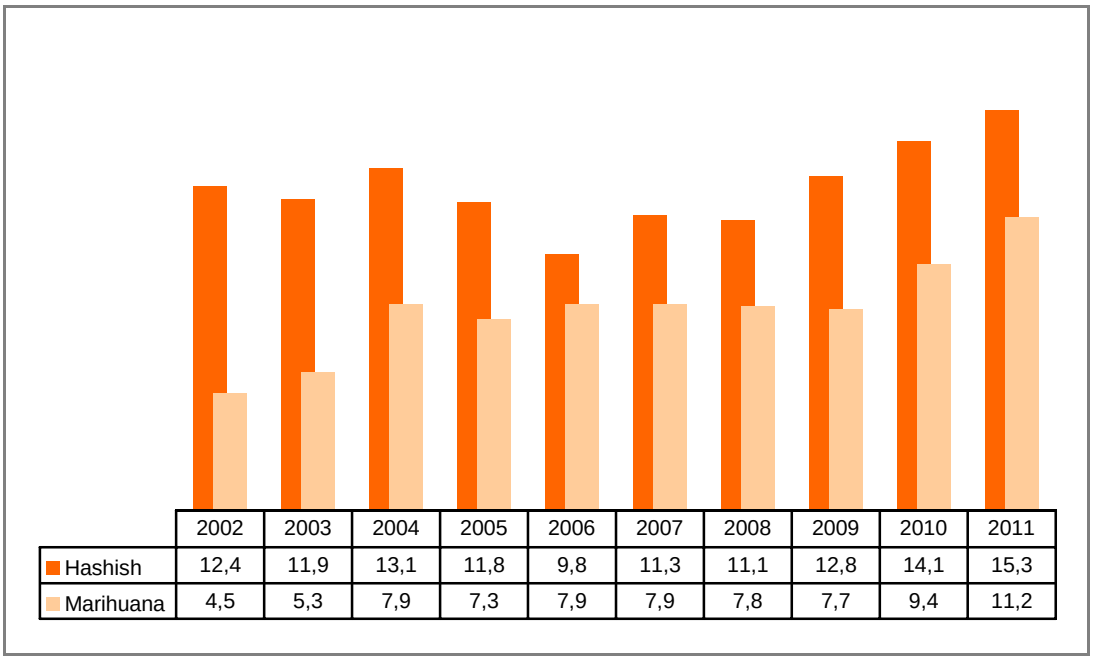


FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución de la concentración de THC. La propiedad que modifica la capacidad del hachís en producir efectos en el consumidor, es principalmente el grado de concentración de Tetrahidrocannabinol (THC), que varía debido a las características de las cosechas, influenciadas especialmente por la selección de semillas, climatología, calidad del terreno y técnicas de cultivo empleadas.

Como la citada concentración no depende del traficante y por si pudiese influir en los precios, se ha hecho un seguimiento de los promedios anuales encontrados en las muestras analizadas[29] cuyos resultados se exponen en el siguiente gráfico. De su lectura se aprecia un aumento de la potencia del cannabis, especialmente en la marihuana.

Fig. 10.13 Evolución del THC (porcentajes), 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hashish	12,4	11,9	13,1	11,8	9,8	11,3	11,1	12,8	14,1	15,3
Marihuana	4,5	5,3	7,9	7,3	7,9	7,9	7,8	7,7	9,4	11,2

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

(*) Los porcentajes de 2010 no han podido ser facilitados por lo que losvalores expuestos corresponden al promedio de los años 2009 y 2011.

En el último año, el 75 por ciento de las muestras analizadas de resina de hachís contenían entre un 10 y un 25 por ciento de THC. Del mismo modo, el 86,4 por ciento de las muestras de marihuana contenían entre un 5 y un 20 por ciento de Tetrahidrocannabinol [(1)].

En el mercado de la marihuana, las concentraciones del THC influyen directamente en el mercado al por menor y muy levemente, aunque de forma inversa, en el mercado al por mayor.

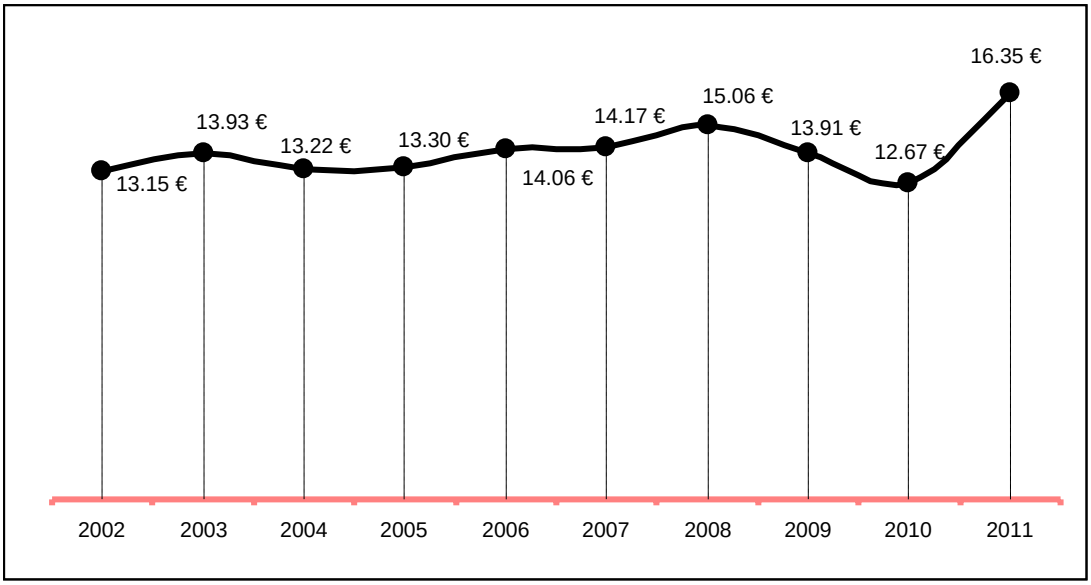
En el mercado de la resina hachís la correlación es también directa aunque más moderada.

(1) Datos facilitados por el Servicio de Drogas del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Departamento de Madrid.

COCAÍNA

Evolución de los precios medios de la cocaína. Tras un periodo de cierta estabilidad en los precios medios de las dosis, que han ido entre los 13,15€ de 2002 y los 12,67€ de 2010, en el último año subió a 16,35€, lo que supone que es 24,33 % más cara que en 2002 y un 29,04% que en el año anterior. Este precio recupera la tendencia al alza que perdió en 2010.

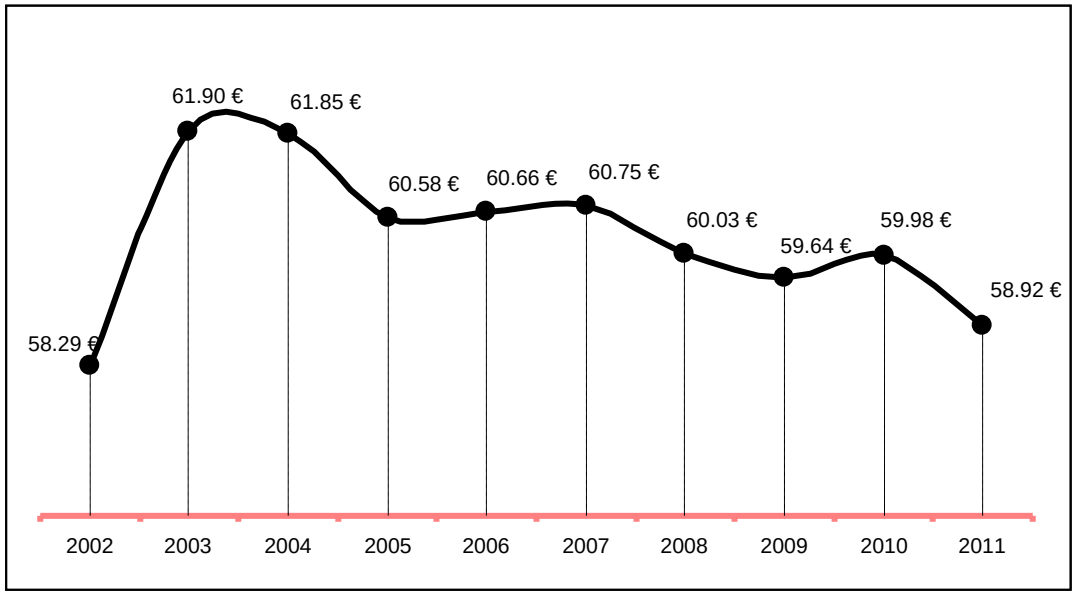
Fig. 10.14. Cocaína, precio/dosis, euros, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

En el periodo comparado, el precio del gramo, tras las subidas de los años 2003 y 2004, inició una lenta bajada de precios que lo sitúa a sólo 63 céntimos por encima del de 2002, lo que muestra una tendencia de estable, tras las oscilaciones en el inicio de la década considerada.

Fig. 10.15. Cocaína, precio/gramo, euros, 2002-2011

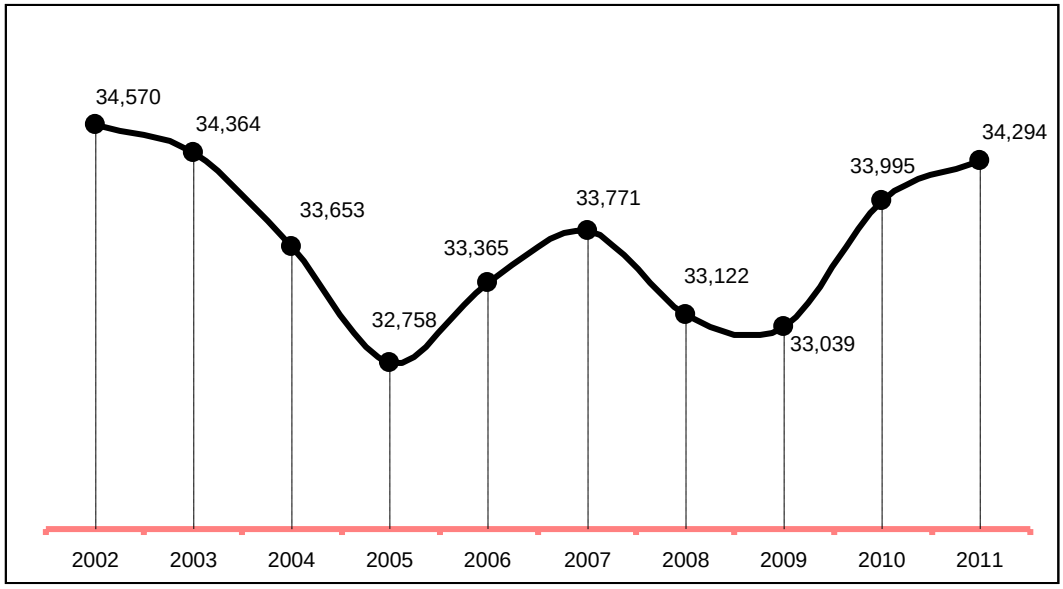


FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

El kilo de cocaína es la unidad base de compra en el tráfico al por mayor. En el periodo de tiempo comparado, bajó de los 34.570 €/kilo de 2002, hasta los 32.758 €/Kilo de 2005, lo que supuso una bajada del 5,24 por ciento.

Tras recuperarse en unos mil euros por kilo en 2007, volvió a bajar hasta los 33.039€ en 2009. Desde este último año ha registrado dos subidas consecutivas que deja el precio en 2011 en 34.294 €/Kg. No obstante, la tendencia global de la década sigue a la baja.

Fig. 10.16. Cocaína, precio/kilo, euros, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

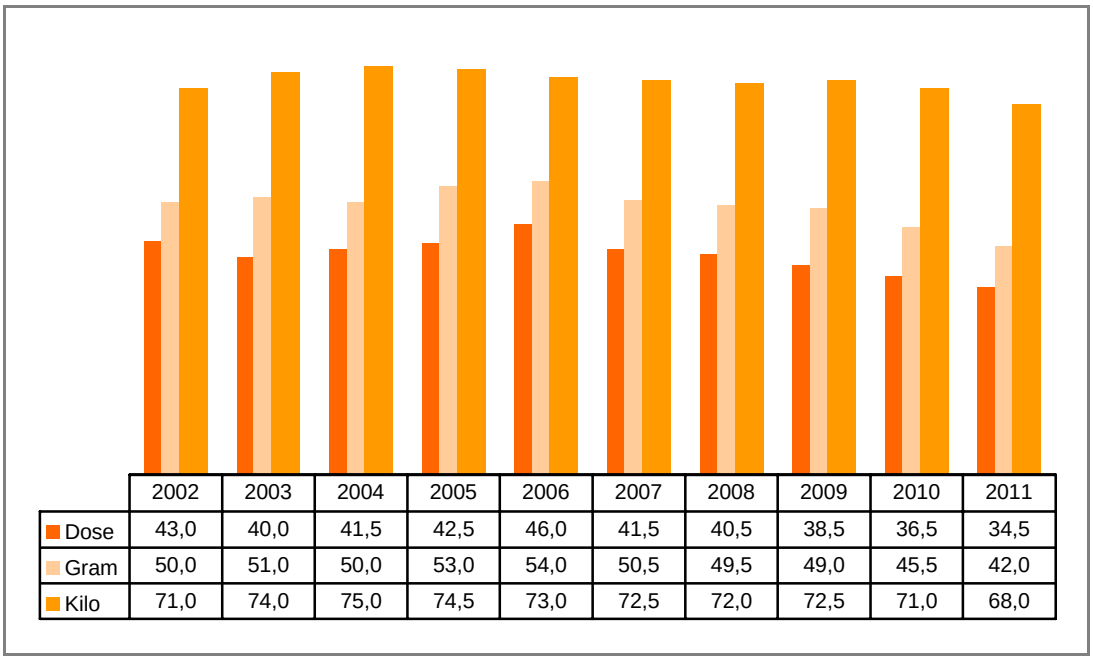
Evolución de la pureza. La pureza media de la dosis de cocaína, ha oscilado desde el 43 por ciento de 2002 hasta el 34,50 por ciento de 2011. Tras haber alcanzado un 46 por ciento en 2006, el decremento desde entonces es continuo y el año pasado se registró el grado de pureza más bajo de los últimos diez años.

La evolución de la pureza hallada en las incautaciones de cocaína por gramos se mantuvo hasta 2009, salvo 2005 y 2006, entre el 49 y el 51 por ciento. En 2010 bajó al 45,5 por ciento y en 2011 hasta el 42 por ciento.

El grado de pureza en el mercado medio ha bajado pues un 22,2 por ciento respecto a 2006 y un 17,6 por ciento con respecto a 2002.

La pureza del kilo alcanza en la actualidad sólo el 68 por ciento, la más baja de la década. Es un 9,3 por ciento menos pura que en 2004, año en el que se registró la cocaína más pura.

Fig. 10.17 Evolución de la pureza de la cocaína



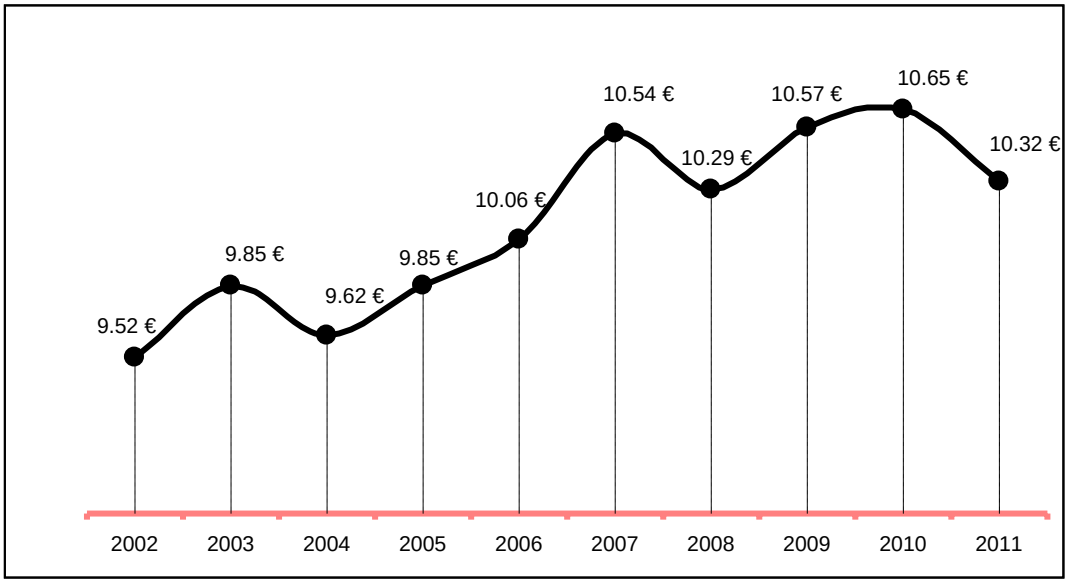
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dose	43,0	40,0	41,5	42,5	46,0	41,5	40,5	38,5	36,5	34,5
Gram	50,0	51,0	50,0	53,0	54,0	50,5	49,5	49,0	45,5	42,0
Kilo	71,0	74,0	75,0	74,5	73,0	72,5	72,0	72,5	71,0	68,0

FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

HEROÍNA

Evolución de los precios medios de la heroína. La evolución del precio medio de la dosis, con descensos puntuales como el del último año, ha sido de constante aumento, lo que marca claramente una tendencia al alza.

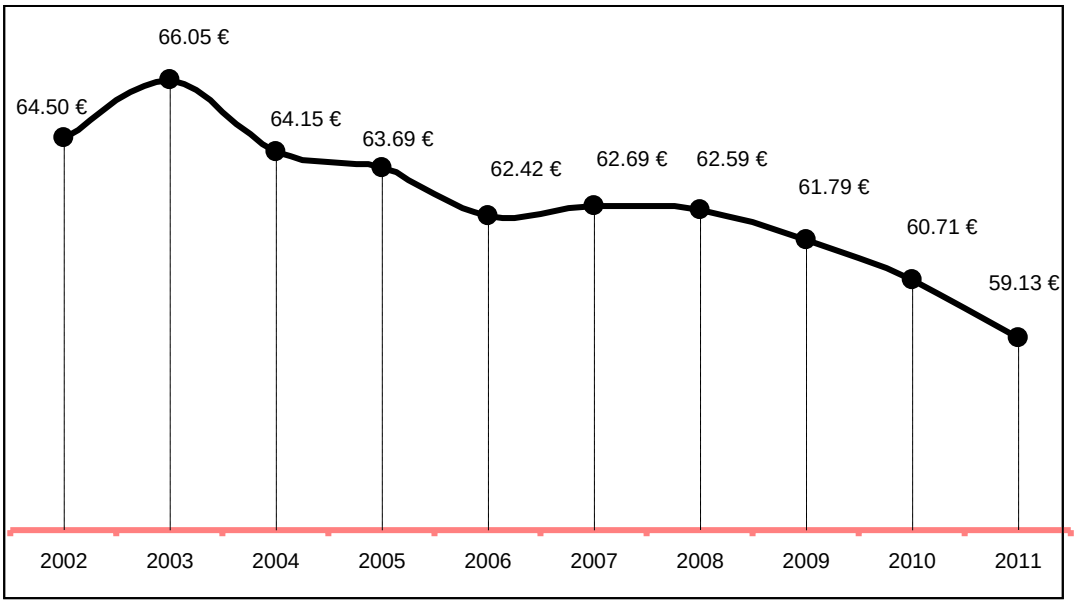
Fig. 10.18 Heroína, precio/dosis, euros, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Por el contrario, en el mismo periodo, el precio del gramo de heroína muestra una tendencia a la baja.

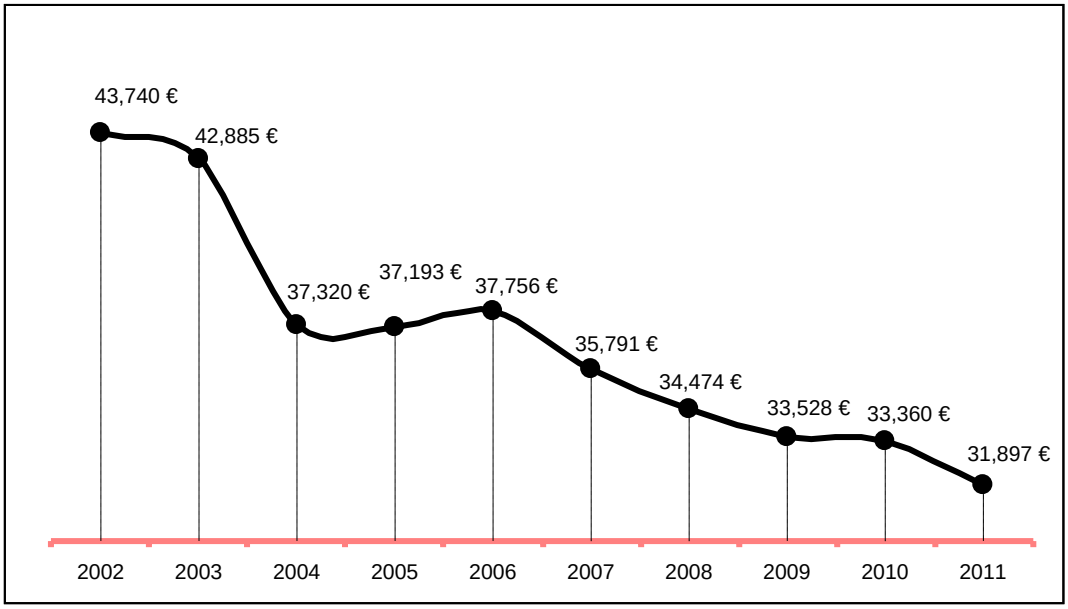
Fig. 10.19 Heroína, precio/gramo, euros, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

El kilo de heroína inició el periodo estudiado con un precio de 43.740 €/Kg., para luego ir bajando paulatinamente hasta los 31.897€ de 2011, un 27 por ciento menos. Este precio supone 11.843€ menos que en 2002 y 1.463 68€ menos que en 2010, lo que asegura una tendencia a la baja.

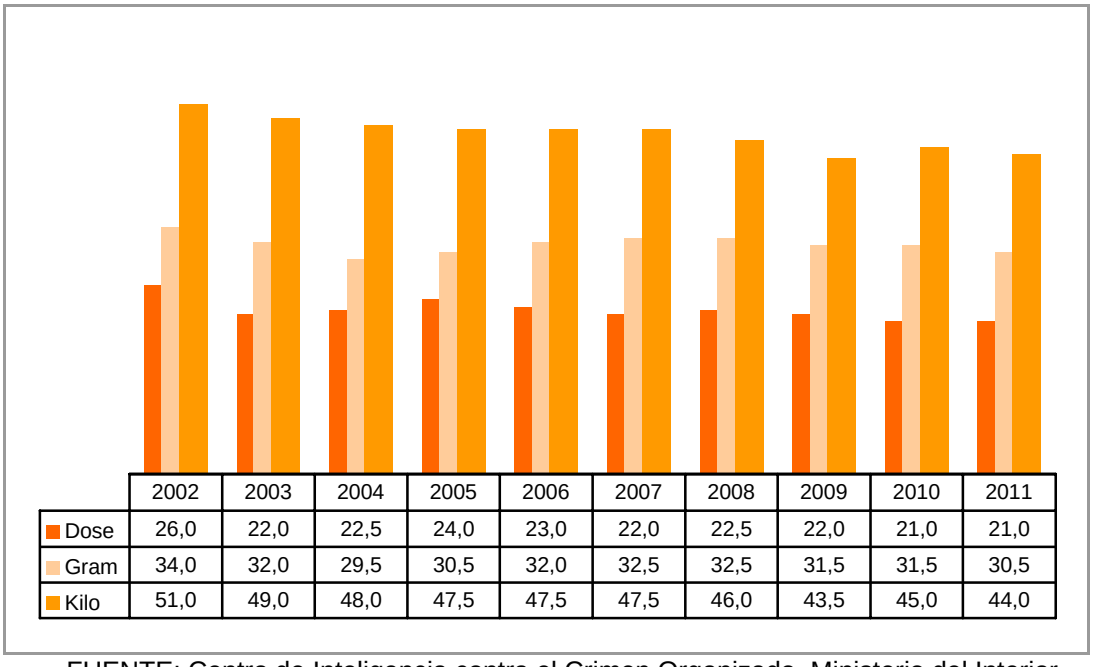
Fig. 10.20 Heroína, precio/kilo, euros, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Evolución de la pureza. La tendencia de la pureza de la dosis en el periodo estudiado es a la baja. La encontrada en los alijos de 2011 fue del 21 por cien, lo que supone un 19,23 por ciento menos que en 2002.

Fig. 10. 21 Evolución de la pureza de la heroína (porcentaje), 2002-2011



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dose	26,0	22,0	22,5	24,0	23,0	22,0	22,5	22,0	21,0	21,0
Gram	34,0	32,0	29,5	30,5	32,0	32,5	32,5	31,5	31,5	30,5
Kilo	51,0	49,0	48,0	47,5	47,5	47,5	46,0	43,5	45,0	44,0

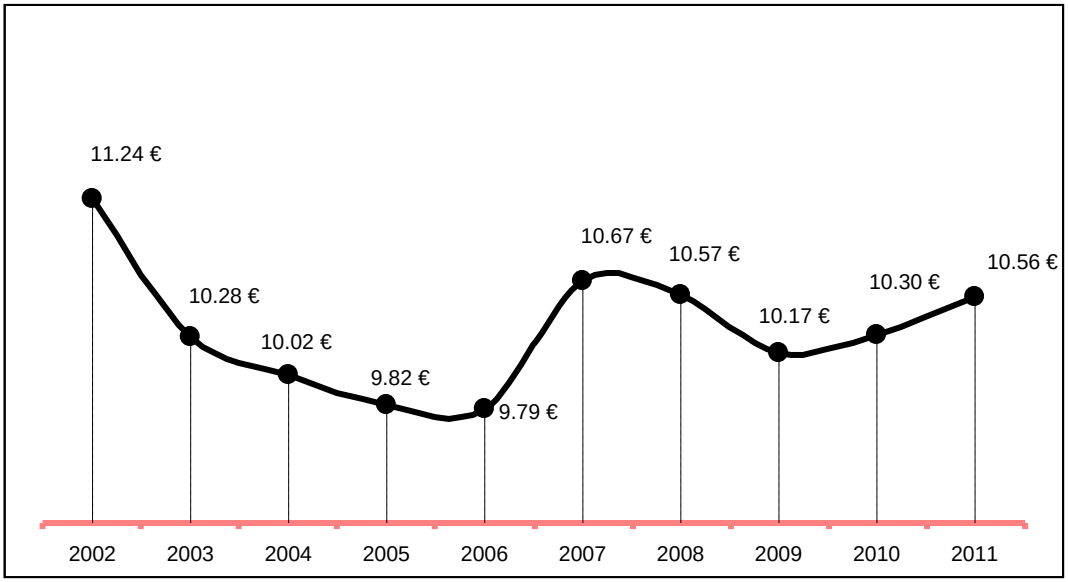
FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

La pureza media del gramo de heroína, en el mismo periodo, también ha descendido, encontrándose un porcentaje 3,5 puntos inferior a la de 2002. Es ahora un 10,3 por ciento menos pura. En el año 2004 llegó a su cota más baja, un 29,5 por ciento, recuperándose a partir de entonces hasta el 32,5 por ciento de los años 2007 y 2008, para volver a bajar al 30,5 por ciento en 2011. En el mercado al por mayor, en cuanto a la pureza se refiere, el kilo de heroína tiene una tendencia sostenida a la baja, que se ha acentuado en los últimos años. Ha pasado del 51 por ciento en 2002 al 44 por ciento de 2011.

MDMA-ÉXTASIS

La evolución del precio medio de la pastilla de éxtasis en los últimos diez años fue a la baja hasta 2006. Tras repuntar en 2007 un 9 por ciento con respecto al año anterior, el precio de la pastilla volvió a caer en 2009 por segundo año consecutivo. Aunque en 2010 y 2011 los precios subieron 0,13€ y 0.16€, respectivamente, con respecto a 2009, la tendencia general es a la baja.

Fig. 10.22 MDMA-Éxtasis, precio de la pastilla, 2002-2011



FUENTE: Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado. Ministerio del Interior

Metodología de recogida de datos (precios y purezas). No ha habido cambios en la metodología de recogida de datos para la determinación de los precios y la pureza de las drogas incautadas.

Parte B: CUESTIONES PARTICULARES

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. HISTORIA Y MARCO POLÍTICO

1.1. Historia del tratamiento residencial.

1.2. Estrategia y marco político del tratamiento residencial.

2. DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS

2.1. Tipos y características de las unidades de tratamiento residencial.

2.2. Disponibilidad y accesibilidad a nivel nacional.

3. GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1. Requisitos de acreditación.

3.2. Implantación de sistemas de calidad

3.3. Sistemas de información y gestión

3.4. La eficacia de los dispositivos residenciales

4. DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS DE GRUPO

4.1. Tendencias en la demanda de tratamiento desde el año 2000

4.2. Desafíos

4.3. Valor añadido del tratamiento residencial

4.4. Retos para el futuro

Autor del Selected Issue

Miguel Pérez-Lozao Gallego
Director del Departamento de Proyectos, Calidad y Desarrollo Tecnológico.
Fundación RAIS

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

El presente informe realiza un análisis sobre el tratamiento residencial para usuarios de drogas en España. Se aporta una descripción del tratamiento residencial en el contexto de la asistencia a las adicciones en nuestro país, de los diferentes recursos existentes, su cuantificación y principales cifras, su ubicación en la red asistencial, en los modelos conceptuales por los que se ve afectado, la percepción que existe de su utilidad y los retos que debe afrontar en un futuro próximo.

La metodología utilizada para la realización del presente informe ha sido la siguiente:

- Se solicitó la cumplimentación de un cuestionario a todas las personas responsables de la asistencia a las personas usuarias de drogas de las diferentes Comunidades Autónomas; este cuestionario fue enviado a las 17 Comunidades Autónomas (las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla no tienen dispositivos residenciales de atención a usuarios de drogas).

- Se realizaron entrevistas personales en profundidad a cuatro de los responsables anteriores (Andalucía, Cataluña, Valencia y Murcia), y a tres responsables de entidades significativas en el ámbito asistencial (Fundación Salud y Comunidad, Asociación Proyecto Hombre y Cruz Roja Española).

- Se desarrolló un grupo de discusión de personas usuarias de dispositivos de tratamiento residencial, con la participación de diez personas.

- Se realizaron múltiples consultas con responsables de dispositivos de tratamiento residencial gestionados por RAIS Fundación (RAIS Fundación es una ONG, creada en 1998, cuyo objetivo principal es el apoyo a diferentes colectivos en situación de riesgo para su incorporación social. Entre otras actividades gestiona 4 centros en varias Comunidades Autónomas de España).

- Todo ello se completó mediante el análisis de numerosos documentos aportados por las personas consultadas o disponibles en bases de datos documentales o en la red.

HISTORIA Y MARCO POLÍTICO

1.1. Historia del tratamiento residencial

Las comunidades terapéuticas han sido y son el dispositivo de referencia en la atención residencial a las drogodependencias en España. Para conocer la historia del tratamiento residencial es necesario remitirnos a la historia de las comunidades terapéuticas, cuyo origen está en grupos de autoayuda, de un fuerte carácter ideológico, religioso o carismático, combinando una metodología de apoyo entre iguales con un esquema jerárquico y muy normativo. En España, éste fue en gran medida el germen de la atención a las drogodependencias, durante la epidemia de la heroína en los 80, antes de la aparición de la red pública. En su día fueron muy significativas entidades como “El Patriarca”, “Proyecto Hombre” o incluso la “Iglesia de la Cienciología”. Esta configuración actualmente tan sólo permanece en algunas comunidades terapéuticas a las que se hará mención posteriormente, ajenas en su mayor parte a la red pública, con financiación y sistemas de atención propios, aunque siguen jugando un pequeño papel en la atención, especialmente con algunos perfiles y en ciertos territorios.

Las comunidades terapéuticas vivieron un proceso de profesionalización entre los años 80 y 90 en España, que no obstante fue desigual en diferentes territorios. Las primeras normas que regulaban su funcionamiento se producen en torno a 1985, y su integración en la red pública de atención a las drogodependencias se produjo a partir de la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas (1985), siempre dentro de una red asistencial donde los centros ambulatorios de referencia mantuvieron la responsabilidad fundamental del tratamiento.

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

En la década de los 80 se constituye la red de comunidades de Proyecto Hombre, entidad inspirada en el Centro Italiano de Solidaridad, con un programa socioeducativo y terapéutico global, que concedía una gran importancia al trabajo en grupo y a la ocupación del tiempo en torno a la realización de actividades. En la misma época, en el año 1986, diferentes profesionales se agrupan en la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos, estableciendo diez años después un conjunto de criterios de homologación para las comunidades terapéuticas que fueron referencia para las acreditaciones oficiales que actualmente rigen de forma mayoritaria.

Progresivamente, las comunidades terapéuticas se fueron configurando como un recurso de atención y no como el fundamental, limitado asimismo a un primer momento de la intervención, donde se precisan unas condiciones de abandono del contexto habitual de la persona para poder afrontar un proceso terapéutico. De ahí que la principal ubicación de las comunidades terapéuticas fuese en el entorno rural, alejadas del ámbito urbano, lo que por una parte favorece la intensidad del proceso terapéutico y garantiza condiciones de contención y abstinencia, pero por otra parte dificulta la asunción de un proceso de reinserción y el trabajo de objetivos de carácter social que tengan que ver con las relaciones sociales, familiares, de inserción laboral, etc. La década de los 90, además de la profesionalización de las comunidades terapéuticas, dio lugar a la aparición de otro tipo de recursos de atención residencial, las viviendas de apoyo al tratamiento y de reinserción social. Las primeras versiones de estos dispositivos fueron los “pisos de reinserción”, en un contexto urbano como alternativa al contexto rural en el que habitualmente se ubican las comunidades terapéuticas.

A lo largo de la primera década del siglo XXI, las comunidades terapéuticas y el resto de recursos de tratamiento residencial se han ido adaptando a los cambios en el patrón de consumo que progresivamente se ha configurado en España, con distintos perfiles de consumidores, a pesar de una imagen en ocasiones diferente por parte de algunos sectores profesionales y de las dificultades de adaptación de estructuras en ocasiones muy rígidas. El creciente consumo de cocaína, la fuerte presencia del policonsumo, y el uso de otras drogas en un consumo de tipo recreativo han influido significativamente en los programas asistenciales y residenciales.

En su nacimiento y posterior configuración, es importante reseñar que la mayoría de las comunidades terapéuticas fueron promovidas y gestionadas por entidades de carácter social, lo que actualmente se conoce como el “Tercer Sector de Acción Social”, que en su momento eran mayoritariamente organizaciones de usuarios, ex usuarios y familiares. La paulatina asunción de responsabilidad por parte de las Administraciones Públicas se produjo rápidamente a partir de la puesta en funcionamiento del Plan Nacional sobre Drogas, recayendo casi siempre la financiación de forma exclusiva o mayoritaria en las Administraciones Públicas, aunque con diferentes fórmulas de gestión de las comunidades terapéuticas por parte de entidades privadas. Los casos en que la gestión ha sido completamente pública son muy poco frecuentes.

En los últimos quince años, según estudios sociológicos oficiales, la percepción social que los españoles tienen de las drogas como problema ha descendido notablemente, de forma que este tema es considerado cada vez como menos relevante.

Por otra parte, tal y como se ha dicho antes, el perfil de los consumidores también ha cambiado, por lo que la necesidad de atender a personas con una grave adicción a la heroína, en centros tan especializados como las comunidades terapéuticas, es menos acuciante en estos momentos. Todo ello ha propiciado que, durante estos años, las Comunidades Autónomas hayan trabajado de forma más intensa en la mejora de la red asistencial en términos globales y en los dispositivos de referencia en la asistencia (que son los centros ambulatorios), así como en la implementación de planes y programas de prevención del consumo.

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

1.2. Estrategia y marco político del tratamiento residencial

De acuerdo con la Constitución española de 1978, “el Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.”

En la actualidad, el Estado español está compuesto por 17 Comunidades Autónomas, que poseen un elevado nivel de autonomía política y administrativa. En todas ellas hay un presidente y un parlamento o asamblea legislativa propia. Las Comunidades Autónomas tienen atribuidas competencias legislativas y de gestión muy importantes en diversas materias, entre ellas todo lo que atañe a la salud, la educación, los servicios sociales y la atención a las drogodependencias. Cada una de estas Comunidades Autónomas cuenta con su propio Estatuto de Autonomía que se configura como su norma institucional básica.

Además de estas 17 Comunidades Autónomas, existen dos Ciudades Autónomas, Ceuta y Melilla, cuyo nivel de autonomía política y administrativa es menor que en el caso de las Comunidades Autónomas, si bien también tienen atribuidas competencias en relación con la atención a las drogodependencias.

Con carácter general, la financiación de los servicios sanitarios es responsabilidad de las Comunidades Autónomas. No obstante, en lo que se refiere a la asistencia sanitaria a las personas consumidoras de drogas en algunas ciudades españolas de mayor tamaño la financiación y gestión de los recursos de tratamiento se hace, en mayor o menor medida, de forma conjunta por los órganos competentes de la Comunidad Autónoma y del Ayuntamiento.

Todas las Comunidades Autónomas tienen una ley propia (de ámbito autonómico) que regula aspectos relacionados con la prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Asimismo, las Comunidades Autónomas han elaborado estrategias y/o planes de actuación sobre drogas, los cuales se actualizan periódicamente.

Estas leyes, estrategias y planes de acción establecen las funciones y competencias que corresponden a las propias Comunidades Autónomas y a los municipios (atendiendo a su población), así como las estructuras de coordinación entre la Administración autonómica y los municipios para una mayor eficacia y eficiencia de las actuaciones a desarrollar en relación con las drogodependencias. De esta manera, se ha establecido de manera generalizada que el ámbito preventivo y la reinserción social se sitúan en la Administración Local, mientras que la asistencia en las Comunidades Autónomas.

Existen algunas excepciones, en dos ámbitos. En primer lugar, por la asunción de competencias por parte de la Administración Local. Uno de los casos más significativos es el del Ayuntamiento de Madrid, situación que se ha denominado como “competencias impropias”[30]. Igualmente son dignos de mención la asunción de competencias por las diputaciones provinciales (Administración Local) en el modelo andaluz y en el Ayuntamiento de Barcelona. Los datos que se refieren a estas peculiaridades quedan reflejados numéricamente en los ofrecidos por las Comunidades Autónomas para el presente informe, como lo son habitualmente en los recopilados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La otra gran excepción está en la consideración de algunos dispositivos de tratamiento residencial como recursos de reinserción social. El límite entre la asistencia y la reinserción social no es uniforme en todas las Comunidades Autónomas; aunque en principio la reinserción social es una competencia de la administración local, en muchos casos ha sido asumida, al menos parcialmente, desde la administración autonómica y se dispone en ella de algunas viviendas de apoyo a la reinserción social de drogodependientes. Sin embargo, en la práctica, las diferencias

[30] Para más información consultar el Selected Issue sobre “Políticas de drogas en grandes ciudades europeas”.

de funcionamiento entre estas y otras viviendas de apoyo al tratamiento (competencia clara de la administración autonómica) son muy difusas, dependiendo en otras ocasiones de departamentos de asistencia y no de reinserción social.

El tratamiento residencial se sitúa en el ámbito de la asistencia, por lo cual su competencia corresponde a las Comunidades Autónomas, lo que ha dado lugar a una amplia especialización de los dispositivos, de su configuración y su alcance en cada una de estas Comunidades.

Los Planes Autonómicos de Drogas más renovadores en España han coincidido en incluir dentro de la atención a las drogodependencias otras adicciones con una perspectiva más amplia. El primer paso en este sentido, desde una perspectiva de salud pública, fue la integración de la atención a personas con problemas de consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco. Otro paso, posterior pero significativo, fue la incorporación de la atención a las adicciones comportamentales (ludopatías, fundamentalmente) donde, en los últimos tiempos, ha emergido el fenómeno de la adicción a las nuevas tecnologías, desde internet al teléfono móvil, con variaciones que evolucionan tan rápido como nuestro uso de las mismas. De ello deriva que, en algunas redes autonómicas, se haya apostado por hablar de adicciones, en general, y tratar de garantizar la atención a las mismas, independientemente de cuáles sean: nuevas tecnologías, sexo, trabajo, determinadas relaciones emocionales, etc.

Finalmente, desde el Gobierno Central del Estado se coordinan todas las políticas de drogas que se llevan a cabo en los diferentes niveles territoriales: central, autonómico (o regional) y local, configurando el Plan Nacional sobre Drogas (plan español sobre drogas), creado en 1985. Al frente del Plan Nacional sobre Drogas está un Ministro del Gobierno y, dependiendo de él, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A la Delegación le corresponde la dirección, el impulso, la coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.

Todo ello ha configurado una red asistencial de atención a las drogas muy completa, que es un referente en el ámbito internacional en algunos aspectos. De esta forma, en todo el territorio español existe la posibilidad de la atención residencial dentro de la red pública cuando una persona sufre un problema de adicciones.

2. DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS

En el tratamiento residencial de las drogodependencias son dos los dispositivos fundamentales: las comunidades terapéuticas y las viviendas o pisos de apoyo. Existen algunos otros que también serán descritos pese a que en cantidad, especialmente en número de plazas, resultan completamente minoritarios en relación con las comunidades terapéuticas y los pisos de apoyo al tratamiento y de reinserción social. Son recursos con un alto grado de especialización, normalmente atendiendo a las necesidades específicas de las personas a las que atienden.

En todos los casos, lo esencial del tratamiento residencial es la aportación de un entorno controlado que permita el avance en el proceso terapéutico, que garantice la abstinencia, que acompañe con un tratamiento psicoterapéutico y proporcione hábitos y organización en la vida diaria.

2.1. Tipos y características de las unidades de tratamiento residencial

2.1.1. Tipos de unidades de tratamiento residencial

2.1.1.1. Las comunidades terapéuticas

Se trata de un recurso dirigido a aquellos pacientes que carecen de un apoyo familiar o social básico o que teniéndolo, se considera que supone un impedimento para la adecuada evolución del paciente en el tratamiento, por existir relaciones disfuncionales, por carecer de la posibilidad de una contención básica o incluso que favorecen el consumo por algún motivo, como la existencia de familiares o amigos consumidores. Las comunidades terapéuticas también pueden ser adecuadas en determinadas situaciones en las que sin existir un problema especial en la red social o familiar, la persona usuaria de drogas carece de autocontrol y capacidades para mantener la abstinencia en su contexto habitual.

Durante el periodo de ingreso en la comunidad terapéutica, la relación profesional con el centro ambulatorio de referencia no se mantiene, recayendo todo el peso del tratamiento en el equipo profesional de la comunidad terapéutica. Por ello, las comunidades terapéuticas deben disponer de un abanico de profesionales capaces de mantener la intervención terapéutica en su conjunto, incluyendo profesionales sanitarios (medicina, enfermería, psiquiatría), sociales (trabajo social, educación social, orientación laboral, terapia ocupacional...) y psicológicos, así como en ocasiones personal auxiliar.

En ocasiones, aunque de forma muy poco frecuente en la actualidad, los equipos profesionales incluyen personas con un perfil de consumo de drogas, lo que ha requerido que cumplan unos mínimos requisitos de cualificación para el puesto de trabajo que ocupan.

2.1.1.2. Pisos de apoyo al tratamiento

Además de las comunidades terapéuticas, en varias redes autonómicas (al menos seis según la información recibida) existen viviendas o pisos de apoyo al tratamiento. Estos pisos son dispositivos residenciales donde no está centralizado el tratamiento, sino que éste se desarrolla desde el centro ambulatorio de atención a drogodependientes de referencia. Estos centros ambulatorios cuentan con un equipo multiprofesional que define y dirige el tratamiento, mientras que desde los pisos se proporciona un complemento profesional en un contexto que permite que el tratamiento se desarrolle como alternativa al medio social del paciente en una fase inicial o intermedia. Se ubican en el contexto urbano, puesto que su función no es básicamente de contención en un espacio aislado, sino de evolución en un proceso terapéutico.

Al igual que en las comunidades terapéuticas, este recurso habitualmente está dirigido a aquellos pacientes que carecen de un apoyo familiar o social básica o que, aun teniéndolo, se considera que supone un impedimento para la adecuada evolución del paciente en el tratamiento.

A diferencia de lo que sucede en las comunidades terapéuticas, los equipos profesionales que trabajan en los pisos no tienen la responsabilidad total del tratamiento, sino que apoyan el mismo, bajo las indicaciones del centro ambulatorio de referencia. Estos equipos se configuran de forma muy dispar en función de los requerimientos y características de cada dispositivo. Así, podemos encontrar una configuración de mínimos, donde los profesionales carecen de una cualificación profesional especial, en cuyo caso se limitan a mantener las normas de convivencia y las pautas relacionales, de ocupación del tiempo y el ocio establecidas desde el centro de referencia, así como a controlar la posibilidad de consumo de alcohol o de drogas.

En el polo opuesto, existen recursos con equipos profesionales con una amplia pluralidad de profesionales del ámbito social (educadores sociales, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...), terapéutico (psicólogos) o sanitario (enfermeros fundamentalmente). En cualquier caso, aunque el equipo profesional en el piso esté capacitado para desarrollar un programa terapéutico de forma autónoma, su intervención siempre se encuentra supeditada a la coordinación establecida por el centro ambulatorio de referencia.

2.1.1.3. Pisos de reinserción social

Son viviendas o pisos ubicados en el contexto urbano, con una configuración y características muy similares a los pisos de apoyo al tratamiento. Se diferencian de los mismos en que atienden a personas que se encuentran en el periodo final del proceso terapéutico, lo que hace que la composición de los equipos profesionales esté más orientada a apoyar los procesos de reinserción social, a la vuelta al contexto social de origen o a conseguir un medio alternativo. En estos pisos cobra mayor intensidad la intervención en el ámbito de la orientación e integración laboral, encaminada a conseguir un empleo en aquellas personas que tienen dificultad por falta de cualificación y experiencia, así como a manejar tanto el uso del dinero como las relaciones en el contexto laboral, especialmente si éste ha tenido incidencia en los problemas de consumo de drogas.

Las relaciones con los centros ambulatorios y la configuración de los equipos profesionales son muy similares a lo que se ha especificado respecto a los pisos de apoyo al tratamiento.

2.1.1.4. Otros dispositivos

En este apartado, hacemos referencia a dispositivos residenciales con algunas características específicas, independientemente de que pueden referirse a comunidades terapéuticas, a viviendas de apoyo al tratamiento o de reinserción social, e incluso a plazas hospitalarias en algún caso. Se hace mención a los mismos ya que su esencia no está en que se encuentren situados en el contexto rural o urbano, ni en el tamaño o forma arquitectónica de los centros (pisos o comunidades terapéuticas), sino a determinadas características que hacen referencia a las personas atendidas, por perfiles sociodemográficos, de consumo, etc.

Por sustancias concretas

Como se ha dicho antes, en sus orígenes, los dispositivos residenciales se orientaban principalmente hacia la atención a un colectivo de usuarios de heroína. Desde hace dos décadas, numerosos estudios confirman un cambio en el perfil en los usuarios de drogas, con una tendencia muy fuerte hacia el policonsumo y un claro avance del consumo de cocaína, lo que ha ido equilibrando y modificando el perfil de personas usuarias de los dispositivos. La mayoría de los recursos se ha ido adaptando a esta situación cambiante, adaptando los tratamientos individuales a las personas que se incorporan al recurso independientemente de la droga principal de uso, e incorporando las posibles complicaciones orgánicas y psicológicas derivadas de ello. Sin embargo, se han encontrado algunos dispositivos específicos para la atención a personas cocainómanas, que se especializan en las posibles complicaciones psiquiátricas que se derivan de ello.

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

La mayor especialización de recursos, en función de la sustancia consumida, se relaciona con el alcohol, si bien al ser un elemento de exclusión en el presente informe no se hace especial referencia al mismo.

Por tipologías específicas

En algunas Comunidades Autónomas con una red asistencial amplia, tanto en dispositivos como en plazas, también podemos encontrar algunos centros de tratamiento de las drogodependencias altamente especializados y de escasa o nula implantación en el resto de Comunidades Autónomas. En algunos casos esta especialización no es formal; tan sólo se va produciendo progresivamente, de forma más o menos planificada, pero sin que se especifique en la descripción de los dispositivos. En otros, sin embargo, como es el caso de la Comunidad de Madrid, encontramos un alto nivel de especialización. En esta Comunidad, que incluye la red municipal del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, encontramos dispositivos para personas sin hogar, para cuidados de usuarios crónicos con un alto grado de deterioro, para personas con patología dual, de autogestión, para la autonomía, etc.

Los dispositivos dirigidos a personas con problemas de patología dual son especialmente significativos, convirtiéndose en el paradigma de la especialización de recursos (no sólo residenciales), muy valorados por las personas atendidas y de gran significación también cuando la red de drogas se ubica en el ámbito de la salud mental.

La Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con viviendas dirigidas a personas drogodependientes enfermas de SIDA, si bien los responsables manifiestan dudas sobre la conveniencia de considerar estos dispositivos como de tratamiento residencial.

En la red de la Comunidad Autónoma de Cataluña existe un dispositivo especial denominado “centro de crisis”[31], basado en una experiencia holandesa, en el que el paciente ingresa por una experiencia subjetiva de crisis, aunque no exista urgencia social, orgánica o psiquiátrica evidente, sino la conjunción de varios factores. Este tipo de dispositivo podría sustituir en un futuro a las unidades de desintoxicación. Al ser ingresos de muy corta estancia (máximo siete días) el plan de intervención lo debe organizar el centro al que se deriva.

Dispositivos para menores

En diferentes Comunidades Autónomas encontramos dispositivos residenciales específicos para menores de edad con problemas de consumo de drogas, existiendo un cierto grado de especialización de algunas organizaciones (Dianova) en este tipo de atención. En líneas generales se puede afirmar que la intervención con menores desplaza el foco desde la adicción hacia el proyecto personal, otorgando un gran peso al desarrollo de la persona en su conjunto para evitar que el consumo o la adicción se consoliden.

La convivencia de menores y adultos se ha considerado como un problema para los primeros, ya que los menores adoptaban, de forma consciente o no, a personas adultas como referencia, siendo éste un problema importante en su proceso terapéutico.

Dispositivos para mujeres, parejas o mujeres con hijos

Se ha obtenido información de la existencia de algunos recursos residenciales dirigidos exclusivamente a mujeres, lo que garantiza, por una parte, la existencia de un número suficiente de plazas para mujeres en la red y, por otra parte, permite abordar aspectos específicos de las mujeres con problemas de adicción. En el caso de la red andaluza se mencionan dispositivos para mujeres con hijos o para parejas con problemas de consumo. Existe información de que la

[31] No se ha accedido a sus datos, por lo que no han sido incluidos en el informe.

presencia de mujeres en algunas comunidades terapéuticas no ha sido gestionada de forma adecuada; la aparición de relaciones emocionales en un momento de mucha trascendencia en la vida de las personas afectadas ha interferido en los procesos terapéuticos, provocando incluso su finalización anticipada.

2.1.1.5. Criterios de admisión

Los requisitos de admisión suelen establecerse por cada red asistencial, siendo los principales los relacionados con el perfil de consumo y el historial diagnóstico, sociodemográficos, de contexto social, de situación de salud y evidentemente, de voluntariedad.

Historial de consumo

El primer requisito de acceso a un dispositivo residencial es la existencia de un problema de consumo de drogas, de dependencia o de adicción. En algunos casos, el perfil de consumo está delimitado, formalmente o por una diferenciación en la práctica, hacia algún tipo de droga en concreto, aunque la mayoría de los dispositivos residenciales han abierto su abanico asistencial a cualquier tipo de droga (incluido, en algunos casos, el alcohol). Asimismo, existen algunos casos en que los dispositivos residenciales están igualmente abiertos a la atención a adicciones comportamentales, en las que no existe (o no es el motivo principal) el consumo de drogas. En estos casos se incluye la adicción al juego patológico, al sexo, a la nuevas tecnologías (videojuegos, internet, móvil...), al trabajo, a la dependencia emocional, etc.

Sociodemográficos

La mayoría de los dispositivos residenciales están dirigidos a personas mayores de edad, aunque hay algunos dispositivos residenciales sólo para menores. La convivencia en el mismo dispositivo de personas mayores y menores se ha identificado desde hace años como un factor de riesgo en el pronóstico de las personas más jóvenes, que, como se ha dicho anteriormente, precisan en el dispositivo residencial un tratamiento más centrado en la definición de su proyecto personal que en un tratamiento específico de la adicción.

Por otra parte, el sexo puede ser igualmente un factor decisivo en la admisión en un dispositivo residencial. La mayoría de los dispositivos tienen regulado el número de plazas disponibles para hombres y para mujeres, siendo en muchos casos, especialmente en el caso de dispositivos de pequeño tamaño (pisos de apoyo y de reinserción) exclusivamente para hombres. En este sentido, existen dos factores a tener en cuenta. De una parte, la propia configuración arquitectónica del centro, que determina el número de habitaciones que se reservan para cada uno de los sexos. El número de personas atendidas en la red asistencial para las drogodependencias en España atiende a una proporción del 83% de hombres frente al 17% de mujeres. Esto ha determinado que la inmensa mayoría de los centros estén dirigidos a hombres, aunque existen algunos dispositivos sólo para mujeres. El segundo factor es la consideración de las relaciones sexuales dentro de los dispositivos residenciales y su regulación en función de diferentes criterios y especialmente su incidencia en la evolución terapéutica de los pacientes. En algunos centros, incluso se limita la relación con las parejas durante el periodo de tratamiento. En relación con la perspectiva de género, existen profesionales que han desarrollado diferentes consideraciones sobre la configuración androcéntrica del propio sistema asistencial en drogas.

Contexto social

Un criterio fundamental para la admisión en un dispositivo residencial es carecer de un entorno social básico y apoyo familiar necesario. La consideración de esta carencia es diferente en determinados casos, si bien normalmente está determinada por el criterio profesional del equipo de los centros de referencia y fundamentalmente del trabajador social.

Sin embargo, existen algunos casos (fundamentalmente por parte de algunas entidades sociales que tienen un criterio distinto al de las Administraciones Públicas) en los que, por el contrario, el apoyo familiar se considera un requisito fundamental y un factor de éxito para el tratamiento, cuya inexistencia puede ser criterio de exclusión (Proyecto Hombre puede ser una referencia en este sentido, si bien su posición está cambiando en los últimos años).

Situación de salud

La práctica totalidad de los dispositivos residenciales exigen un estado de salud que permita la convivencia y adaptación a la dinámica del dispositivo de la propia persona y del resto de los pacientes. Esto se traduce en la inexistencia de enfermedades infecciosas en fase activa, cuando supongan un riesgo para el resto de usuarios, en la inexistencia de una discapacidad física que impida la autonomía requerida en el dispositivo, así como la inexistencia de patologías psiquiátricas. Este último caso suele ser, en ocasiones, uno de los principales motivos de discrepancia en la adaptación a los criterios de inclusión entre los responsables residenciales y los responsables de los centros de referencia que tramitan la derivación.

Voluntariedad

La voluntariedad es un requisito fundamental en el ingreso en los dispositivos residenciales. Se trata de un derecho básico de las personas regulado en la legislación española sobre autonomía del paciente, así como por considerarse un factor determinante en la evolución terapéutica del mismo. En este último sentido, la valoración de la motivación del paciente como criterio de éxito es, en ocasiones, motivo de discrepancia entre los responsables de los centros derivadores y los de los dispositivos residenciales, donde suele existir un criterio más exigente por parte de estos últimos. La voluntariedad suele establecerse en un documento denominado “consentimiento informado” en aquellos dispositivos que han avanzado en el reconocimiento de derechos de los pacientes, mientras que en otros es sólo una práctica no documentada.

La posibilidad del ingreso forzoso está muy limitada en España, y, cuando se lleva a cabo, está siempre establecida mediante decisión judicial; pero no se produce ante consumidores de drogas sin más, sino que está dirigida a patologías psiquiátricas severas. Se realiza mediante ingreso en hospitales o centros psiquiátricos, para adultos (normalmente personas incapacitadas judicialmente) o mediante condenas por conductas reguladas por el sistema penal, en cuyo caso se hace cargo el sistema penitenciario (que cuenta con dos hospitales psiquiátricos).

Sin embargo, existen circunstancias en el sistema penitenciario que regulan el cumplimiento alternativo al ingreso en prisión de personas con problemas de drogodependencias, donde se podría considerar que la voluntariedad está condicionada.

Por último, hay que hacer mención a los tiempos previos al ingreso en dispositivos residenciales. Si bien no se dispone de información completa, en ocasiones existen tiempos de espera de hasta dos o tres meses para el ingreso. Este tiempo de espera ha sido motivo de controversia sobre la idoneidad del mismo para mejorar la motivación de los usuarios en su momento de ingreso, si bien en la actualidad es minoritaria esta argumentación.

2.1.1.6. La salida de los dispositivos

Mientras que la admisión en los dispositivos residenciales viene determinada por la derivación desde los centros de referencia, la salida de los pacientes se desarrolla de forma independiente a éstos en el caso de las comunidades terapéuticas, que se hacen cargo del proceso terapéutico de principio a fin de su estancia. Sin embargo, en las viviendas de apoyo al tratamiento y reinserción social sigue siendo competencia (normalmente compartida) de los centros ambulatorios de tratamiento. En ambos casos, el final de la estancia se produce atendiendo a tres motivos fundamentales: el cumplimento de plazos o de objetivos, la salida voluntaria y la expulsión. Todas

las salidas de personas atendidas implican la documentación del proceso mediante un informe de fin de estancia.

El análisis de estos motivos de salida de los dispositivos es, junto con las evaluaciones ex post, el criterio fundamental de eficacia y eficiencia de los dispositivos, estableciéndose en función del porcentaje de altas terapéuticas.

La salida de los dispositivos residenciales no implica el final del proceso terapéutico, que se mantiene desde los centros ambulatorios de referencia, que pueden derivar al paciente hacia otros recursos, residenciales o ambulatorios, o mantener la intervención exclusivamente desde el centro ambulatorio hasta producirse el alta.

2.1.2. Enfoques

El papel que juegan los dispositivos de tratamiento residencial en la red asistencial en España está condicionado en gran medida por la consideración que los responsables de las diferentes Comunidades Autónomas han tenido y tienen sobre sus funciones y beneficios. A continuación se realiza una aproximación sobre los diferentes enfoques en la asistencia a usuarios de drogas y sus implicaciones en la configuración de los dispositivos residenciales.

2.1.2.1. La adicción como problema de salud mental

El enfoque más consolidado durante los últimos años ha sido la ubicación de la atención a las drogodependencias dentro de la red de salud mental, por considerar la dependencia a las drogas como un problema de esta índole. Desde este enfoque se otorga gran importancia a los dispositivos residenciales como centros de aislamiento, con sus implicaciones de un contexto diferenciado para la intervención, y también para la contención. Sin embargo, la clasificación de servicios de salud mental no coincide fácilmente con la clasificación de los dispositivos de tratamiento residencial. Los objetivos de aislamiento, contención y contexto diferenciado para la intervención parecen conseguirse más fácilmente en los dispositivos residenciales más grandes que en los de menor tamaño (pisos o viviendas de apoyo en áreas urbanas).

El enfoque de salud mental mantiene una consideración profesional diferente hacia los profesionales de los centros ambulatorios de referencia que hacia los dispositivos residenciales, por ser los responsables del tratamiento. Aunque en general el papel de los centros residenciales es subsidiario frente a los ambulatorios (y por consiguiente sus equipos profesionales), cuando la intervención está diseñada desde la salud mental el papel prioritario es ocupado por los profesionales psiquiátricos y en menor medida por otros sanitarios, desplazando a los equipos de intervención psico-social a un escalón menos relevante.

Este efecto se acrecienta porque, en la actualidad, los profesionales de la psiquiatría son muy escasos en España y la probabilidad de su ubicación en los dispositivos residenciales es escasa. En términos generales, el grado de especialización que exige la salud mental no ha llegado a los dispositivos residenciales, ni tiene posibilidad de hacerlo por las condiciones en las que éstos se financian.

En términos de funcionalidad orgánica, la ubicación de la atención a las drogodependencias en la red de salud mental no suele ser completa ni, en la práctica, se produce siempre en términos de igualdad con el resto de dispositivos de salud mental. La asistencia a usuarios de drogas depende jerárquicamente de unidades organizativas que actúan en paralelo al conjunto de la actividad en salud mental, sin conseguirse una homogeneidad de protocolos de actuación, de equipamientos y de carga asistencial. La tendencia a la integración en redes normalizadas ha quedado en la práctica en una simple cobertura orgánica, lo que provoca que, en multitud de ocasiones, el tratamiento residencial no esté siempre entre las prioridades de los gestores.

El enfoque de la salud mental cuida especialmente el "tratamiento", entendido como la superación de la enfermedad mental, en un proceso que abarca desde la desintoxicación hasta la deshabituación, con una fuerte presencia del apoyo farmacológico en la intervención individual, junto con una psicoterapia individual muy orientada a la clínica, que en algunas comunidades tiene un carácter psicoanalítico muy acusado. Y todo ello puede derivar en un menor protagonismo de la fase de la inserción social frente al que otorgan otros enfoques.
Desde la perspectiva de una cierta imposibilidad de rehabilitación real y completa de algunos pacientes, el enfoque de salud mental considera los dispositivos residenciales sobre drogas como espacios de rehabilitación parcial durante un episodio agudo de una enfermedad mental. Considera igualmente este periodo, independientemente del pronóstico, como recuperación física y respiro en procesos vitales muy duros, no sólo para los pacientes sino también para sus familias y redes sociales inmediatas.

Esto produce una cierta contradicción ante la imposibilidad de atención de la perspectiva más social, pero también por la imposibilidad del abandono de determinados pacientes, por lo que en ocasiones se gestionan unos recursos mínimos ante la inexistencia de otros dispositivos de tipo exclusivamente social. Algunos gestores apelan a un hipotético "espacio sociosanitario" como un ente al que derivar pacientes de patologías crónicas e irresolubles con el fin de poder liberar recursos y profesionales para una atención más efectiva.

2.1.2.2. El modelo socioeducativo

Un enfoque de gran importancia en parte de las comunidades terapéuticas en España es el enfoque socioeducativo. Responde a la consideración del problema de las adicciones como bio-psico-social. Desde esta perspectiva se atiende a la interrelación entre factores, consecuencias y síntomas biológicos y sociales en la asistencia a los usuarios de drogas.

Este modelo pretende integrar estas tres perspectivas de la salud, pero existe una dificultad importante en la ubicación administrativa de la atención a las drogas en los sistemas de atención social y sanitaria, sistemas disociados entre sí, mientras los defensores de este enfoque insisten en la coordinación y la colaboración entre las distintas redes. La defensa más intensa de este enfoque tiende a ubicar la atención a las drogodependencias en el sistema de bienestar social, y su máximo referente podría ser la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Desde este enfoque se ha configurado una línea de comunidades terapéuticas que se han denominado como socioeducativas, frente a las de línea psicoterapéutica. Las comunidades terapéuticas insisten en el trabajo de adquisición o recuperación de hábitos de vida y relaciones con los otros, otorgando gran importancia a la organización de actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, que permiten la adquisición de responsabilidad personal y la capacidad de toma de decisiones. En este modelo prima la intervención grupal frente a la individual.

En algunas Comunidades Autónomas el sistema de bienestar social y el sistema sanitario dependen de la misma Consejería, lo que podría facilitar la comunicación y coordinación entre diferentes sistemas asistenciales, pero en la práctica no se aprecian diferencias significativas frente a otros modelos: el subsistema más fuerte (el sanitario) prima siempre sobre el menor (el social).

2.1.2.3. El enfoque de intervención psicoterapéutica

Frente al enfoque socioeducativo existe otro que apuesta por una intervención psicosocial de gran profundidad. Este enfoque no es predominante en estos momentos en la atención a las drogodependencias en ninguna Comunidad Autónoma, pero sí lo fue durante un tiempo en que se otorgaba un mayor valor a la intervención psicológica frente a la médica.

Desde esta perspectiva, el periodo de permanencia en un recurso residencial es un espacio privilegiado de intervención para trabajar factores personales que inciden en el consumo, especialmente los factores emocionales, y donde los pacientes pueden aprender a tener una vivencia social, consolidar la propia identidad y aprender a mantener relaciones sociales. Pretende también un cambio comportamental y motivacional y, en mayor profundidad, toda una "reestructuración" de la vida.

La implicación en los dispositivos residenciales puede apreciarse en una mayor estructuración de los tratamientos, con mucha intervención individual y grupal y con la práctica totalidad de los tiempos ocupados con intervenciones terapéuticas, con una preponderancia psicológica.

Si bien no se conoce ninguna Comunidad Autónoma que adopte ese enfoque como esencial de su red, la entidad social Proyecto Hombre, de gran relevancia en el sector, podría configurarse como la que mantiene con mayor intensidad la intervención psicosocial. Esta entidad actúa en un marco de colaboración con la red pública, aunque manteniendo también sus señas de identidad e incluso su propio modelo si su financiación complementaria se lo permite. Desde este modelo de preponderancia psicológica y de intervención terapéutica en profundidad, el tratamiento residencial se considera como un contexto preferente de intervención, apuesta por la configuración de equipos multi-profesionales muy completos, estancias largas y una fuerte estructuración de la intervención.

2.1.2.4. Enfoque desde la salud pública

Un enfoque importante durante los años noventa, y que permanece asentado en algunas redes autonómicas, es el que se realiza desde la salud pública. Este enfoque prima la atención a los daños que produce el consumo, sean cuales sean. La importancia que se concede a los dispositivos residenciales desde este enfoque es muy alta, fomentando su flexibilización, promoviendo una cierta renovación en la atención residencial y permitiendo objetivos diferentes a la abstinencia. Es un enfoque muy utilizado en el caso de los pacientes que utilizan sustitutivos opiáceos o en la flexibilización de estrictas exigencias en el cumplimiento de objetivos. Esta perspectiva, de preeminencia clínica, incorpora en menor medida objetivos de inserción social en el tratamiento al no tener un efecto directo y cuantificable en la enfermedad.

Desde este modelo se ha avanzado de forma significativa en la apertura de las comunidades terapéuticas a nuevos perfiles de consumidores, a la admisión de pacientes con tratamientos de metadona y a la flexibilización de los modelos más rígidos existentes en los inicios de las comunidades terapéuticas. Ha permitido, igualmente, superar posiciones alejadas desde los diferentes modelos para consensuar las metodologías, sistemas de evaluación y monitorización de la actividad en función de objetivos sanitarios a alcanzar. Ha sido igualmente un modelo que ha aportado mucho en los procesos de planificación de la red asistencial, recibiendo y aportando toda la experiencia de otros servicios y procesos de salud pública. En algunos aspectos, la red asistencial del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) sería representativo de las ventajas de este enfoque.

2.1.3. Mezcla o integración de servicios

Existen dos tendencias contrapuestas en la atención residencial en diferentes redes autonómicas: las que apuestan por la integración de todas las adicciones y todos los perfiles de consumo en los mismos dispositivos, tengan las características que tengan, y las que apuestan por la especialización de los diferentes dispositivos en función de diferentes tipologías de consumidores, por sustancias (alcohol, cocaína), por trastornos específicos (especialmente patología dual) o por perfiles sociales o demográficos (mujeres, menores, inmigrantes...)

Algunas Comunidades Autónomas con mayor capacidad de planificación, de homologación de las carteras de servicios y de formación de los profesionales, se inclinan por la integración con una perspectiva de universalización de la asistencia (Andalucía sería una referencia en este sentido),

lo que permite además una mayor eficiencia de los recursos. Es, asimismo, la tendencia que posiblemente tendrá más oportunidades en un contexto de reducciones presupuestarias.

En sentido contrario, y, especialmente en redes autonómicas con suficientes recursos y escasa dispersión territorial (la referencia puede ser la Comunidad de Madrid) se buscan dispositivos y equipos profesionales con un alto grado de especialización, con la posibilidad de incorporar metodologías, técnicas y equipos avanzados en cada material. En este sentido, es difícil negar la necesidad de dispositivos especializados para mujeres o para pacientes con patología dual, por ejemplo.

Algunas de las tendencias que se han producido en los últimos años para mejorar la atención hacia perfiles que no son atendidos en la red con un nivel de calidad suficiente, según sus requerimientos específicos (y que requerirían esfuerzos de mejora o especialización en los dispositivos residenciales), corren el riesgo de ser suspendidas. Este puede ser el caso de las personas sin hogar con problemas de adicciones, de madres con hijos que no pueden ser atendidos por familiares u otros servicios, de algunos colectivos de inmigrantes con importantes grados de deterioro asociados a consumos muy problemáticos, o de perfiles de consumidores con un largo historial de consumo que requieren un nivel de cuidados y de atención y que, pese a su estabilidad, son excluidos de la red de residencias para personas ancianas (elderly people), en algunos casos por el rechazo a mantener la prescripción de sustitutivos opiáceos (metadona fundamentalmente).

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas está trabajando en un desarrollo de la cartera de servicios, que podría ser definitiva en la resolución de esta contraposición de tendencias.

2.1.4. Integración de pacientes con tratamiento sustitutivo de opiáceos en el tratamiento residencial

En la década de los 90 se generalizaron los programas de sustitutivos opiáceos, básicamente de metadona, en España. Según los datos de pacientes atendidos en programas de mantenimiento con metadona en España, recopilados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se produce un incremento relativamente constante entre los años 1993 a 2002, pasando de 15.398 pacientes a 90.488. En los años siguientes se produce una pequeña disminución, situándose en 2005 en 83.374 y manteniéndose estables en los últimos años, siendo el último dato disponible el correspondiente a 2010, con 81.022 pacientes.

Al igual que en la inmensa mayoría de los servicios de atención a usuarios de drogas, los dispositivos residenciales tuvieron una gran dificultad para asumir el ingreso de personas usuarias de programas de mantenimiento con metadona (opioid substitution treatment). Sin embargo, en la actualidad, la presencia de estas personas es una realidad aceptada de forma generalizada en todos los dispositivos, siendo escasísimos aquellos dispositivos residenciales que niegan el ingreso a este tipo de pacientes. De hecho, en muchos dispositivos la incorporación de profesionales sanitarios en dispositivos residenciales ha evolucionado a la par de la necesidad de la prescripción y dispensación de este fármaco.

No obstante, en algunas ocasiones los profesionales de los dispositivos residenciales han “presionado”, de forma expresa o encubierta, a las personas usuarias y a los profesionales responsables de la prescripción (los médicos de los centros ambulatorios de referencia) para la disminución o desaparición de las dosis prescritas. Esta actitud de algunos dispositivos residenciales es cada vez menos frecuente. También es cierto que esta “presión” no siempre se produce por la convicción de los profesionales que la ejercen, sino por las condiciones exigidas desde las Administraciones Públicas. También ha contribuido a ello la gran extensión del uso de metadona en los programas para usuarios de drogas. En torno al 40% de los pacientes atendidos en la red asistencial la utilizan, sin que en la práctica se encuentre una diferenciación de perfiles y

de pronósticos que justifique la existencia de un criterio de exclusión a los pacientes relacionado con el uso de sustitutivos opiáceos.

2.1.5. Niveles de colaboración y relaciones entre redes

2.1.5.1. La ubicación y relaciones con la red asistencial

Los dispositivos residenciales en España están contemplados dentro de la red pública como dispositivos de segundo o tercer nivel. Si analizamos la red asistencial de atención a las drogas como una red inserta en otra de carácter general (normalmente la de salud o la del sistema de bienestar social) los dispositivos de atención a las drogas serían un dispositivo de segundo nivel. Sin embargo, a los dispositivos residenciales siempre se accede a través de los dispositivos de primer nivel de la red de drogas: los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, unidades de conductas adictivas u otro término similar. A pesar de su distinta denominación en las diferentes redes autonómicas, la configuración de estos centros es similar en todas ellas y está compuesta por equipos multidisciplinares que incluyen de forma generalizada profesionales de la psicología, el trabajo social y la medicina, que suelen complementarse con otros profesionales sanitarios (enfermería, psiquiatría...) o sociales (orientadores sociolaborales, monitores, educadores sociales, terapeutas ocupacionales...).

Los centros ambulatorios de atención a las drogas están considerados como el primer nivel en la red de atención a las drogodependencias, y son los responsables de derivar a los pacientes a los dispositivos residenciales, siendo éstos dispositivos de segundo nivel respecto a la red de atención a las drogas. En relación con la red sanitaria (o social en algunas Comunidades Autónomas), los centros ambulatorios serían recursos especializados o de segundo nivel, mientras que los centros de tratamiento residencial serían recursos de tercer nivel.

Los dispositivos residenciales mantienen una relación de dependencia respecto al dispositivo de referencia en la atención a las drogodependencias en España. Con algunas diferencias menores en cuanto al sistema de ejecución, los centros de referencia (centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, unidades de conductas adictivas o similares) establecen la idoneidad del ingreso de un paciente en un dispositivo residencial. Son, por tanto, los responsables de establecer el ingreso, sin que el ingreso espontáneo o por decisión del propio dispositivo residencial esté regulado.

El sistema de derivación suele desarrollarse bajo sistemas de listas únicas, centralizado en cada una de las redes autonómicas, si bien existen algunas excepciones en las que se regula de forma espontánea desde los propios centros de referencia, con un nivel de autonomía mayor. La derivación se realiza mediante informes de derivación que se emiten desde el centro de referencia, si bien existe en la mayoría de los casos la posibilidad de la denegación de la plaza a un paciente si se considera que no reúne los requisitos de admisión.

En ocasiones, se produce cierta discrepancia entre los centros ambulatorios de referencia y los dispositivos residenciales en este sentido: habitualmente los primeros presionan para la admisión (en ocasiones incluso por la propia presión de los pacientes o sus familias) mientras que los segundos mantienen criterios más exigentes en algunos aspectos. Esta es una tensión que se ha encontrado igualmente en la comunicación posterior entre los profesionales de ambos dispositivos, durante la estancia en el caso de las viviendas de apoyo al tratamiento (en el caso de la comunidad terapéutica no se produce porque no se mantiene este contacto).

2.1.5.2. En la dependencia sectorial: Salud frente a bienestar social

Existe un consenso generalizado en que la adicción a las drogas tiene, en su génesis y en la forma en que se afronta, aspectos que dependen de la red sanitaria y aspectos que dependen de la red de bienestar social. Sin embargo, al haberse configurado en España como una red específica, siempre ha estado ubicada en una de estas dos redes. En los últimos quince años se

han producido diferentes cambios en la ubicación del sistema de atención a las drogodependencias, enclavándose dentro de la red sanitaria. Posiblemente las consideraciones financieras han tenido su importancia al ser ésta la red más poderosa, con mejor dotación y organización administrativa.

Las implicaciones técnicas de la ubicación de la red de drogodependencias en la red sanitaria han supuesto un incremento en la profesionalización, con importantes avances en la consideración de la evidencia científica en los tratamientos, el incremento de la catalogación de las intervenciones y todo lo relacionado con la evaluación. Estas implicaciones, sin embargo, han sido más difícilmente trasladables hacia el tratamiento residencial, donde la heterogeneidad de los dispositivos, la menor homologación de los equipos profesionales y las intervenciones, y la menor presencia de profesionales sanitarios en los mismos, han hecho que los avances sean menores.

Asimismo, en ocasiones se ha percibido, por parte de los responsables sanitarios, la red asistencial como un conjunto de dispositivos difíciles de entender y ubicar, sin que se haya producido ni una planificación ordenada de los mismos, ni se haya procedido tampoco a su transformación o desaparición. Sin embargo, durante los años anteriores, de crecimiento económico, se ha experimentado un incremento en la cualificación profesional y en las prácticas de los dispositivos residenciales, si bien no siempre ha sido a causa de la planificación, sino por la propia dinámica del sector.

A menudo nos encontramos, en los procesos de integración de la red de atención a las drogodependencias en los departamentos de salud o bienestar social, con “herencias” de la organización anterior, por la imposibilidad de asumir en la gestión normalizada las especialidades de la red y en ellas primordialmente las necesidades de planificación y liderazgo. Ello ha determinado que, en ocasiones, se traslade la gestión de los servicios a unas unidades, manteniéndose la responsabilidad de la coordinación y planificación de los servicios en otras. Este tipo de organización administrativa, pese a su dificultad de ubicación en la función pública, permite mantener un mayor grado de atención y dinamismo a la red de atención, lo que a su vez tiene importantes implicaciones en los centros residenciales cuando se produce.

2.1.5.3. Gestión administrativa: agencias de servicios frente al espacio sociosanitario

La integración de la red asistencial en las diferentes Consejerías de las Comunidades Autónomas ha conllevado su ubicación en los respectivos organigramas administrativos. La evolución de la red sanitaria (la mayoritaria, en el caso de la asistencia a las drogas), tiende a organizarse en una red de provisión de servicios, entre cuyas prioridades figura la aplicación de criterios de eficiencia y rentabilidad, así como la clasificación de la atención mediante la elaboración de carteras de servicios. La ubicación de los recursos de drogodependencias en los respectivos organigramas ha implicado dificultades de equiparación de los sistemas organizativos existentes y la modificación de las prácticas anteriores. Este proceso está dando lugar a diferentes fórmulas de gestión en los dispositivos de tratamiento residencial, que pueden tener en el futuro importantes repercusiones para la red al ser dispositivos de difícil clasificación dentro de los sistemas existentes.

El espacio sociosanitario, que busca la atención integral centrada en la persona, y al que se reclama en muchas ocasiones (apelando a la coordinación entre sistemas de forma organizada) la respuesta a carencias que no encajan de forma evidente en alguno de los servicios de cada red, posiblemente pueda verse afectado en mayor medida en este proceso, perdiéndose posibilidades de coordinación y de planificación de servicios que respondan a estas situaciones.

2.1.5.4. La relación con el tercer sector como promotores y proveedores

Independientemente del modelo de gestión que se aplique (las fórmulas más usadas para la financiación con el sector privado son convenios, contratos y subvenciones, donde cada Comunidad Autónoma sigue un sistema propio), la inmensa mayoría de los recursos residenciales son gestionados por entidades privadas por encargo de las Administraciones Públicas. De estas

entidades, a su vez, la inmensa mayoría son entidades del denominado Tercer Sector: ONGs, asociaciones, fundaciones y, en algún caso, entidades religiosas. En el ámbito de las fundaciones podemos encontrar algunas públicas o semipúblicas pero, en la práctica, hablar de los dispositivos residenciales implica hablar en paralelo de la gestión de las entidades del tercer sector, y la percepción que los responsables públicos tienen de los dispositivos está condicionada de forma fundamental por su visión de la gestión que realizan las entidades sociales.

En muchos casos, las entidades del tercer sector contribuyen con la aportación de personal voluntario a la gestión de los dispositivos residenciales, lo que reduce el coste de los mismos. No obstante, hay cierta discusión sobre la idoneidad de incorporar personal voluntario, por las dificultades de garantizar los requisitos de cualificación necesarios y por vulnerar los acuerdos en materia de voluntariado que excluyen la sustitución de personal remunerado por voluntario.

En la información recogida para realizar este informe se ha observado que algunos responsables opinan que estas entidades son innovadoras, perciben y se adaptan a los cambios con mayor facilidad y están compuestas por personas comprometidas, mientras que en otros casos se las percibe como entidades constituidas para defender intereses propios relacionados con el autoempleo, carentes de profesionalidad y de criterios adecuados de gestión. En la información obtenida, se puede apreciar una correspondencia entre la percepción que se tiene desde los responsables públicos entre los dispositivos residenciales y las entidades sin ánimo de lucro. Por este motivo se profundiza a continuación en algunos aspectos relacionados con el Tercer Sector.

2.1.5.5. El modelo de gestión: de la subvención al contrato

En los últimos años se viene apreciando una tendencia hacia un cambio de modelo en la gestión de los dispositivos residenciales que, de alguna manera, es un cambio que el propio Tercer Sector viene realizando de forma generalizada. El nacimiento de los servicios desarrollados por el Tercer Sector y, de forma clara, los servicios de tratamiento residencial, ha sido mayoritariamente financiado desde las Administraciones Públicas, en una pequeña parte por los propios usuarios y sus familias y de forma anecdótica por otras fuentes de financiación privada (confesiones religiosas y la obra social de las cajas de ahorro, en su mayoría). Esta financiación pública se ha realizado bajo la fórmula jurídica de la subvención. La subvención implica el otorgamiento de recursos financieros a una entidad para la realización de un fin social determinado, con la obligación por parte de ésta de la justificación de los gastos invertidos. Las obligaciones y las posibilidades de planificación y control de la actividad por parte de la Administración en esta fórmula jurídica (tanto por su regulación legal como por la dinámica que en la práctica se ha consolidado) es limitada y está mucho más dirigida hacia la justificación de que los fondos aportados se han gastado en el fin previsto y no tanto hacia la obtención de resultados concretos.
La fórmula de la subvención suele desarrollarse para un volumen de financiación pequeño, al menos cuando se produce en términos de concurrencia competitiva. Ello ha desarrollado una fórmula especial que ha sido la firma de convenios entre una Administración Pública y una entidad del Tercer Sector; en numerosas ocasiones esta ha sido la fórmula jurídica bajo la que se han mantenido los dispositivos residenciales. Sin embargo, por la intervención de los sistemas de control e intervención de las Administraciones Públicas, se ha ido produciendo una limitación en este sistema de financiación ya que no se garantiza que se produzca bajo circunstancias de transparencia y equidad, sino por decisión subjetiva de los responsables públicos de determinados organismos.

Por este motivo, así como por una responsabilidad pública creciente en la planificación, en el control de la actividad y en la asunción de la actividad residencial como algo propio, la financiación por medio de subvenciones ha ido evolucionando progresivamente hacia fórmulas jurídicas reguladas por la legislación en materia de contratación pública. Este es un mecanismo que se ha ido produciendo de forma paralela a la participación del sector privado en la prestación de servicios públicos, encontrando que los dispositivos residenciales de forma masiva se siguen prestando por entidades del Tercer Sector.

En este contexto, existe una tendencia creciente a la compra de servicios por parte de las Administraciones Públicas en un contexto de competencia, transparencia e igualdad de condiciones, según la legislación en materia de contratación pública, que en cualquier caso difícilmente modificará la composición de las entidades que prestan servicios en este sentido, ya que el mercado de la atención residencial requiere importantes inversiones y un alto grado de especialización y tiene una escasa o nula rentabilidad económica en la mayor parte de los casos.

2.2. Disponibilidad y accesibilidad a nivel nacional

Los datos que se ofrecen a continuación suponen una aproximación bastante exacta respecto a la cuantificación de los recursos residenciales existentes en el Estado español; sin embargo se deben tener en cuenta algunas precisiones en la cuantificación. La diversidad de recursos residenciales, la diferente clasificación de los mismos y las dificultades de obtener una información completa y homogénea, hacen difícil establecer una cifra exacta de los datos sobre los recursos existentes, el número de plazas, de dispositivos y de personas atendidas.

Otro factor que puede ocasionar información imprecisa es la confluencia de datos referentes a los años 2010 y 2011. A pesar de que los datos solicitados se referían al año 2011, en algunos casos algunas informaciones se refieren al año anterior, lo que puede introducir pequeñas desviaciones que, en cualquier caso, no alteran la información fundamental, puesto que todos los datos de número de plazas y personas atendidas son de 2011. Igualmente ha sido necesario modificar algunas de las informaciones aportadas para homogeneizar los criterios establecidos por el Observatorio Europeo de las Drogas (EMCDDA). De los datos aportados, se han excluido los referentes a estancias excesivamente cortas, como las dirigidas a la desintoxicación exclusivamente, y se ha descartado incluir los casos donde únicamente se ha tratado la adicción al alcohol. No obstante, la interpretación de estos datos ha incluido, en algunos casos, un criterio subjetivo en la clasificación de los centros, lo que a su vez implicaría cambios en otros datos asistenciales[32].

2.2.1. Distribución de centros, plazas y usuarios

En la tabla siguiente se refleja el total de datos distribuidos por plazas totales, usuarios atendidos, número de centros y la relación entre usuarios y plazas, y plazas por población[33]. El total de plazas existentes en los dispositivos residenciales españoles en 2011 asciende a 4.506, habiéndose atendido a 9.312 personas.

[32] Puede existir alguna imprecisión en la información procedente de la Comunidad de Madrid ya que utiliza un sistema de clasificación de dispositivos algo diferente. En los datos referentes se incluyen las plazas que proceden del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid (más de la mitad).

[33] Datos obtenidos según padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2011.

11. TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS DE DROGAS EN ESPAÑA

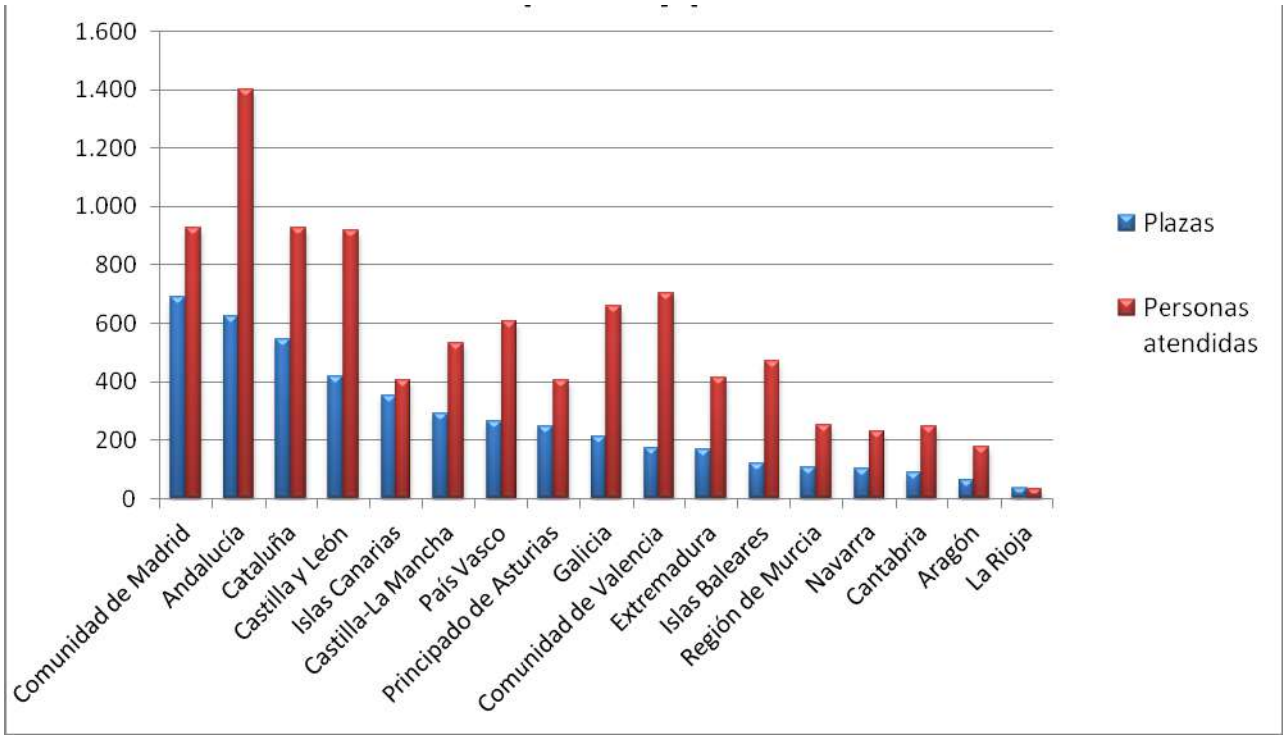
Tabla 11.1. Plazas totales, usuarios atendidos, número de centro y relación usuarios/plazas y plazas/población

Comunidad Autónoma	Plazas	Usuarios atendidos	Centros	Ratio usuarios /plazas	Plazas /habitante x100000	Población
Andalucía	623	1 402	46	2.25	7.4	8 424 102
Aragón	63	178	2	2.83	4.7	1 346 293
Cantabria	90	247	2	2.74	15.2	593 121
Castilla y León	417	919	9	2.20	16.3	2 558 463
Castilla-La Mancha	293	530	12	1.81	13.9	2 115 334
Cataluña	547	928	18	1.70	7.3	7 539 618
Ceuta	0	0	0		0.0	82 376
Comunidad de Madrid	689	926	54	1.34	10.6	6 489 680
Comunidad de Valencia	173	702	9	4.06	3.4	5 117 190
Extremadura	169	415	10	2.46	15.2	1 109 367
Galicia	211	659	10	3.12	7.5	2 795 422
Islas Baleares	122	470	3	3.85	11.0	1 113 114
Islas Canarias	352	407	11	1.16	16.6	2 126 769
La Rioja	35	32	1	0.91	10.8	322 955
Melilla	0	0	0		0.0	78 476
Navarra	101	231	3	2.29	15.7	642 051
País Vasco	266	608	7	2.29	12.2	2 184 606
Principado de Asturias	249	406	4	1.63	23.0	1 081 487
Región de Murcia	106	252	7	2.38	7.2	1 470 069
Total	**4 506**	**9 312**	**208**	**2.07**	**9.5**	**47 190 493**

2.2.1.1. Número de plazas y usuarios por Comunidades Autónomas

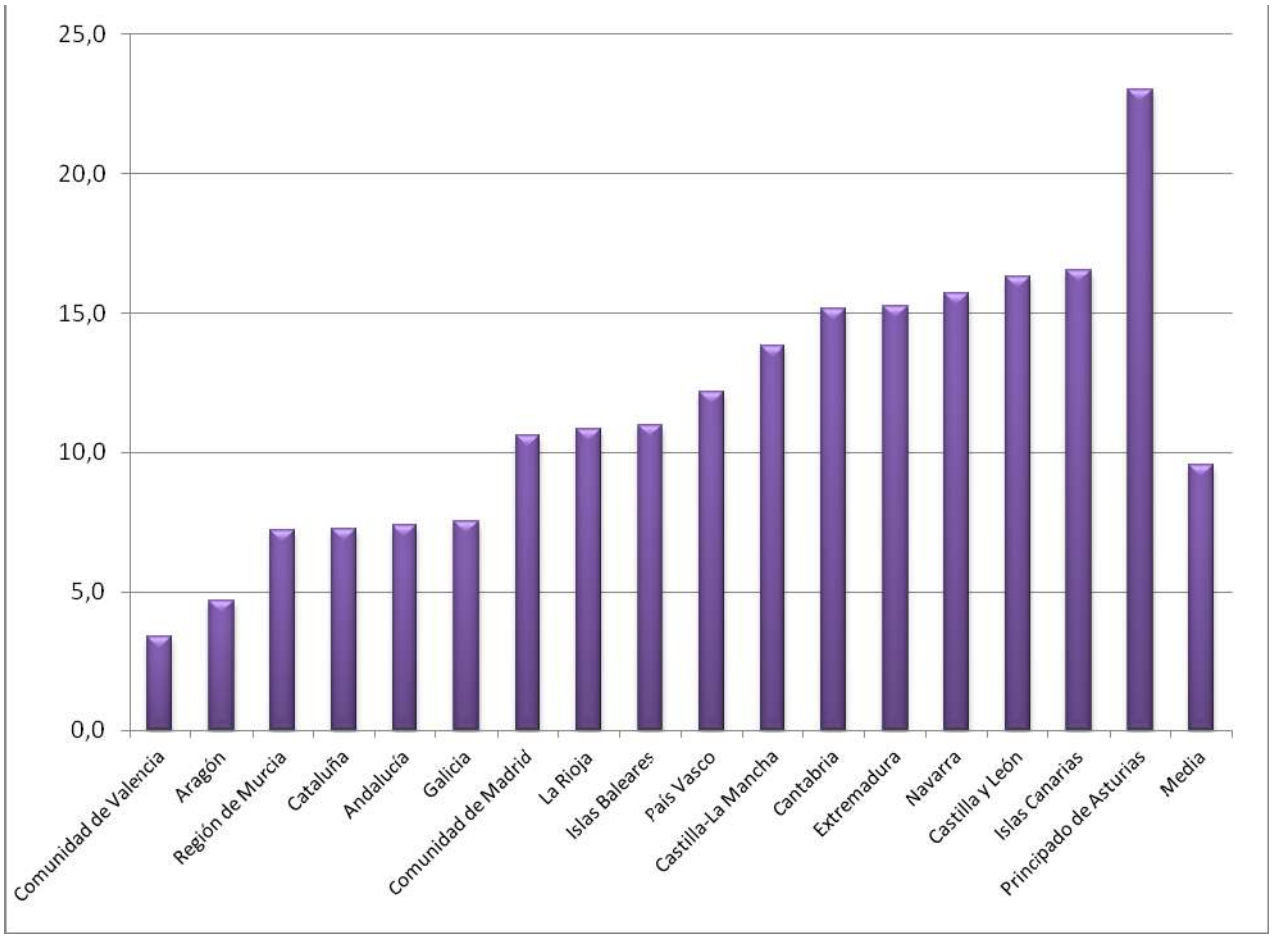
El mayor número de plazas corresponde a las Comunidades Autónomas de Madrid (689), Andalucía (623) y Cataluña (547). Son las tres Comunidades Autónomas con mayor número absoluto de habitantes, lo que les permite, en una economía de escala, aplicar mayores criterios de planificación y especialización, sin que en el presente estudio podamos entrar en mayores detalles en este sentido.

Figura 11.1. Distribución de plazas y personas atendidas



Si realizamos una ratio de plazas disponibles por habitante (por cada 100.000 habitantes) encontramos que en España existen 9,5 plazas de tratamiento residencial por cada 100.000 habitantes, lo que supone una plaza por cada 5.000 habitantes aproximadamente. Sin embargo, existen importantes diferencias en cuanto a la disponibilidad de plazas en función de las Comunidades Autónomas. La Comunidad Autónoma con mayor número de plazas por habitante es el Principado de Asturias (23 plazas por 100.000 habitantes), seguido de un grupo importante de Comunidades Autónomas con un número de habitantes reducido, entre medio millón y dos millones y medio. Las Comunidades Autónomas más pobladas se sitúan en torno a la media o ligeramente por debajo, con la excepción de la Comunidad Valenciana (3,4 plazas por 100.000 habitantes), la quinta Comunidad con más población (excluyendo a las dos Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que no tienen un tamaño suficiente como para desarrollar recursos residenciales y que ocupan el último lugar).

Figura 11.2. Plazas por habitación x 100 000

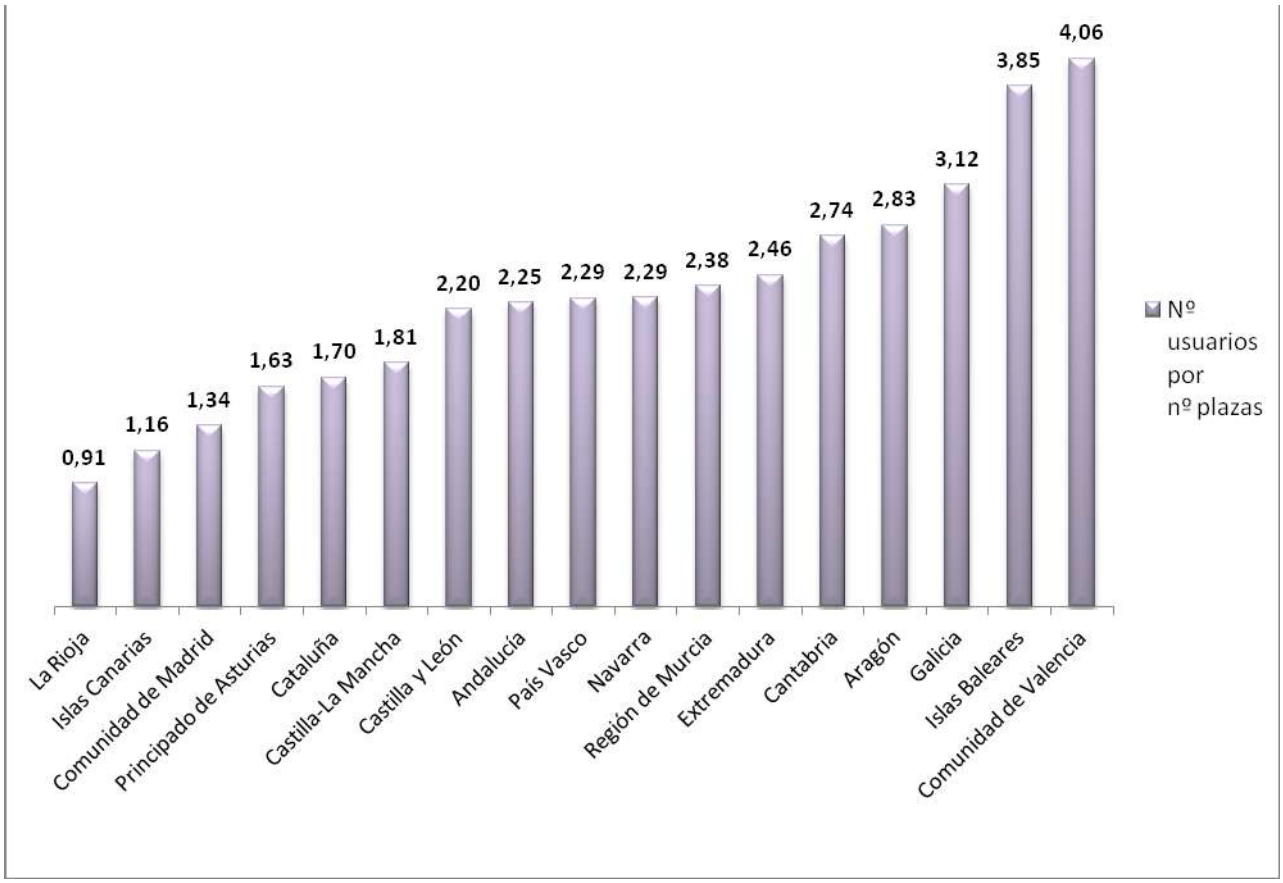


Llama la atención la diferencia de la Comunidad de Asturias, con 23 plazas por cada 100.000 habitantes, que supera la media (9,4) en casi un 150%, mientras que el segundo puesto, ocupado por la Comunidad de Canarias, podría deberse a ser la insularidad un hecho diferencial que justificaría la importancia de la comunidad terapéutica por la necesidad de aislamiento en un contexto de dimensiones geográficas muy limitadas. De hecho, el Gobierno de Canarias ha realizado un esfuerzo de ampliación de las comunidades terapéuticas para tener presencia en casi todas las islas. Es una hipótesis que no se confirma en el caso de las Islas Baleares, si bien en este caso es especialmente significativa la presencia de dispositivos residenciales de carácter privado a los que se hace referencia posteriormente. El hecho de que esta Comunidad Autónoma tenga una renta *per cápita* sensiblemente superior podría explicar la diferencia.

2.2.1.2. Relación entre el número de plazas y el número de usuarios

Analizando la ratio entre el número de personas que han sido atendidas en relación con el número de plazas disponibles en cada Comunidad Autónoma, encontramos una variación en los datos, desde un número de personas inferior al número plazas en el caso de La Rioja, que implica que han sido atendidas en el año menos personas que plazas disponibles, hasta la Comunidad Valenciana, que ha atendido más del cuádruple de personas que plazas tiene disponibles.

Figura 11.3. Relación de personas por plaza



Este índice está afectado por dos indicadores contrapuestos: la ratio de ocupación del recurso y el número de días de atención. La diversidad de informaciones disponible no ha hecho posible procesar estos dos indicadores. El abanico de días de atención al mismo paciente, establecido como óptimo para los diferentes recursos, podría situarse en una horquilla de entre tres y catorce meses. Se han obtenido algunas informaciones que apuntan a que en algunos casos las reducciones presupuestarias afectan al número de días máximo que se puede utilizar un recurso, de forma que con el mismo coste se puede atender a un número mayor de personas. Sería, por tanto, un criterio de eficiencia. En sentido contrario podría decirse que el mayor número de días es un indicador de buen funcionamiento del dispositivo, con capacidad para conseguir la adherencia al tratamiento de la persona ingresada y por tanto con un menor índice de abandonos y expulsiones del programa, aumentando las altas terapéuticas y la capacidad de abstinencia posterior.

2.2.1.3. Distribución según tipos de centros

En relación a los tipos de centros que se establecen en el apartado de disponibilidad, a continuación se incluye una relación con el número de centros, de personas atendidas y de plazas disponibles según los tipos de centro que se describen (los datos corresponden a 2011).

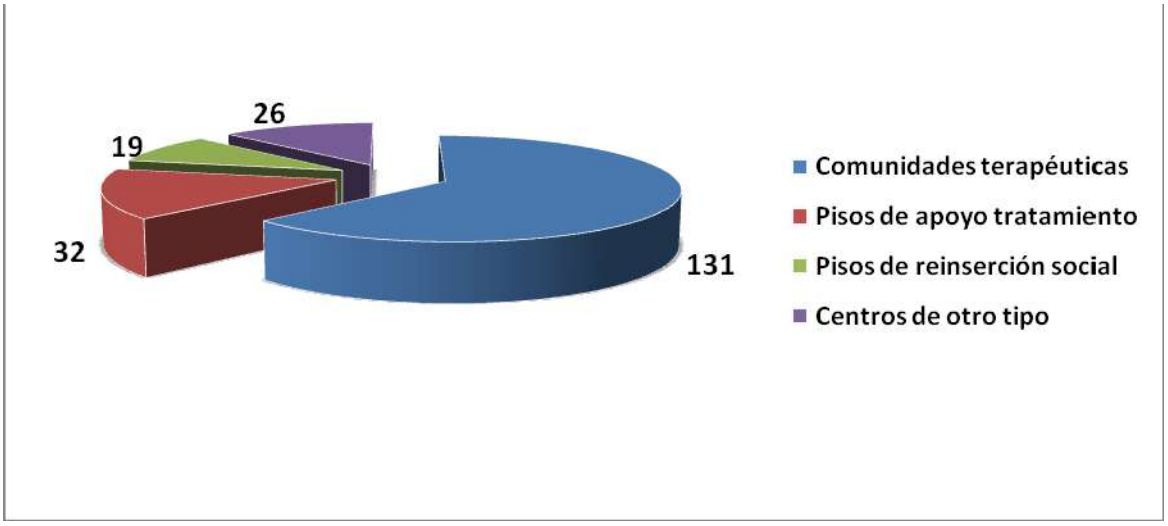
Tabla 11.2. Relación número de centros, personas atendidas y plazas disponibles

Tipo de centro	Centros	%	Usuarios	%	Plazas	%
Comunidades terapéuticas	131	62.98%	8 075	86.72%	3 568	79.18%
Pisos de apoyo tratamiento	32	15.38%	961	10.32%	373	8.28%
Pisos de reinserción social	19	9.13%	224	2.41%	165	3.66%
Centros de otro tipo (*)	26	12.50%	52	0.56%	400	8.88%
Total	**208**	**100.00%**	**9 312**	**100.00%**	**4 506**	**100.00%**

(*) Incluyen: 1 centro de tratamiento a cocainómanos ubicado en un hospital, 5 viviendas de apoyo a drogodependientes enfermos de SIDA, 1 centro de tratamiento breve y 19 recursos de difícil clasificación (viviendas o centros de apoyo a la estabilización, a la autonomía personal o a cuidados diversos). Algunos de estos centros se especifican en el apartado 2.1.1.4 (Otros dispositivos).

Como se puede observar en la tabla anterior y en el gráfico siguiente, el dispositivo de tratamiento residencial mayoritario en España (más del 60% de los centros) es la comunidad terapéutica, que aporta casi el 80% de las plazas disponibles y atiende a más del 86% de usuarios.

Figura 11.4. Número de centros de tratamiento residencial. España, 2011



2.2.2. Financiación del tratamiento residencial

2.2.2.1. Coste del tratamiento residencial

En cuanto al coste de los tratamientos y al sistema de financiación, la aportación pública es mayoritaria, tanto en el porcentaje de gastos asumido como en el número de casos en los que se aplica, como ya se ha dicho antes. Independientemente del modelo de gestión, existen diferentes vías de obtención de ingresos en los dispositivos residenciales:

- Los procedentes de ingresos públicos establecidos por la **cuantificación de plazas** disponibles y ocupadas que se contratan, convenian o subvencionan. En estos casos encontramos una gran variabilidad en las informaciones recibidas, que se sitúan desde el entorno de los 20€ diarios por plaza, hasta el entorno de los 100€.

  En algunos casos, la financiación que dan las Administraciones Públicas a las entidades gestoras depende de la intensidad del tratamiento, como en el modelo catalán, con tres

niveles de intensidad en función de la ratio de profesionales (en función de las horas semanales de tratamiento, de 128€ a 243€) y que dan lugar a distintas cuantías en la subvención pública (de 30€ a 60€ por día aproximadamente). En otras Comunidades Autónomas no está cuantificado de forma tan precisa, pero sí queda condicionada la financiación pública a la intervención profesional que se ofrece.

La ocupación o no ocupación de las plazas disponibles es un criterio que determina en muchas ocasiones la financiación que las entidades gestoras de los dispositivos reciben por parte de las Administraciones Públicas. En muchos contratos de gestión se determina un coste por plaza ocupada y un porcentaje por plaza no ocupada (suele ser de alrededor del 80%, ya que los costes fijos de los dispositivos son muy altos y no se pueden modificar en función de desviaciones imprevistas). Otro factor que influye en este sentido es la existencia de una lista única de derivación a las plazas de los diferentes dispositivos, centralizada desde la red asistencial. Este es el sistema de funcionamiento más común. Sin embargo existen excepciones significativas, como es el caso de Cataluña, en el que las derivaciones se realizan desde los centros ambulatorios de referencia, a la vez que no existe la gratuidad completa de los tratamientos, lo que puede implicar que las diferencias económicas entre los diferentes servicios condicionen la elección de los pacientes con criterios ajenos al tratamiento.

Como se ha dicho, la diversidad de las informaciones y la inexistencia de un sistema de información compartido exigiría una investigación mucho más en profundidad para poder precisar estas informaciones.

- Los ingresos públicos establecidos por el **coste total del dispositivo**. Se ofrece información del coste total del dispositivo sin referencia al coste por plaza; para conocer este dato deben realizarse las operaciones oportunas. Suele ser el caso de los dispositivos de gestión pública. En este supuesto, suelen situarse por encima del entorno máximo anterior.

- Los ingresos aportados por **subvenciones** anuales de diversa procedencia. En este caso podemos encontrar convocatorias de subvenciones muy diversas, de diferentes Administraciones (central autonómica y local) y de organismos privados. En la mayoría de las ocasiones los ingresos de las subvenciones suelen complementarse con otras vías de ingresos, e incluso con otras subvenciones de diferente procedencia.

- Los ingresos aportados por los **usuarios**. Dependen de su capacidad de aportación (y la de sus familiares) y del sistema establecido en su Comunidad Autónoma. Suele ser siempre una aportación minoritaria respecto al coste total del tratamiento, aunque en ocasiones no es así, incluso conviviendo en el mismo dispositivo y recibiendo el mismo tratamiento usuarios que aportan diferentes cantidades o que no aportan ninguna. En la mayor parte de las Comunidades Autónomas, el coste para el paciente de todos los servicios residenciales es gratuito. Asimismo, en algunos casos, la propia red asistencial facilita que existan subvenciones individuales indirectas o de otras Administraciones Públicas para aquellos casos en que los pacientes no disponen de ingresos ni de apoyo familiar. En las Comunidades Autónomas en las que realizan aportaciones económicas, esta suele variar entre los 200€ y los 800€ mensuales.

Excepto en el caso de que el recurso sea financiado por completo, según se menciona en el segundo caso (coste total del dispositivo), las diferentes vías de ingresos no suelen ser excluyentes sino que, por el contrario, se van complementando, provocando igualmente que las variaciones de unas influyan en el resto.

Los factores de mayor influencia en el coste de los recursos son el tamaño de los mismos y los costes de personal, que a su vez dependen de que sean equipos más o menos completos, que integren profesionales de mayor cualificación y especialización (los de la psiquiatría son los de mayor coste, seguidos de los de la medicina general) y que los profesionales sean empleados

públicos (tiene un coste sensiblemente superior) o no. El tamaño de los dispositivos permite organizar equipos profesionales de mayor cantidad y calidad frente a dispositivos pequeños.

A pesar de la dificultad e imprecisión de aportar una cifra del coste anual del tratamiento residencial, según las informaciones recibidas se podría realizar una proyección a partir del número de plazas existentes. De esta manera, tomando como referencia lo que podría ser el coste medio por plaza entre los 50 y los 70€ diarios, las 4.506 plazas existentes arrojarían un abanico del coste anual de entre 82 y 115 millones de euros. Dividiendo esa cifra entre las 9.312 personas atendidas en 2011, supondría un coste por tratamiento residencial de entre 8.800€ y 12.300€ anuales.

2.2.2.2. Dispositivos de gestión pública y privada

En los cuestionarios enviados a las Comunidades Autónomas se ha solicitado información sobre el carácter público o privado de los dispositivos residenciales. La catalogación de públicos o privados no siempre se ha contestado con el mismo criterio, pero de forma generalizada se considera de gestión pública aquellos dispositivos con titularidad de una Administración Pública o de una fundación de carácter público, que ostenta la titularidad de los derechos y obligaciones relativos a las instalaciones y cuyo personal está sujeto a la legislación de la función pública. Por el contrario, se han considerado como dispositivos de gestión privada aquellos en que una entidad privada, sea ésta una empresa o una entidad sin ánimo de lucro, ostenta dicha titularidad. En su mayoría, los dispositivos son de gestión privada y, salvo contadas excepciones, gestionados por entidades sin ánimo de lucro, mayoritariamente fundaciones y asociaciones, aunque también en algunos casos instituciones religiosas.

De acuerdo con lo anterior hemos de tener en cuenta, por tanto, que todos los datos que se incluyen en los siguientes apartados se refieren a dispositivos y plazas de tratamiento residencial que cuentan con financiación de las Administraciones Públicas, que están incluidos en su oferta asistencial y que tienen el reconocimiento de la misma, por lo que puede considerarse en muchos aspectos como la responsable última desde un punto de vista jurídico.

Sin embargo, en algunas informaciones recibidas se utiliza un criterio diferente, considerándose como plazas públicas aquellas que obtienen financiación de las Administraciones Públicas bajo diferentes fórmulas, y plazas privadas aquellas que carecen de la misma. De esta forma encontramos en ocasiones que dentro de un mismo dispositivo coexisten plazas públicas y privadas. Es el caso, por ejemplo, de la Región de Murcia, donde la mayoría de las entidades tienen plazas “públicas y privadas”. Es igualmente el caso de Cataluña, donde no existe una financiación completa de las plazas, provocando por ello que se consideren públicas las plazas con financiación (habitualmente) parcial y privadas aquellas que carecen de ella.

En la siguiente tabla podemos apreciar que más del 90% de los centros son de gestión privada y en una proporción ligeramente menor, también lo son el número de plazas y de usuarios[34].

Table 11.3. Tipos de centros, número de usuarios, plazos y ratio usuarios/plazas

Nº centros			Nº usuarios			Plazas			Ratio usuarios / plazas		
Pública	**Privada**	**Total**	**Pública**	**Privada**	**Total**	**Pública**	**Privada**	**Total**	**Pública**	**Privada**	**Total**
18	190	208	824	5745	6569	603	3903	4506	1.37	1.47	1.46
8.65%	91.35%	100.00%	12.54%	87.46%	100%	17.62%	82.38%	100%			

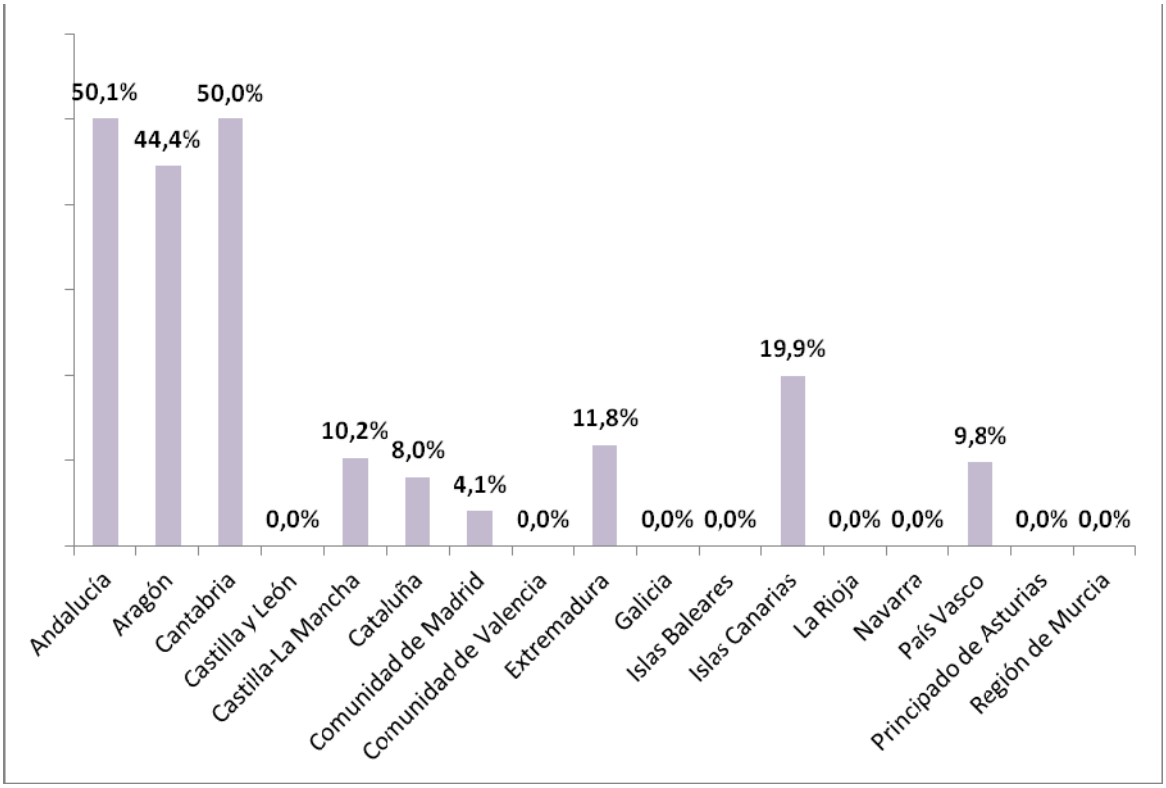
[34] Se observará que los números totales de usuarios atendidos no se corresponde con los de anteriores tablas por las incidencias especificadas.

Las diferencias en los porcentajes entre plazas y centros se deben a que mientras que existen algunas comunidades terapéuticas públicas, no se conoce de ningún caso de pisos o viviendas de gestión pública, con un número de plazas muy inferior.

En el conjunto de la red de tratamiento residencial la relación entre personas atendidas y plazas disponibles es de 1,46 personas por plaza al año. Sin embargo, mientras que en los centros de gestión pública se atendió en 2011 a 1,37 personas en cada plaza, en los centros de gestión privada se atendió a 1,47. Como se comentó anteriormente, para poder interpretar esta información sería preciso contar con un desglose de ratios de ocupación y porcentajes de éxito en las diferentes plazas, así como el establecimiento de tiempos máximos en los diferentes dispositivos (suelen estar en torno a los seis meses, pero son diferentes en las diferentes redes autonómicas y tipos de dispositivo).

En la distribución de estas plazas de gestión pública o privada por regiones, podemos apreciar que más de la mitad de las Comunidades Autónomas no cuentan con ningún centro de gestión pública y el resto, con la excepción de Andalucía, tienen una o dos comunidades terapéuticas de gestión pública frente al conjunto de los recursos de gestión privada. En el siguiente cuadro podemos apreciar el porcentaje de plazas de gestión pública respecto al total de las existentes en cada Comunidad Autónoma[35] . La Comunidad Autónoma de Andalucía es la que cuenta con el mayor número de plazas de gestión pública de toda la red, y el porcentaje de las mismas sobre las privadas en su territorio, supera el 50%.

Figura 11.5. Plazas de gestión pública (porcentaje)



En los últimos años, en parte siguiendo las directrices marcadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y en parte como reclamaciones de los profesionales, se ha producido una tendencia a incluir la atención de las personas drogodependientes en la red sanitaria normalizada. En ese sentido se ha conocido de algún caso (Cantabria) en que una comunidad terapéutica pasó

[35] En algunos casos se han realizado proyecciones en función del número de centros al carecer de información precisa.

a ser gestionada por una fundación pública. Esta tendencia ha sido mucho más intensa en el caso de los centros ambulatorios de referencia, pero fue siempre un proceso lento y con importantes complicaciones para cumplir con todos los requisitos exigidos por el funcionamiento administrativo, especialmente en el ámbito laboral. Es frecuente la existencia de una diferencia salarial muy importante entre los profesionales del sector público y los profesionales de las comunidades terapéuticas de gestión privada, lo que ha supuesto una dificultad para avanzar en ese proceso y, posiblemente lo ha dejado en suspenso en las circunstancias económicas actuales.

Por lo general, sólo se han incluido en los datos anteriores las plazas que son financiadas desde la Administración, lo que deja fuera de nuestra capacidad de análisis dos grandes grupos: las comunidades terapéuticas no profesionales36 y las "clínicas privadas" (cuyo coste, en ambos grupos, es sufragado en su totalidad por los pacientes).

Las primeras suelen ser gestionadas por entidades religiosas evangélicas y carecen, al menos parcialmente, de las acreditaciones y equipos profesionales requeridas por las Administraciones Públicas, sin poder ser consideradas como establecimientos sanitarios, pero permitiéndose su actividad sin existir garantías de profesionalidad. Se las ha criticado por aportar más adoctrinamiento que intervención terapéutica. Se asemejan más al modelo de comunidad terapéutica de autoayuda primigenio, donde personas con pasado adictivo se convierten en terapeutas aunque carezcan de capacitación profesional. Su principal ventaja, como es ampliamente reconocido, es su completa disponibilidad para aceptar de forma inmediata admisiones de personas que no cumplen las condiciones necesarias en los dispositivos acreditados, por falta de trámites previos, de disponibilidad de la documentación, carencia de las oportunas evaluaciones, etc. En ocasiones las limitaciones en los servicios y condiciones que ofrecen han provocado la intervención de la Administración Pública.

Las segundas, que en el presente informe se han denominado "clínicas privadas", son dispositivos acreditados como centros sanitarios, con equipos profesionales diversos, que dirigen sus servicios en exclusiva a los pacientes y sus familias, sin solicitar a las Administraciones Públicas ningún tipo de financiación. La ausencia de financiación pública, lejos de ser una dificultad, es precisamente su principal atractivo, al dirigirse a un sector de la población de alto poder adquisitivo que prefiere acudir a centros con cierta exclusividad. De esta forma eluden el contacto con personas con dificultades y hábitos muy diversos, mantienen la confidencialidad completa de la existencia de un problema de consumo de drogas, y exigen una serie de servicios ajenos al tratamiento y más próximos a la hostelería de alta calidad. Por lo general, este tipo de establecimientos son completamente ajenos a la red pública de tratamiento, se inscriben como centros sanitarios genéricos o de otro tipo y aunque se conoce de su existencia, no ofrecen datos sobre su asistencia, por lo que no están incluidos en el presente informe. En algún caso se mencionan, aunque no se ofrecen datos concretos.

En líneas generales y según informaciones recogidas de forma indirecta, estos tratamientos incluyen aspectos médicos y psicológicos, si bien en esta última parte suelen ser menos exigentes en lo que se requiere al paciente y minimizan los aspectos sociales. Su coste puede oscilar entre los 1.000 y los 5.000 euros mensuales.

En un punto intermedio, existen muchos dispositivos residenciales que combinan la existencia de plazas públicas, financiadas en su totalidad o en un porcentaje muy alto por las Administraciones Públicas, con plazas privadas, en las que el total de la aportación es realizada por los usuarios o sus familias. Existen algunas informaciones sobre la tendencia a equiparar el descenso de las aportaciones públicas con las plazas privadas, en algunas ocasiones.

[36] Su número no tiene un volumen significativo

3. GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1. Requisitos de acreditación

En líneas generales, los dispositivos residenciales necesitan una doble acreditación: como centro sanitario y como centro de la red asistencial de drogas. Estas acreditaciones son establecidas en todos los casos por las Comunidades Autónomas mediante regulaciones legales y administrativas propias, y suelen implicar la inscripción en los correspondientes registros administrativos tras el cumplimiento de los respectivos requisitos.

En el caso de las comunidades terapéuticas, que cuentan con equipos profesionales más completos y siempre incluyen profesionales sanitarios, se requieren las dos acreditaciones.
Sin embargo, por lo general, los pisos o viviendas de apoyo al tratamiento, de reinserción o de otro tipo, no suelen estar obligados a inscribirse en el registro de centros sanitarios, si bien en algunas ocasiones deben hacerlo en un registro administrativo de centros sociales, similar al anterior, aunque con requisitos diferentes.

En cuanto a la acreditación que exigen las redes asistenciales de drogas, suelen establecer una serie de requisitos mínimos, como son la existencia de un programa terapéutico, de un equipo profesional, de instalaciones adecuadas, una normativa de régimen interior que regule derechos y deberes de las personas atendidas y la ubicación del dispositivo dentro del circuito terapéutico de la red.

3.2. Implantación de sistemas de calidad

La introducción de sistemas de calidad en los dispositivos residenciales de tratamiento es aún muy incipiente en España y su implantación se realiza normalmente más por la voluntad e iniciativa de las entidades gestoras que por una voluntad planificada de la red asistencial de atención a los usuarios de drogas. Como se ha explicado, la asistencia a las personas usuarias de drogas es competencia de las Comunidades Autónomas, en sus correspondientes departamentos de sanidad o bienestar social, y en la medida en que estos departamentos valoran y promocionan la implantación de sistemas de calidad se produce cierta correlación con su introducción en los dispositivos de tratamiento residencial. De esta manera, las posibilidades y requerimientos de implantación de un sistema de calidad de forma generalizada en la red de drogas va a depender de la velocidad en que se instauren en la red sanitaria (o social) de la Comunidad Autónoma en la que se ubican y de sus decisiones al respecto.

Muchos de los dispositivos se ubican en una red asistencial de drogas que dispone de un sistema de información y gestión avanzado, en los que se incorporan indicadores que analizan las actividades realizadas, la estructura disponible y los resultados obtenidos, pero que en cualquier caso no pueden considerarse sistemas de gestión de la calidad. También se promueve la existencia de estudios y encuestas de satisfacción entre personas usuarias o profesionales.

Es una práctica común en diferentes redes autonómicas la elaboración de documentos de definición de las carteras de servicios, junto con sus correspondientes sistemas de evaluación, pero la existencia de estos documentos no garantiza su implantación en los dispositivos de la red.
En otros territorios, se valora la incorporación de sistemas de calidad normalizados, normalmente ISO 9000 o EFQM, para la gestión de los dispositivos que financian. Esta valoración puede producirse mediante la consideración de este aspecto en la adjudicación de contratos o en la concesión de subvenciones, a pesar de que existen limitaciones normativas que dificultan su valoración de forma significativa. Normalmente, la implantación de sistemas de calidad en dispositivos de asistencia a las adicciones en España no depende de estos incentivos, sino de la concienciación sobre su importancia por parte de las propias entidades.

También encontramos otras acciones de promoción de la implantación de los sistemas de calidad, como la financiación de procesos de formación (Comunidad Autónoma de Andalucía), guías de gestión de procesos asistenciales o iniciativas similares.
El caso más avanzado que se ha conocido es el de la Comunidad Valenciana, que en 2011 ha realizado un proceso de acreditación en calidad para centros y servicios de prevención y atención a las drogodependencias a través de un instituto público de la Consejería de Sanidad (INACEPS). Sin embargo, por la información de que se dispone, en el momento de la realización de este informe no se conoce ningún dispositivo residencial que haya obtenido la acreditación, que deberá ser igualmente por iniciativa de las entidades y no como requerimiento público.

En los últimos años, se ha visto una progresiva implantación en entidades que gestionan dispositivos residenciales de los sistemas de calidad EFQM, ISO 9000 y la adaptación de ésta para las entidades sin ánimo de lucro en la norma ONGCONCALIDAD (sólo en España), existiendo información de numerosas entidades que han culminado o están en proceso de implantación y acreditación. En el Principado de Asturias los cuatro centros existentes poseen la acreditación de la implantación de uno de los dos modelos principales (ISO o EFQM) por iniciativa de las propias entidades.

3.3. Sistemas de información y gestión

Uno de los apartados fundamentales en las redes asistenciales es la existencia de un sistema de información unificado. Este sistema tiene criterios muy diferentes en cada una de las Comunidades Autónomas, siendo los más avanzados los que incorporan la gestión online de todo el expediente, de forma compartida con el resto de dispositivos de la red asistencial de drogas (Valencia, Andalucía). Su existencia e implantación completa permite la mejora en la planificación y gestión de las plazas en los diferentes dispositivos, la mejora en los tiempos de acceso, la reducción de tiempos en los profesionales por la emisión automática de diversos informes y documentos y la explotación de datos asistenciales. Asimismo, en función de su evolución, puede eliminar sesgos subjetivos en los diagnósticos e intervenciones.

Es frecuente que este tipo de sistemas de gestión se incorporen inicialmente en los centros ambulatorios de referencia en primer lugar, y, progresivamente, en el resto de los recursos de la red. En este caso, las comunidades terapéuticas suelen ocupar un lugar preferente en el orden de incorporación al sistema, muy por delante de los pisos o viviendas de menor tamaño.

En el polo opuesto, los sistemas menos evolucionados tan sólo realizan envíos documentales para el seguimiento de la información, pero no intervienen en la gestión, ni siquiera en la existencia de una lista unificada de ingresos (Cataluña).

3.4. La eficacia de los dispositivos residenciales

Es una práctica común de las comunidades terapéuticas realizar una medición habitual de su actividad y elaborar un informe anual dando cuenta de sus indicadores fundamentales. En estos informes se suelen incluir indicadores relativos a los perfiles de los usuarios atendidos (edad, sexo, patrones e historial de consumo, situación de salud, procedencia de la derivación, variables sociodemográficas...) y de los indicadores de actividad. En estos últimos se suelen incluir números totales de ingresos, ratios de ocupación, tiempos de estancia y salidas, así como la clasificación de las mismas.

Se suele considerar un factor de éxito el porcentaje de salidas satisfactorias (denominadas altas terapéuticas) por cumplimiento de objetivos o similares. De la información recogida, el porcentaje de altas terapéuticas suele oscilar entre un 30% y un 75% de las salidas. La variación de los datos está condicionada a los objetivos que se plantean en los diferentes dispositivos para clasificar una salida como alta terapéutica, que pueden igualmente venir condicionados por la especialización en los perfiles de acceso, por criterios de gestión de la entidad y por criterios del modelo conceptual utilizado. Por ello, resulta muy difícil establecer una comparación de los datos.

Sin embargo, son varias las entidades públicas y privadas que han tratado de llevar a cabo investigaciones sobre el éxito de los dispositivos residenciales, normalmente de las comunidades terapéuticas o de los programas asistenciales en los que se insertan. Estas investigaciones incluyen estudios post alta y longitudinales, que tratan de comprobar la permanencia de los cambios en los usuarios tras el paso de varios meses o años, con diversas variables entre las que se incluye, lógicamente, la abstinencia. En este sentido, se han realizado estudios sobre el éxito terapéutico de sus programas por parte de organizaciones como Proyecto Hombre o la Fundación Salud y Comunidad. Estos estudios establecen porcentajes de éxito, por ingreso, de entre el 30% y el 40%, así como una mayor eficacia de los programas en los que los pacientes permanecen durante al menos once meses. Sin embargo, las diferentes condiciones en que se realizan estos estudios y la dificultad de su medición y su comparación hacen que este sea un asunto difícil y controvertido. Posiblemente, para realizar una aproximación rigurosa sería necesario realizar un estudio específico sobre evaluación y metaevaluaciones de dispositivos asistenciales.

4. DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

4.1. Tendencias en la demanda de tratamiento desde el año 2000

4.1.1. El impacto de la crisis en los patrones de consumo

Hasta el momento, la evidencia disponible no muestra ningún tipo de impacto por la crisis en los tipos y prevalencias de consumo, y en los perfiles asistenciales. Una de las hipótesis que se están manejando es un cambio en los patrones de consumo en los últimos años, con un incremento del consumo recreativo de drogas. Posiblemente, la menor disponibilidad de renta en general en la sociedad española, reducirá el consumo recreativo y con él el ascenso del consumo de la cocaína. Por el contrario, el incremento del desempleo podría acarrear un aumento de la inestabilidad social y el del consumo “escapista”, relacionado con dificultades de gestión de la propia vida. Este tipo de consumo podría desencadenar en el futuro un incremento de las necesidades de tratamiento residencial o la modificación de determinados criterios asistenciales en función de estos cambios. En la misma línea, si en momentos de abundancia ha sido difícil la inserción sociolaboral de determinados pacientes, en el contexto actual es prácticamente una tarea imposible, que requeriría un análisis profundo sobre la inclusión de objetivos de inserción laboral en algunos programas terapéuticos individuales.

4.2. Desafíos

4.2.1. La incidencia de la crisis

El principal reto que se presenta respecto a los próximos años en el tratamiento residencial de drogas es la permanencia del mismo en las condiciones en las que se ha desarrollado en los últimos años. Las incertidumbres respecto a la financiación afectan al número de plazas, a las prestaciones profesionales que se ofrecen en los recursos, a los tiempos de estancia y al coste de dichos servicios para las personas atendidas. El reto será mayor en los recursos específicos que se han iniciado en la red y en las viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción, frente a las comunidades terapéuticas.

4.2.1.1. La reducción de dispositivos

Según la información obtenida, más de la mitad de las Comunidades Autónomas han aplicado algún tipo de reducción en la financiación del tratamiento residencial, si bien en líneas generales se podría hablar de congelación o ligera disminución que, sin contar con información precisa, podría situarse en torno al 10% con datos de 2011. Sin embargo, este descenso no se ha correspondido en la inmensa mayoría de los casos con una disminución proporcional en el número de plazas disponibles, sino que se está reduciendo el coste medio por plaza. Las

disminuciones en el número de plazas se deben a una reducción en la demanda de las mismas. Asimismo, las caídas en el número de plazas afectan de forma más importante a las viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción social y menos directamente a las comunidades terapéuticas.

También se ha comentado anteriormente que, en algún caso, se han tenido informaciones que apuntaban hacia una limitación del tiempo máximo permitido de estancia en los recursos, lo que dificulta su análisis en este momento. Otra modalidad de reducción de costes sin disminución de plazas es la posibilidad de estancias de cinco días a la semana, los días laborales, permitiendo que el fin de semana los pacientes vuelvan a su domicilio. Es una iniciativa complicada que, de desarrollarse, debiera garantizar que no se altera el proceso terapéutico de los pacientes.

A estos descensos en el número de plazas habría que incluir (en este caso no se ha reunido información suficiente para realizar alguna aportación, tan sólo ha habido aproximaciones del 10%-20%) las bajadas indirectas que se producen en aquellos casos en que los usuarios realizan parte de sus aportaciones, por la incapacidad de hacerlo en un descenso generalizado de las rentas en España y especialmente por el descenso que se ha producido en algunas Comunidades Autónomas en las rentas mínimas, los únicos ingresos que perciben algunos de los usuarios y potenciales usuarios de estos centros.

De la información obtenida en diferentes entrevistas, grupos de discusión, análisis documental e informaciones en los medios de comunicación, se ha producido poca respuesta social ante los recortes en dispositivos residenciales. Se ha conocido de su existencia en distintas Comunidades Autónomas, donde distintas entidades sociales o sus profesionales protagonizaron acciones de protesta ante el cierre de recursos de atención a drogodependientes, entre ellos diversos recursos residenciales. Esta escasa respuesta social se debe a la dificultad de organización del colectivo de personas atendidas que, a pesar de ello, al ser consultados, son conscientes de la dificultad que supondría el cierre de los dispositivos residenciales, con manifestaciones del tipo *"...el problema de volver de forma cruda a la calle..."* o *"...va a salir muy caro engancharse o recaer porque no va a haber donde ir...",* reconociendo incluso que los recursos residenciales aportan *"...cierto control y solución, (que) desaparecerán...".* Esta escasa respuesta social está unida en ocasiones, a la percepción de culpabilidad y ausencia de merecimiento de la atención, tanto por las propias personas como por la población en general.

La principal duda que se plantea es hasta dónde llegará el impacto de estas reducciones, si llegará a implicar la desaparición de los dispositivos residenciales en algunos territorios, de algunas de las entidades gestoras (ya hay constancia de que muchas entidades pequeñas han desaparecido) o si tan sólo se producirá una reducción y precarización de los mismos. Muchos de los interlocutores consideran que la creación de una red asistencial requiere muchos años y recursos, mientras que su desaparición puede llevarse a cabo en muy poco tiempo sin tener en consideración toda la inversión realizada.

4.2.1.2. Aportación del propio paciente a los gastos del servicio (copago)

El fenómeno del copago, que ya existe en algunas de las redes autonómicas, como se ha descrito en el apartado de costes y financiación, podrá ser también una vía utilizada por algunas Administraciones autonómicas para mantener la financiación de los dispositivos residenciales, a pesar de que ello implique que algunos pacientes que lo precisan no puedan acceder a los mismos.

De la misma forma, la existencia de dispositivos residenciales especializados, como los dirigidos a menores con problemas de consumo, a personas sin hogar, a mujeres con hijos, a pacientes de patología dual, corren el riesgo de ser los primeros y principales afectados por las reducciones presupuestarias. Su desaparición requeriría la integración de estos pacientes en centros de mayor tamaño y mejores posibilidades de financiación, sin que posiblemente pudieran atender sus

necesidades asistenciales específicas con el mismo nivel de calidad que lo están recibiendo en la actualidad.

4.2.2. Paralización de tendencias de mejora

Una de las principales tendencias que se han producido en los últimos años ha sido la progresiva profesionalización del sector. En la mayoría de los recursos, la integración en la red sanitaria ha supuesto un incremento de las prestaciones sanitarias, tanto de atención general, como psiquiátricas y de enfermería. También se ha producido un incremento en la especialización de las prestaciones de tipo psicosocial, con una mejora en la cualificación de diferentes profesionales que ha permitido incluir aspectos relacionados con la integración laboral, con las relaciones sociales o con aspectos psicológicos específicos.

Es probable que las reducciones en la financiación supongan una cierta paralización o incluso un retroceso en el proceso de profesionalización que se ha vivido en el tratamiento residencial en los últimos años. Este descenso será probablemente progresivo, si se mantiene la tendencia apreciada en estos años de crisis económica, afectando fundamentalmente a la composición de los equipos profesionales, a su amplitud en disciplinas, en jornadas y en condiciones laborales, con reducción en jornadas, tipos de contratación y cualificación exigida, en cierta manera en coherencia con la evolución del mercado de trabajo en España.

4.3. Valor añadido del tratamiento residencial

4.3.1. Utilidad de los recursos residenciales

En la información recogida se pueden establecer diferentes criterios para determinar la utilidad de los recursos residenciales, según es percibida por diferentes interlocutores.

La principal razón alegada para justificar la existencia de los dispositivos residenciales es la incapacidad para desarrollar el tratamiento por algunos pacientes en su medio social habitual. Esta incapacidad se manifiesta por la dependencia de las drogas, la ausencia de autocontrol, graves déficits en el comportamiento y vida personal y social, la carencia de soporte socio-familiar, así como fracasos previos en otras modalidades de tratamiento.

Otros aspectos que proporcionan estos dispositivos son un mínimo “respiro” o “tregua”, tanto para el paciente (que se beneficia de un tiempo de abstinencia en un largo historial de consumo) como para sus familias, la cobertura de necesidades básicas de alojamiento y manutención y la provisión de cuidados sanitarios y básicos que de otra forma no se producirían.

4.3.2. La perspectiva de las personas atendidas

Las personas usuarias de los dispositivos residenciales suelen tener algún nivel de participación en la vida cotidiana de los centros, donde existen reuniones de evaluación y de planificación, aunque en éstas no es frecuente que se aborde la evolución terapéutica de los pacientes, que queda en un marco exclusivamente profesional (al menos en la mayoría de los casos).

Por ello, se ha intentado reflejar el punto de vista de las personas atendidas en centros residenciales en un grupo de discusión con diez personas con diferentes perfiles y experiencias. A continuación se reflejan algunas de las principales conclusiones expresadas.

De forma categórica, los pacientes afirman la utilidad y necesidad de este tipo de dispositivos. Lo esencial de su contribución es la “*estabilización y recuperación de coherencia*”[37], expresando que

[37] Se introducen expresiones literales expresadas en el grupo de discusión de usuarios de recursos de tratamiento residencial utilizado en la metodología del informe.

si no existieran esos recursos "*mi vida sería muy distinta, mucho peor",* incluso llegan a afirmar que *"estaría muerto posiblemente",* o, refiriéndose a un compañero en una experiencia pasada, "*le vi resucitar"* en la comunidad terapéutica. Este tipo de centros permiten "*crecer, madurar, saber el comportamiento adecuado, conocerse más a uno mismo".*

Los aspectos que los usuarios valoran de forma más intensa en los dispositivos residenciales son el trato de los profesionales, su profesionalidad (la confianza y saber hacer que transmiten), el método y el grado de exigencia y disciplina. No valoran de la misma forma el apoyo social entre compañeros o la autoayuda (algo que era característico en las primeras comunidades terapéuticas), ni tampoco la cobertura de necesidades básicas de alojamiento y manutención (incluso critican a aquellas personas que hacen uso de estos recursos de esta manera, con menciones explícitas a comunidades evangélicas).

Uno de los aspectos que marcan de forma clara su clasificación de los recursos estriba en el grado de exigencia y de disciplina existente, mostrándose en el grupo una división de opiniones entre aquellos que requieren un orden y una disciplina casi militar y aquellos que consideran que ese tipo de recursos les ha "hundido más". La conclusión generalizada del grupo fue que cada tipo de recurso sirve a distintos perfiles personales. Expresan que existen muchos tiempos de "*bajón"* y es muy difícil terminar un tratamiento.

Sin embargo, insisten en que los recursos no son útiles si no existe una voluntad y una motivación fuertes por parte del paciente, expresando diversas experiencias positivas y negativas, aunque también reconocen la profesionalidad del equipo terapéutico cuando alguien *"entra sin motivación y la consigue".*

Se nombra como un recurso significativo el centro gestionado por los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios, dedicado a la patología dual, donde ayudaron a "*tomar conciencia de la enfermedad [mental]" y* a entender el papel que el consumo jugaba en ella.

En cuanto a las diferencias entre diferentes recursos residenciales, las personas que los han utilizado perciben con claridad la disparidad entre el carácter de aislamiento de la comunidad terapéutica y el carácter social de las viviendas o pisos. En su opinión, está justificada esta disparidad en función de la necesidad de protección y de un trabajo más personal que social. Sin embargo, no perciben diferencias significativas entre los diferentes tipos de pisos, sin poder nombrar, por propia iniciativa, ninguna. Al ser preguntados por clasificaciones concretas, establecen que en los pisos de apoyo al tratamiento no se puede buscar trabajo y en los pisos de reinserción sí.

En relación con el carácter mixto o no de los dispositivos, las personas que han utilizado estos recursos reconocen su preferencia por convivir con personas de ambos sexos, pero también las dificultades que pueden surgir al entablarse relaciones de pareja en momentos de recuperación ya que "*te desubican"*, como afirman haberles ocurrido a algunos de ellos.

La mayoría de las personas que participaron en el grupo habían residido en más de un dispositivo (fue un criterio prioritario en la configuración del grupo), motivo por el cual podían opinar respecto a la eficacia de los tratamientos. Por lo general afirman que, a pesar de las recaídas posteriores, siempre les han sido útiles en su recuperación, relatando periodos de varios años sin recaídas y manteniendo la esperanza de que no se repita la recaída en el consumo de drogas.

Las consecuencias negativas de la falta de estos dispositivos, según las personas atendidas, se muestra de forma más explícita cuando se habla de la incidencia de la crisis.

4.4. Retos para el futuro

4.4.1. Garantizar el tratamiento residencial

La propuesta prioritaria que se requiere en el contexto actual es establecer la garantía del acceso al tratamiento residencial como recurso fundamental en la asistencia a las adicciones. La ausencia de estos dispositivos, o una disminución de los mismos especialmente significativa, podría provocar un colapso del sistema asistencial e implicaría que muchas personas con problemas de adicciones se viesen en una situación de exclusión social muy acusada.

4.4.2 Amplitud del abanico terapéutico residencial

Todas las informaciones recogidas apuntan a que la oferta asistencial, y, en concreto, el tratamiento residencial, no es uniforme en sus éxitos para todos los grupos de pacientes. Por ello es necesario garantizar una amplitud en la oferta terapéutica residencial para perfiles diferentes, lo que puede hacerse mediante diferentes intensidades en la atención terapéutica, por la individualización de los programas asistenciales, por la especialización de los dispositivos o por cualquier otra vía.

El grado de exigencia tanto en el acceso, como en el mantenimiento en los programas terapéuticos, puede y debe ser diferente para diferentes perfiles, y es preciso garantizar que esta diversidad de metodologías se mantiene, a la vez que se exige el cumplimiento de una serie de estándares en cuestiones fundamentales (instalaciones, profesionalidad, derechos y obligaciones, respeto a la legislación, etc.)

El establecimiento de un único modelo de atención, así como un único modelo metodológico para todos los usuarios podría suponer, en la práctica, el fracaso terapéutico en la mayor parte de ellos por la incapacidad de atención de sus necesidades.

4.4.3. Atención a perfiles y situaciones específicas

Independientemente de que se tienda a la especialización o a la universalización de los dispositivos residenciales, es necesario que exista un amplio abanico de posibilidades en la oferta terapéutica, que garantice la atención a situaciones diferenciales como son los menores con problemas de consumo, las mujeres, las mujeres con hijos, las personas sin hogar, las personas inmigrantes en situación de especial vulnerabilidad, las personas con patología dual, y muchos otros casos. El desconocimiento o la ulterior aparición de perfiles y situaciones diferentes, que requieren de una suficiente amplitud en la oferta asistencial y también en lo referido al tratamiento residencial, deben ser atendidos para garantizar el acceso universal a la salud en este ámbito.

4.4.4. Alternativas residenciales estables para cierto grupo de pacientes

En este informe se ha hecho referencia a la aportación de un entorno residencial en el desarrollo de un programa terapéutico. Sin embargo, es una preocupación compartida por muchos profesionales la inexistencia de alternativas residenciales para personas que terminan un proceso terapéutico, o que podrían permanecer con un apoyo profesional en situaciones de cierto control, aunque sin grandes alternativas de inserción social.

En este sentido se podría pensar en alternativas de vivienda de baja exigencia para personas que han terminado uno o varios procesos terapéuticos y para las que no existe un pronóstico de mejora, aunque sí puede producirse una desestabilización o empeoramiento si se carece de unas condiciones básicas.

En este sentido, un grupo que no cuenta con una adecuada atención residencial es el de las personas mayores (elderly people) con problemas de consumo, que han sobrevivido a muchos

años de adicción y han alcanzado una situación estable hasta el fallecimiento de sus progenitores. En estos casos, posiblemente habría que hablar de centros residenciales de larga estancia para la atención de perfiles cronificados y envejecidos (ya se ha conocido alguna experiencia a este respecto).

4.4.5. Innovación en la configuración de los dispositivos residenciales

Independientemente de los modelos conceptuales y metodológicos que se emplean y que se han analizado anteriormente, la configuración arquitectónica de los dispositivos puede condicionar las posibilidades de evolución terapéutica de los pacientes. En este sentido, las instalaciones pequeñas aportan una mayor capacidad de individualización y de control profesional, mientras las instalaciones grandes facilitan una mayor eficiencia de los recursos.

En consecuencia, debieran explorarse modelos arquitectónicos que permitan compatibilizar y flexibilizar las ventajas de una y otra configuración. Una referencia en este sentido pueden ser edificios como el Centro Carmen Sacristán, gestionado por RAIS Fundación con el apoyo del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, en el que un edificio de gran tamaño queda dividido en espacios que facilitan la individualización y calidez de las instalaciones a modo de hogares, a la vez que se cruza una planta semioculta que garantiza una presencia profesional homogénea en cada uno de esos “hogares”. Así, se unen las ventajas de gestión de un centro grande, con las posibilidades de eficiencia en la aportación de prestaciones profesionales que no serían posibles en centros de pequeño tamaño.

4.4.6. Avances en la evidencia científica

El alto coste de los dispositivos de tratamiento residencial, especialmente en un contexto de dificultad económica, exige el reconocimiento de su utilidad basada en la evidencia científica y la discriminación de las variables (personales, sociales, de salud, de consumo, momentos vitales y en el circuito terapéutico, etc.) que la hacen aconsejable frente a alternativas ambulatorias. En el mismo sentido sería importante realizar una mayor evaluación de la eficacia y eficiencia de los dispositivos en un marco de medio o largo plazo.

Igualmente será necesaria una mayor agilidad y flexibilidad por parte de los dispositivos residenciales en la adaptación a las necesidades cambiantes y a las exigencias que vengan determinadas por la evidencia científica.

Aunque los avances en los últimos años presentan un escenario muy diferente al de hace dos décadas, no deja de ser importante que la ciencia debe presidir los modelos de los dispositivos residenciales, en detrimento de la ideología o creencias de las diferentes entidades gestoras.
Dentro del ámbito de la evidencia científica, en los últimos años se vienen produciendo importantes avances en la investigación biomédica y neurobiológica, que no siempre tienen las correspondientes aplicaciones en el abordaje clínico y terapéutico y que pueden tener implicaciones no exclusivamente farmacológicas.

4.4.7. Impulso a la inserción sociolaboral

Es unánime el conocimiento de un alto número de pacientes con largos historiales de consumo que han tenido una evolución positiva en su situación de consumo y de salud, pero no lo han hecho en el ámbito social. Si bien las comunidades terapéuticas posiblemente no sean el dispositivo idóneo para avanzar en este sentido, sí lo serían las viviendas de reinserción social, que deben profundizar en las metodologías de inserción social y diferenciarse más de las viviendas de apoyo al tratamiento. En el actual contexto de crisis económica, debe revisarse cuál es la intensidad idónea de los esfuerzos que se dedican en el ámbito residencial a los programas de inserción laboral. Si bien contar con un empleo puede ser decisivo en el mantenimiento de la abstinencia tras el abandono de los dispositivos residenciales, dedicar esfuerzos a la inserción

laboral en los objetivos terapéuticos en la actual coyuntura económica exige grandes esfuerzos que en la mayoría de los casos no se corresponderán con los resultados obtenidos. Por ello debiera revisarse el abanico de objetivos de inserción laboral viables y adecuados en cada situación.

4.4.8. Establecimiento de la cartera de servicios

En parte por implicaciones de la actual crisis económica, y en parte por un debate mantenido en el tiempo sobre las diferencias en las prestaciones (especialmente, aunque no sólo) sanitarias que reciben las personas del Estado español en las diferentes Comunidades Autónomas, es previsible que próximamente se configure una cartera de servicios común dentro del sistema nacional de salud.

Esta posibilidad puede ser una oportunidad para que esta cartera de servicios especifique el tipo de dispositivos de asistencia en adicciones que deben existir en las diferentes redes autonómicas. Las implicaciones que el establecimiento de esta cartera de servicios tendría en los dispositivos residenciales podrían ser importantes. La inclusión del dispositivo de referencia, la comunidad terapéutica, dentro de la cartera de servicios, serviría para su consolidación y homologación en las propias prestaciones que, como dispositivo, debiera prestar.

4.4.9. Mejora en la coordinación

Algunos de los expertos consultados apuntan a la necesidad de una mejora en la coordinación entre los dispositivos residenciales y los centros ambulatorios de referencia. Entre otros aspectos, en el caso de las comunidades terapéuticas serían prioritarias las mejoras en la continuidad en el proceso terapéutico desde antes del ingreso y tras su salida, así como la información que se transmite en todo el proceso. En el caso de las viviendas, la mejora ha de centrarse en la complementariedad de las intervenciones profesionales que se realizan en ambos dispositivos.

4.4.10. Mejoras en la gestión

La instauración de sistemas de gestión e información unificados que se ha realizado en algunas de las redes autonómicas ha supuesto avances significativos en la mejora de la planificación, especialmente en relación con los tiempos, y en el dimensionamiento de diferentes recursos en el recorrido terapéutico de los pacientes. Asimismo, estos sistemas introducen mejoras muy importantes en las posibilidades de explotación de la información, lo que, a su vez, puede traducirse en mejoras en la investigación y evaluación.

Un avance adicional sería la instauración de un sistema de información de la actividad asistencial unificado, que permitiera una garantía de equidad y una visión agregada de carácter estatal, en cuyo diseño ya se está trabajando.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. GRANDES CIUDADES: FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE DROGAS.

1.1 Estructuras de gobierno municipales y coordinación con otras entidades más amplias, autonómicas o estatales.

1.2 Áreas y servicios en relación con la política de drogas que son competencia de las ciudades. Financiación de los mismos.

1.3 Estrategias o Planes de Acción municipales.

1.4 Coordinación del Plan Municipal de Drogas.

1.5 Relación de las políticas municipales de drogas con otras de carácter autonómico o estatal.

1.6 Redes municipales a nivel estatal.

2. SITUACIÓN EN LA CAPITAL (MADRID)

A) Datos generales de la ciudad de Madrid.

B) Estudios sobre el problema de las drogas en Madrid (ciudad y Comunidad Autónoma).

C) Marco normativo.

D) El abordaje de las drogodependencias en la ciudad de Madrid.

E) Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid: 2011-2016.

1. Principios y criterios orientadores del Plan.
2. Estructura organizativa. Coordinación.
3. Prevención de drogodependencias.

3.1 Ámbito educativo

3.1.1 Programa de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en contextos educativos: “Prevenir Madrid”.
3.1.2 Programa de intervención preventiva con adolescentes y jóvenes en situación de especial riesgo.

3.2. Ámbito familiar

3.2.1 Servicio de orientación familiar

3.3 Ámbito comunitario

3.3.1 Formación de mediadores sociales

3.3.2 Intervención con los Agentes Tutores de la Policía Municipal
3.3.3 Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral
3.3.4 Formación e información preventiva en redes sociales

3.4 Datos globales de prevención. Año 2011.

4. Red de atención integral a las drogodependencias.

4.1 Niveles de intervención
4.2 Proceso de atención integral
4.3 Atención a colectivos o grupos sociales con especiales dificultades o necesidades.

5. Garantía de calidad.

5.1 Evaluación
5.2 Formación
5.3 Investigación
5.4 Mejora de la comunicación

F) Información y datos de la ciudad de Madrid: Centros y servicios.

2.1 Información sobre cuatro áreas concretas de la política de drogas en la capital.

2.1.1 Estrategias contra los lugares de tráfico y consumo de drogas.
2.1.2 Intervenciones en escenarios de vida nocturna recreativa.
2.1.3 Servicios de reducción del daño.
2.1.4 Respuestas a las smart shops y a las nuevas drogas sintéticas.

2.2 Aspectos de actualidad en la capital: Preocupaciones y retos de futuro.

Autores del informe

Respecto al apartado 1. "Grandes ciudades: Funciones y responsabilidades en relación con las políticas de drogas", han aportado información y datos diversos responsables y técnicos de los servicios municipales de los ayuntamientos de Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Las Palmas de Gran Canaria y Bilbao.

En lo que se refiere al apartado 2. "Situación de la capital (Madrid)", la elaboración del informe ha sido realizada por:

- Beatriz Mesías Pérez (Coordinadora y autora)- Jefa del Servicio de Asistencia IAMS
- Nieves Herrero Yuste – Subdirectora General de Coordinación de Programas. IAMS
- María Teresa Pérez Álvarez – Consejera Técnica IAMS
- Ana Ordoñez Franco – Jefa Departamento. Prevención IAMS
- Laura Racciatti Isola – Jefa Departamento. Reinserción IAMS

Asimismo, ha colaborado diverso personal perteneciente a los Servicios Centrales del Instituto de Adicciones de Madrid Salud en: el Servicio de Asistencia, el Departamento de Prevención y el Departamento de Reinserción.

La coordinación general de este Selected Issue ha sido realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

12. POLÍTICAS DE DROGAS EN GRANDES CIUDADES EUROPEAS

INTRODUCCIÓN

En enero de 2011, de acuerdo con los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), la población de España ascendía a **47,190,493 habitantes**. Según esa cifra, España es el quinto país más poblado de la Unión Europea.

Esta población se distribuye en 8,116 municipios. Alrededor del 60% de ellos (4,855) tienen menos de 1.000 habitantes y el 30%, (2,502), entre 1,000 y 10,000 habitantes. Tan sólo el 0.16%, (13 municipios) tienen más de 300,000 habitantes. Madrid (capital del Estado) y Barcelona son las dos únicas ciudades españolas que superan el millón de habitantes.

Table 12.1 Número y proporción de municipios españoles por tamaño de población

TOTAL MUNICIPIOS	Menos 1,000 hab.	1,000 a 10,000 hab.	10,000 a 50,000 hab.	50,000 a 100,.000 hab.	100,000 a 300,000 hab.	Más de 300,000 hab.
8,116	4,855	2,502	614	82	50	13
	(59.82%)	(30.82%)	(7.56%)	(1.01%)	(0.62%)	(0.16%)

España cuenta, pues, con trece municipios (o grandes ciudades, por utilizar la terminología del Observatorio Europeo para este Selected Issue) con más de 300.000 habitantes (a las 10 señaladas por el Observatorio Europeo hay que añadir Alicante, Córdoba y Valladolid).

Ateniéndonos a lo solicitado por el Observatorio Europeo, el presente informe se referirá sólo a las **diez ciudades españolas más pobladas**, incluida la capital, que suman en conjunto 9,207,859 habitantes, lo que supone el 19.51% del total de la población española.

De acuerdo con la Constitución española de 1978, “el Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.”

La unidad organizativa básica es el municipio. La provincia está constituida por una agrupación de municipios. En España existen actualmente cincuenta provincias. Tanto los municipios como las provincias tienen personalidad jurídica propia, si bien a través de los órganos de gobierno provinciales (Diputaciones) se garantizan los principios de solidaridad y equilibrio intermunicipales y se apoya a los municipios para la realización de determinados servicios.

Las Comunidades Autónomas son territorios que pueden estar constituidos por: a) provincias limítrofes con características históricas, culturales y económicas comunes, b) territorios insulares o c) una única provincia con entidad regional histórica, y a los que la Constitución reconoce el derecho al autogobierno, tal y como se ha dicho anteriormente.

En la actualidad, el Estado español está compuesto por 17 Comunidades Autónomas, que poseen un elevado nivel de autonomía política y administrativa, En todas ellas hay un Presidente y un parlamento o asamblea legislativa propia. Las Comunidades Autónomas tienen atribuidas competencias legislativas y de gestión muy importantes en diversas materias, entre ellas todo lo que atañe a la salud, la educación, los servicios sociales y la atención a las drogodependencias.

Cada una de estas Comunidades Autónomas cuenta con su propio Estatuto de Autonomía que se configura como su norma institucional básica.

Además de estas 17 Comunidades Autónomas, existen dos Ciudades Autónomas, Ceuta y Melilla cuyo nivel de autonomía política y administrativa es menor que en el caso de las Comunidades Autónomas, si bien también tienen atribuidas competencias en relación con la atención a las drogodependencias.

Todo lo anterior ha dado lugar a la instauración en España de lo que se ha denominado "Estado de las Autonomías".

Las diez ciudades españolas objeto del presente informe se encuentran situadas en nueve Comunidades Autónomas distintas:

- La capital de España (Madrid) se halla en la Comunidad Autónoma de igual nombre (Comunidad de Madrid).
- Barcelona, en la Comunidad Autónoma de Cataluña.
- Valencia, en la Comunidad Valenciana.
- Zaragoza, en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Murcia, en la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Palma de Mallorca, en la Comunidad Autónoma de Islas Baleares.
- Las Palmas de Gran Canaria, en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Bilbao, en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Finalmente, dos ciudades (Sevilla y Málaga), en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En el año 1979 se celebraron las primeras elecciones democráticas en los municipios españoles, tras la aprobación de la Constitución de 1978. En este periodo histórico (finales de los años 70 y, especialmente, toda la década de los 80), se produce un auge del consumo de drogas en España y de los problemas sanitarios y sociales asociados al mismo. Si bien las sustancias más consumidas eran –entre las ilegales- el cannabis y la cocaína, el consumo de heroína (fundamentalmente por vía inyectada) tuvo un impacto social y sanitario mucho más relevante, al estar muy unido a la comisión de delitos y a la epidemia de sida y otras enfermedades infecciosas.

Todo ello marcó de forma importante la actuación municipal en este tema (especialmente en Madrid y Barcelona, las dos ciudades con más población y donde fueron más visibles los efectos del consumo de drogas) tanto en lo que a implementación de actividades y programas se refiere, como a la puesta en marcha de los primeros Planes municipales de Drogas.

1. LARGE CITIES: FUNCTIONS AND RESPONSIBILITIES IN DRUG POLICY

1.1 Estructuras de gobierno municipales y coordinación con otras entidades más amplias, autonómicas o estatales

De acuerdo con la legislación española (Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local y Ley 57/2003, de 13 de diciembre, de Medidas para la modernización del gobierno local) el municipio es "la entidad local básica de la organización territorial del Estado. Tiene personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines."

El gobierno y la administración municipal corresponden al Ayuntamiento, integrado por el Alcalde y los Concejales. Los Concejales son elegidos mediante sufragio universal, igual, libre, directo y secreto, y su número varía en función de la población de cada municipio. El Alcalde es elegido por los concejales, y tiene como función principal dirigir el gobierno y la administración municipal.

El Pleno, integrado por todos los Concejales, es presidido por el Alcalde y, entre otras funciones, se ocupa del control y fiscalización de los órganos de gobierno, así como de la aprobación y modificación de los presupuestos.
Por su parte, la Junta de Gobierno Local existe en todos los municipios de más de 5.000 habitantes y está formada por el Alcalde y un número de Concejales no superior al tercio del número legal de los mismos, nombrados y cesados por el Alcalde, dando cuenta al Pleno. Entre sus funciones está la de asistir al Alcalde en el ejercicio de sus atribuciones.

Los Tenientes de Alcalde sustituyen, por el orden de su nombramiento y en los casos de vacante, ausencia o enfermedad, al Alcalde, siendo libremente designados y cesados por éste de entre los miembros de la Junta de Gobierno Local.

Grandes municipios

La Ley 57/2003, de 13 de diciembre, de Medidas para la modernización del gobierno local, estableció un régimen organizativo específico para una serie de municipios (básicamente aquellos más poblados), entre los que se cuentan aquellos de población superior a 250.000 habitantes, dada la gran complejidad de sus estructuras político-administrativas. Los órganos necesarios de estos municipios son el Pleno, las Comisiones del Pleno, el Alcalde, los Tenientes de Alcalde y la Junta de Gobierno Local.

El Alcalde constituye el principal órgano de dirección de la política, el gobierno y la administración municipal. Ostenta la máxima representación del municipio y es responsable de su gestión política ante el Pleno. El Alcalde, en estos municipios, tiene menos atribuciones gestoras o ejecutivas que el Alcalde de un municipio más pequeño, porque en el caso de los municipios más poblados, la Ley 57/2003 perfila una Junta de Gobierno Local “fuerte”, dotada de amplias funciones de naturaleza ejecutiva, y que se constituye como un órgano colegiado esencial de colaboración en la dirección política del Ayuntamiento.

El Alcalde podrá nombrar entre los concejales que formen parte de la Junta de Gobierno Local a los Tenientes de Alcalde, que le sustituirán, por el orden de su nombramiento, en los casos de vacante, ausencia o enfermedad.

El Alcalde podrá nombrar como miembros de la Junta de Gobierno Local a personas que no sean Concejales, siempre que no superen el tercio del total de miembros de la Junta, lo que refuerza el perfil ejecutivo de este órgano. En todo caso, la Junta de Gobierno Local responde políticamente ante el Pleno de su gestión de forma solidaria, sin perjuicio de la responsabilidad directa de cada uno de sus miembros por su gestión.

Entre las funciones de la Junta de Gobierno Local, pueden citarse:

- La aprobación de los proyectos de ordenanzas (legislación de carácter municipal) y de los reglamentos.
- La aprobación del proyecto de presupuesto.
- El desarrollo de la gestión económica, autorizar y disponer gastos en materia de su competencia, disponer gastos previamente autorizados por el Pleno, y la gestión de personal.

Los Ayuntamientos de estas grandes ciudades tendrán que crear distritos (divisiones territoriales propias), dotados de órganos de gestión, para impulsar y desarrollar la participación ciudadana en la gestión y mejora de los asuntos municipales. La presidencia de cada distrito corresponde a un concejal. A título de ejemplo puede señalarse que la ciudad de Madrid cuenta con 21 distritos, y la ciudad de Barcelona con 10.

En estos grandes municipios existirá un consejo Social de la Ciudad, integrado por representantes de las organizaciones económicas, sociales, profesionales y de vecinos más representativas, entre cuyas funciones está la emisión de informes, estudios y propuestas en materia de desarrollo económico local, planificación estratégica de la ciudad y grandes proyectos urbanos.

Finalmente, para la defensa de los derechos de los vecinos ante la Administración municipal, el Pleno del Ayuntamiento creará una Comisión especial de Sugerencias y Reclamaciones, formada por representantes de todos los grupos políticos que integren el Pleno, que podrá supervisar la actividad de la Administración municipal y presentará un informe anual al Pleno, donde expondrá las quejas presentadas y las deficiencias observadas en el funcionamiento de los servicios municipales. Igualmente, podrá realizar informes extraordinarios cuando lo aconsejen la gravedad o la urgencia de los hechos.

Respecto a la relación de los municipios con otras entidades –autonómicas y estatales- véase el punto 1.5 de este “Selected Issue”.

1.2 Áreas y servicios en relación con la política de drogas que son competencia de las ciudades. Financiación de los mismos

Con carácter general, y en función de lo que establece la legislación del Estado y la de las Comunidades Autónomas, el municipio ejerce competencias sobre una amplia serie de materias. A efectos de lo que más puede interesar en relación con la política de drogas, cabe señalar las siguientes (obviamente teniendo siempre presente que el alcance e intensidad de las actuaciones desarrolladas es muy variable, en función de la población de cada municipio):

- Seguridad en lugares públicos.
- Protección de la salubridad pública.
- Participación en la gestión de la atención primaria de la salud.
- Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

Las principales áreas de actuación de las grandes ciudades españolas, en relación con la política de drogas, se refieren a la prevención y a la inserción social, así como al mantenimiento de la seguridad y el orden público en las calles y espacios públicos. En las ciudades españolas objeto de este informe se llevan a cabo numerosos y variados programas y actividades de sensibilización y prevención del uso de drogas, en los ámbitos escolar, familiar, comunitario, de ocio y tiempo libre juvenil, etc.

Además, las ciudades tienen una importante función de regulación y control de los establecimientos públicos donde se pueden consumir bebidas alcohólicas (bares, restaurantes, cafeterías, etc.), estableciendo, a través de las Ordenanzas municipales, normas sobre horarios de apertura y cierre, dispensación de las bebidas en espacios determinados de estos locales, control de la conducta de los clientes, etc.

Con carácter general, la financiación de los servicios sanitarios es responsabilidad de las Comunidades Autónomas. No obstante, en lo que se refiere a la asistencia sanitaria a las personas consumidoras de drogas en algunas de las ciudades españolas contempladas en este informe (especialmente en las dos ciudades más pobladas - Madrid y Barcelona) la financiación y gestión de los recursos de tratamiento y de los programas de reducción de daños se hace, en mayor o menor medida, de forma conjunta por los órganos competentes de la Comunidad Autónoma y del Ayuntamiento.

1.3 Estrategias o Planes de Acción municipales

Todas las ciudades españolas que se contemplan en el presente informe cuentan con un Plan municipal sobre drogas, a excepción de dos: Málaga y Las Palmas de Gran Canaria.

En el caso de Málaga, desde el año 1995, las actuaciones de prevención de las drogodependencias se incluyen en los Planes municipales de Bienestar Social. En estos momentos, está en vigor el V Plan Municipal de Servicios Sociales 2009-2013. Según información aportada por las autoridades municipales, están trabajando en la redacción de un Plan sobre Drogas, que esperan tener concluido en diciembre de 2012.
Respecto a Las Palmas de Gran Canaria, la ciudad cuenta con un Programa Municipal de Hábitos Saludables, que se implementa fundamentalmente en el ámbito escolar, desde hace cinco años. Asimismo, tienen previsto comenzar a trabajar en la elaboración de un Plan de Drogas a finales de 2012.

Los primeros Planes Municipales de Drogas en España se aprobaron e implementaron en Madrid (1988) y Barcelona (1989), la segunda ciudad más poblada de España, lo cual es lógico, teniendo en cuenta que el consumo de drogas tuvo un impacto más notable en las grandes ciudades, tal y como se ha dicho anteriormente. Hay que señalar, asimismo, que mientras algunas ciudades han ido actualizando y adaptando sus Planes de Drogas a los cambios que se iban produciendo, otras han preferido elaborar nuevos Planes.

Así, por ejemplo, mientras Madrid sólo ha contado con dos Planes Municipales de Drogas (en 1988, el primero, y el actual, que abarca el período 2011-2016), Barcelona ha aprobado siete, Bilbao, cuatro y Sevilla, tres.

Tal y como se refleja en la Tabla 12.2, cuatro de los ocho Planes existentes incluyen en sus objetivos generales y en su marco de actuación no sólo a drogas (legales e ilegales) sino a otras adicciones de tipo conductual, fundamentalmente ludopatías –*compulsive gambling*.

Al final de este informe, se incluyen las páginas web donde pueden consultarse los Planes de Drogas actualmente en vigor, en las ocho ciudades que cuentan con uno de ellos. Lamentablemente, no se dispone de traducción en inglés en ningún caso. Por otro lado, hay que señalar que en los casos de Barcelona y Palma de Mallorca el texto está en catalán, lengua que también es oficial –junto con el español- en ambas ciudades.

Table 12. 2 Planes municipales de Drogas en las diez grandes ciudades españolas

Ciudades	Plan municipal	Primer Plan	Plan actual	Drogas y otras adicciones (ludopatías, etc)
Madrid	SÍ	1988	2011-2016	**Drogas + adicciones**
Barcelona	SÍ	1989	2009-2012	**Drogas**
Valencia	SÍ	2004-2008	2004-2008	**Drogas + adicciones**
Sevilla	SÍ	2000-2003	2008-2011	**Drogas + adicciones**
Zaragoza	SÍ	2007-2010	2007-2010	**Drogas + adicciones**
Málaga (*)	NO			
Murcia	SÍ	1996	1996	**Drogas**
Palma de Mallorca	SÍ	2004-2008	2004-2008	**Drogas**
Las Palmas de Gran Canaria	NO			
Bilbao	SÍ	1998-1999	2011-2014	**Drogas**

(*) El V Plan Municipal de Servicios Sociales 2009-2013 incluye actuaciones de prevención de las drogodependencias.

A continuación, se presentan los **aspectos más destacados de los Planes de Drogas de las ciudades objeto del estudio, procurando dar una visión de conjunto**:

a) Los Planes Municipales de Drogas más elaborados, con mayor nivel de detalle en cuanto a diagnóstico de la situación, nivel de coordinación, planteamiento teórico, objetivos (generales y específicos), líneas de actuación, previsión de evaluación, etc., corresponden a Madrid y Barcelona.

No obstante, hay que destacar que el resto de Planes Municipales también hace un importante esfuerzo en la descripción de la situación en su territorio (utilizando estudios epidemiológicos de diverso nivel), así como en el establecimiento de los objetivos a conseguir, los ámbitos de actuación, el desarrollo de actuaciones concretas y la previsión de evaluación, con aportación de indicadores detallados en algún caso.

En lo que se refiere a la evaluación se pueden destacar el Plan de Drogas de Bilbao 2011-2014, el Plan de Drogas de Sevilla 2008-2011 y el Plan de Drogas de Palma de Mallorca 2004-2008.

b) Las actuaciones y programas previstos en los Planes Municipales de Drogas se enmarcan en lo establecido en la legislación autonómica y, en el caso de los Planes Municipales más recientes, en las dos Estrategias españolas de Drogas aprobadas hasta la fecha (Estrategia 2000-2008 y Estrategia 2009-2016). En general, las mayores aportaciones de los Planes Municipales se centran en el área preventiva –que, por otra

parte, es la más desarrollada a nivel teórico y de actividades concretas en los textos de estos Planes- y en el área de la incorporación social.

Dentro de la prevención, se describen con mayor detalle las actuaciones y programas a desarrollar en los ámbitos familiar, escolar, comunitario, etc. En este sentido, es importante resaltar el gran esfuerzo que realizan todos estos Planes Municipales de Drogas en relación con el desarrollo de programas y actuaciones en el ámbito del ocio y tiempo libre dirigidos a la población juvenil. Respecto a la incorporación social, los Planes Municipales abordan, fundamentalmente, aspectos de formación y de integración en el mundo laboral, dirigidos a usuarios de drogas en tratamiento y rehabilitación.

c) Los programas y recursos relativos al área asistencial y de reducción de daños son competencia y se implementan por las Comunidades Autónomas. No obstante la ciudad de Madrid, como se expondrá más adelante en el punto 2 de este informe, tiene un importante número de recursos de atención que financia, bien con sus propios presupuestos, o bien en colaboración con la Comunidad Autónoma de Madrid.

Algo similar ocurre en el caso de Barcelona, donde el órgano de gestión del Plan (Agencia de Salud Pública de Barcelona) es un organismo autónomo formado por representantes del Ayuntamiento (60%) y de la Comunidad Autónoma (40%), cuya presidencia ejerce el Alcalde de Barcelona. La financiación también está compartida en el mismo porcentaje por ambas instituciones. También la ciudad de Bilbao cofinancia, con cargo a sus propios presupuestos, diferentes recursos asistenciales, en colaboración con la Comunidad Autónoma y la Diputación de Vizcaya.

d) Respecto a la financiación, las ciudades que cuentan con mayores recursos económicos son Madrid, tal y como se detalla más adelante, con 29,4 millones de euros en el año 2011, y Barcelona, con 7,7 millones de euros, también en 2011. Respecto al resto de ciudades, la cantidad exacta es difícil de calcular, ya que en muchos casos las distintas áreas municipales aportan cantidades variables de sus presupuestos a actuaciones relacionadas con las drogodependencias. No obstante, las cantidades globales están por debajo del millón de euros y pueden oscilar entre los 200.000 y los 800.000 euros.

1.4 Coordinación del Plan Municipal de Drogas

Con uno u otro nombre, todos los Planes Municipales de Drogas cuentan con estructuras de coordinación, donde se integran diferentes áreas de gobierno municipal (sanidad, servicios sociales, juventud, seguridad ciudadana, etc). Al frente de estas estructuras, suele estar un Concejal, o un Delegado de Área que agrupa varias Concejalías, y del que depende, en ocasiones, un coordinador individual, con competencias técnicas.

1.5 Relación de las políticas municipales de drogas con otras de carácter autonómico o estatal

Hay que señalar que todas las Comunidades Autónomas tienen una ley propia (de ámbito autonómico) que regula aspectos relacionados con la prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Asimismo, las Comunidades Autónomas han elaborado Estrategias y/o Planes de Actuación sobre Drogas, los cuales se actualizan periódicamente.

Estas leyes, Estrategias y Planes de Acción establecen las funciones y competencias que corresponden a los municipios (atendiendo a su población) así como las estructuras de coordinación entre la Administración autonómica y los municipios para una mayor eficacia y eficiencia de las actuaciones a desarrollar en relación con las drogodependencias.

Además, todas las Comunidades Autónomas tienen establecidas estructuras de coordinación y apoyo (tanto a nivel técnico como económico) con los municipios existentes en su territorio para el desarrollo de programas y actuaciones en drogodependencias.

Finalmente, desde el Gobierno central del Estado se coordinan todas las políticas de drogas que se llevan a cabo en los diferentes niveles territoriales: central, autonómico (o regional) y local, configurando el Plan Nacional sobre Drogas (Plan Español sobre Drogas), creado en 1985. Al frente del Plan Nacional sobre Drogas está un Ministro del Gobierno y, dependiendo de él, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A la Delegación le corresponde la dirección, el impulso, la coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.

A lo largo de sus 27 años de existencia, la ubicación del Plan Nacional sobre Drogas ha estado en dos áreas sectoriales: a) Sanidad y/o Servicios Sociales y b) Interior. En estos momentos (2012), la máxima responsable del Plan Nacional es la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en cuyo Ministerio se encuentra la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

En estos momentos, en España está vigente la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, aprobada por el Gobierno en enero de 2009. Esta Estrategia establece los principios, los objetivos generales y los ámbitos de actuación que van a orientar la política española de drogas en esos ocho años. La Estrategia se configura como el marco común de actuación de todas las Administraciones Públicas (estatal, autonómica y local) y de las entidades sociales privadas en este tema. La Estrategia prevé su desarrollo en dos Planes de Acción, uno de los cuales se está implementando para el período 2009-2012.

Tanto en la Estrategia, como en el Plan de Acción 2009-2012, se hace referencia al papel y funciones a desarrollar por las entidades locales. En concreto, la Estrategia requiere la cooperación de las Administraciones Locales y de su máximo órgano de representación, la Federación Española de Municipios y Provincias. Por su parte, el Plan de Acción 2009-2012, establece en una de sus acciones “impulsar la coordinación y cooperación entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y las Administraciones Autonómica y Local.”

12. POLÍTICAS DE DROGAS EN GRANDES CIUDADES EUROPEAS

Apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a las entidades locales para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias

Con carácter anual, la Delegación concede subvenciones económicas a entidades locales para que éstas lleven a cabo programas con actividades saludables alternativas al consumo de sustancias tóxicas en el tiempo de ocio juvenil. Los programas tienen como público diana fundamentalmente a los menores y jóvenes (en ocasiones, también a sus familias) y se financian con un Fondo especial constituido con los bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados con el mismo.

Las entidades locales que pueden beneficiarse de estas subvenciones son:

- Las capitales de provincia o de comunidad autónoma, así como los cabildos o consejos insulares.
- Los municipios que tengan una población igual o superior a 100.000 habitantes.

En cualquiera de los dos casos, las entidades que soliciten la subvención deberán tener elaborado un plan de drogas en su ámbito territorial.

En la tabla 12.3 se pueden ver las subvenciones recibidas por las ciudades españolas objeto de este *Selected Issue* en los últimos tres años.

Table 12.3 Subvenciones recibidas por las grandes ciudades españolas, con cargo a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009-2011

CIUDADES	2009	2010	2011	TOTAL
Madrid	151,156	183,568	286,993	**621,717**
Barcelona	108,014	115,248	156,842	**380,104**
Valencia	19,921	20,584	22,134	**62,639**
Sevilla	28,262	29,452	41,475	**99,189**
Zaragoza	58,376	82,835	97,177	**238,388**
Málaga	80,000	86,665	96,425	**263,090**
Murcia (*)				
Palma de Mallorca	45,654	56,546	(**)	**102,200**
Las Palmas de Gran Canaria (*)				
Bilbao	52,339	89,392	128,000	**269,731**
TOTAL	**543,722**	**664,290**	**829,046**	**2,037,058**

(*) Estas dos ciudades nunca han solicitado subvención.
(**) No solicitó subvención en 2011.

1.6 Redes municipales a nivel estatal

La red de entidades locales más extensa de España es la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Aunque prácticamente el 99% de los miembros de la FEMP son municipios, también pertenecen a ella las Provincias (compuestas por agrupaciones de municipios existentes en un territorio determinado), así como los Consejos Insulares y los Cabildos Insulares. Los Consejos Insulares están compuestos por agrupaciones de municipios en las islas que forman la Comunidad Autónoma de Islas Baleares, mientras que los Cabildos Insulares son agrupaciones de municipios en las islas que forman la Comunidad Autónoma de Islas Canarias. En total, los miembros de la FEMP ascienden a unos 7.300, que representan más del 90% de los Gobiernos Locales españoles.

La FEMP se constituyó en el año 1985, y fue declarada como Asociación de Utilidad Pública mediante Acuerdo de Consejo de Ministros de 26 de junio de 1985.

La FEMP es la Sección Española del Consejo de Municipios y Regiones de Europa (CMRE) y sede oficial de la Organización Iberoamericana de Cooperación Intermunicipal (OICI).

Los principales fines de la FEMP son:

- El fomento y la defensa de la autonomía de las Entidades Locales.
- La representación y defensa de los intereses generales de las Entidades Locales ante otras Administraciones Públicas.
- El desarrollo y la consolidación del espíritu europeo en el ámbito local, basado en la autonomía y la solidaridad entre los Entes Locales.
- La promoción y el favorecimiento de las relaciones de amistad y cooperación con las Entidades Locales y sus organizaciones, especialmente en el ámbito europeo, el iberoamericano y el árabe.
- La prestación, directamente o a través de sociedades o entidades, de toda clase de servicios a las Corporaciones Locales o a los entes dependientes de éstas.
- Cualquier otro fin que afecte, de forma directa o indirecta, a los socios de la Federación.

La FEMP funciona a través de distintas Comisiones. Una de ellas, la Comisión de Asuntos Sociales; tiene como uno de sus objetivos la prevención de las drogodependencias a través de la promoción de una cultura saludable y una mejora del bienestar social en la familia, en la escuela y en la comunidad. En este sentido, las actuaciones que lleva a cabo tienen por objeto:

- Reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas legales, ilegales y otras conductas adictivas y, por tanto, los problemas asociados a dicho consumo.
- Promover hábitos de vida saludable.
- Potenciar una cultura de salud preventiva que incluya el rechazo del consumo de drogas.

La FEMP y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas firmaron un Convenio Marco de colaboración el 23 de noviembre de 2001, en una de cuyas cláusulas se establece que ambas partes suscribirán anualmente un Convenio Específico en el que se concretarán las actuaciones a desarrollar en materia de drogodependencias.

Desde entonces, todos los años se ha firmado un Convenio Específico en el que ambas partes colaboran en el desarrollo de diversas actuaciones en relación con las drogodependencias. Estas actuaciones se concretan en el apoyo a entidades locales (en general de tamaño mediano) para la realización de programas y actividades relacionados con la prevención, información y sensibilización en drogodependencias, al intercambio de experiencias y buenas prácticas entre profesionales de las dichas entidades locales; a la promoción de la formación continua de los técnicos municipales en los temas relacionados con drogodependencias, etc. Además, la FEMP gestiona una Base de Datos de Planes Municipales de Drogas.

2. ESTUDIO DE LA CAPITAL: MADRID

A) Datos generales de la ciudad de Madrid

La ciudad de Madrid ocupa una superficie 60,430.8 hectáreas, con una población total a 1 de enero de 2011 de 3,265,038 habitantes. De éstos, 2,710,228 son de nacionalidad española y el resto, un 16,9% son extranjeros. La procedencia de estos extranjeros puede apreciarse en la siguiente tabla (Fuente: Instituto Nacional de Estadística).

Table 12.4 Población extranjera en la ciudad de Madrid

ORIGEN	Número de habitantes	% población
América Latina y Caribe	255,459	46.05%
UE (27-15)	77,296	13.93%
Resto UE (15)	52,067	9.38%
Otros Países Asia y Australasia	51,473	9.28%
África	38,917	7.01%
Otros Países de Europa	14,075	2.54%
Otros Países OCDE	13,645	2.46%
Desconocido	51,878	9.35%
TOTAL	**554,810**	**100%**

Esta cifra ha disminuido respecto al año anterior en un 9,73% *(Fuente: Dirección Gral. de Estadística- Padrón Municipal de Habitantes)*

El índice de paro registrado a diciembre de 2011 es de 225,382 personas, lo que supone el 13.7% de la población activa *(Fuente: Subdirección General de Estadística e Informática del Servicio Público Estatal de Empleo).*

En el conjunto de la Comunidad de Madrid habita un número importante de población gitana que se cifra actualmente entre 65,000 y 70,000 personas, prácticamente un 10% de la población gitana española y en el Municipio de Madrid, suponen el 1.4% de la población total. Los gitanos están distribuidos por el conjunto de la ciudad, si bien se concentran fundamentalmente en el centro y los barrios de expansión de la zona sur. *(Fuente: Fundación Secretariado Gitano)*

B) Estudios sobre el problema de las drogas en Madrid (ciudad y Comunidad Autónoma)

- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de la Comunidad de Madrid (2009-2010): enlace a página web
- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de la Comunidad de Madrid: ámbito laboral (2009-2010): enlace a página web
- Encuesta sobre uso de drogas en alumnos de enseñanzas secundarias en la Comunidad de Madrid (2008): enlace a página web
- Indicadores del consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid (2010): enlace a página web . Elaborados por la agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid con datos obtenidos de: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de Drogas en la red de

tratamiento; Registros de las Urgencia hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas; Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

- Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud. Consumo de drogas (cannabis, cocaína), alcohol: enlace a página web

- Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población Juvenil Comunidad de Madrid 2010:

    - Enlace informe general
    - Enlace alcohol
    - Enlace drogas ilegales

A continuación, se exponen algunos datos especialmente relevantes de dos recientes estudios.

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de la Comunidad de Madrid (es la Comunidad Autónoma donde se encuentra situada la ciudad de Madrid). 2009-2010

Las sustancias psicoactivas con potencial de abuso más extendidas son el alcohol y el tabaco. El 94.5% de la población ha consumido alcohol alguna vez en la vida. También para las frecuencias de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, el alcohol fue la sustancia con prevalencias más elevadas. Para el tabaco se observaron, sin embargo, las más altas prevalencias de consumo diario.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó las prevalencias más elevadas en todas las frecuencias de consumo estudiadas: alguna vez en la vida (36.7%), último año (11.6%) y últimos 30 días (8.4%). La cocaína fue la segunda sustancia de comercio ilegal más extendida: el 12.2% de la población la ha probado y un 2% mantiene algún consumo en los últimos 12 meses.

Éxtasis, alucinógenos y anfetaminas presentaron prevalencias de consumo en el último año en torno al 1%, siendo la heroína y los inhalables volátiles las sustancias de menor consumo en la población. Respecto al consumo diario, el tabaco fue la droga más consumida (33,3%) seguida del alcohol (10.6%), el cannabis (2.1%). No se declaró el consumo diario en el resto de sustancias.

Conclusiones de la Encuesta

1. Generales:
    A. El alcohol es la sustancia con mayor prevalencia en los tres tipos de frecuencia: experimental, esporádico o reciente y habitual.
    B. El tabaco es la sustancia que más se consume a diario (33%).
    C. Los hombres presentan prevalencias más elevadas en todas la sustancias, excepto tranquilizantes y somníferos.
    D. Por edad el consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. En relación con las encuestas anteriores la edad media de inicio al consumo de alcohol y éxtasis ha disminuido manteniéndose estable o aumentando en el resto de sustancias
    E. En la Comunidad de Madrid, las cifras de consumo son ligeramente superiores al conjunto del territorio nacional en todas las sustancias excepto en el consumo de cocaína y en el consumo habitual de alcohol, que son ligeramente inferiores.
2. Por sustancia:
    A. El consumo experimental de **tabaco**, que venía descendiendo desde el año 2003, aumenta y en menor medida el de los últimos 12 meses (de 41% a 46%) y el de los

últimos 30 días (de 38% a 42%). Ha aumentado el porcentaje de "ex fumadores" sobre todo entre los jóvenes. La edad media de inicio se mantiene en 16,7 años.

B. Los resultados en el consumo de **alcohol** muestran un aumento en las tres frecuencias de consumo con respecto a 2007, situándose en los niveles de 2005. La mayoría de los encuestados consume alcohol los fines de semana, más frecuente en la población de 15 a 24 años. La cerveza (48,4%) y los combinados o cubalibres (27,1%) son los más consumidos en el fin de semana.

   Comportamientos de riesgo:

   - El 34,2 % de los menores de 18 años refieren haberse emborrachado en alguna ocasión en los últimos 12 meses.
   - La ingesta de 6 o más copas en un mismo día, en los 30 días previos a la encuesta, fue referida por el 14%.

C. El **cannabis** es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida. Aumenta el consumo experimental manteniéndose estable el nivel de consumo en las otras frecuencias: último año y habitual . La edad media de inicio es a los 18,8 años, el mayor consumo se registra entre los 15 y 24 años.

D. La **cocaína** es la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. Aumenta significativamente el consumo experimental y disminuye ligeramente el consumo esporádico y habitual respecto a 2007. El 0,7 % de los madrileños señala haberla consumido en los últimos 30 días. La edad media de inicio es a los 21,7 años, el grupo de 25 a 34 años es el que presenta mayor consumo.

E. La percepción de riesgo más elevada es la de los consumos de heroína, cocaína, éxtasis y tabaco. El consumo de 5 a 6 copas en fin de semana es el que se percibe como de menor riesgo.

F. La sustancia percibida como más accesible por la población continúa siendo el cannabis. Se ha producido con respecto a años anteriores un aumento en la percepción de disponibilidad para obtener las sustancias.

Datos de la ciudad de Madrid: Consumo entre adolescentes de 15 y 16 años matriculados en el 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria. (Elaborado por Madrid Salud, a partir de los datos cedidos por la Comunidad Autónoma de Madrid de la Encuesta SIVFRENT Joven 2010).

Tabaco:
El tabaco es la sustancia de consumo diario con prevalencias más elevadas entre los adolescentes madrileños, uno de cada diez escolares de 15 y 16 años fuma diariamente este porcentaje ha ido decayendo en relación con los años anteriores, siendo este hábito más frecuente en las mujeres (11,1%) frente al 9,4% de los varones.

En cuanto a la tendencia temporal se observa una disminución en el periodo 2005-2009 del consumo diario, que alcanza la significación estadística, tanto en el total de la muestra, en las chicas y en los de menos edad (15 años).

Alcohol:
El alcohol es la sustancia con prevalencias más elevadas en consumo esporádico. En el mes previo a la encuesta seis de cada diez adolescentes han consumido alcohol en al menos una ocasión.

La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es un 5,9%. La tendencia temporal en los últimos años refleja una disminución de la proporción de bebedores de riesgo, 13,1% en 2005 y 5,9% en 2009. Este consumo se realiza principalmente

en fines de semana, lo que da lugar a ingestas agudas: el 30,6% % ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días, patrón "binge drinking", definido como el consumo de 60 c.c. o mas de alcohol puro en un corto periodo de tiempo (una tarde o una noche) en los 30 días previos a la encuesta y el 41,7% % afirma que se ha emborrachado alguna vez durante el último año.

Consumo de drogas de comercio ilegal:

Uno de cada tres adolescentes madrileños de 15 y 16 años han experimentado con alguna droga de comercio ilegal.

La sustancia de comercio ilegal más consumida por los adolescentes madrileños en el 2009 fue el cannabis, más del 26,5% la ha probado alguna vez. La prevalencia de consumo reciente de cannabis (consumo alguna vez en los últimos 12 meses) aunque elevada, ha experimentado una disminución importante respecto años anteriores pasando del 29,3% en 2005 al 16,4% en 2009.

La misma tendencia descendente se observa en el consumo actual (consumo de cannabis en los últimos 30 días) que fue 18,2% en 2005, 12,2% en 2007, 11,9% en 2008 y 10,3% en el estudio 2009.

Los tranquilizantes sin prescripción médica los han probado el 8,6% de los adolescentes, según la última encuesta de 2009, siendo la prevalencia más elevada en las chicas (11,6%) que en los varones (7,9%). El consumo en los últimos 12 meses solo lo refieren el 1,3% de los encuestados. Las diferencias encontradas en los años analizados no alcanzan la significación estadística por lo que podemos hablar de estabilidad en el consumo de estas sustancias.

La experimentación con cocaína ha disminuido en el periodo de análisis (2005-2009) de 5,3% en 2005, 2,8% en 2007, 1,8% en 2008 y 2% en el actual. Los consumos reciente y actual también muestran tendencia descendente y no superan el 1% en el último estudio. El 55% de los estudiantes dice haber recibido ofrecimientos para el consumo en alguna ocasión.

Partiendo de que la edad media de inicio de consumo de sustancias de comercio ilegal excepto el cannabis se sitúa en los 17 años es lógico encontrar prevalencias muy bajas en las edades analizadas. Según el último estudio la experimentación con inhalables (1,1%), alucinógenos (0,9%) y éxtasis y anfetaminas (0,8%) serian las siguientes sustancias en importancia.

Se explora en la encuesta si a los adolescentes les han ofrecido drogas de comercio ilegal terceras personas, observándose que el 55% de ellos dice haber recibido tales ofrecimientos en alguna ocasión.

Policonsumo:

Para analizar el consumo concurrente de sustancias se ha considerado: consumo diario de tabaco, consumo de alcohol en el mes previo a la encuesta y experimentación con cualquier droga de comercio ilegal.

Según este criterio el 34,6% de los adolescentes de 15 y 16 años no consume ninguna sustancia en las frecuencias indicadas. Otro 34,8% consume una droga y el 30,5% restante dos o más.

Información sobre sustancias de abuso:

Se explora en la Encuesta si los adolescentes madrileños han recibido información sobre las drogas de comercio legal e ilegal a través de profesores o técnicos en los centros educativos o bien de sus propios padres.

En relación al tabaco han recibido información técnica en su centro escolar el 71,5% de los adolescentes, el 82,3% la ha recibido sobre alcohol y el 72,2% sobre drogas de comercio ilegal. Un 62% de los encuestados recibió información de los tres tipos descritos, tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal en el contexto educativo y un 12% refiere no haber sido informado sobre ninguna**.**

Asimismo, los padres son una importante fuente de información sobre drogas de abuso para los adolescentes, ocho de cada diez recibió información sobre alcohol, el 77% sobre tabaco y un 60% sobre drogas de comercio ilegal. Más de la mitad de los adolescentes madrileños son informados por sus padres respecto a todas las sustancias.

C) Marco normativo

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 de España se refiere a la coordinación como un "principio básico para el correcto desarrollo de la Estrategia", haciendo notar el papel importante de las Administraciones Locales y el reconocimiento de que "el éxito de una política general de drogas requiere de la cooperación de las Administraciones Locales..."

En el ámbito autonómico señalamos la normativa siguiente:
La Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que en su artículo 139 recoge lo siguiente respecto de la delegación de competencias en las Corporaciones Locales:

1. *"Las Corporaciones Locales podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine.*
2. *Dichas competencias solo podrán ser delegadas cuando se cumpla el principio de responsabilidad financiera y se asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal."*

La Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, establece en su artículo 45, las competencias de las corporaciones locales, refiriéndose al caso de los ayuntamientos con más de 20.000 habitantes de esta forma:

"Los ayuntamientos de más de 20,000 habitantes tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- *La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley.*
- *La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.*
- *El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias."*

En su artículo 44, hace referencia al órgano competente para esta materia: la *Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid*. En el Plan Estratégico de este organismo se señala que en *"En la Comunidad de Madrid, los ayuntamientos tienen también capacidad para elaborar políticas específicas de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias, y disponen igualmente de competencias en materia de inspección y, en algún supuesto, aplicación de las sanciones previstas en la Ley 5/2002".*

Por lo que se refiere al ámbito local, la **Comisión Antidroga**, creada el 31 de julio de 1987 elaboró el primer Plan Municipal contra las Drogas, que fue aprobado en un Pleno extraordinario el 6 de mayo de 1988.

En noviembre de 2004 el Pleno Municipal aprobó los estatutos del organismo autónomo "Madrid-Salud" en cuya estructura se incardina el "Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid", heredero de las competencias del Plan Municipal contra las Drogas. El 17 de marzo de 2011 se aprueba el nuevo Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016.

D) El abordaje de las drogodependencias en la ciudad de Madrid

En enero de 1987 se pone en marcha el primer Centro Municipal de Atención a las Drogodependencias (CAD), en el Distrito de Puente de Vallecas. Poco después, el 31 de julio del mismo año, se crea la Comisión Antidroga, que bajo la presidencia del Alcalde de Madrid reunía a representantes de los diferentes grupos políticos municipales.

Esta Comisión tenía por finalidad la elaboración de un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la ciudad de Madrid y la formulación de medidas para hacer frente a las mismas. En el seno de esta Comisión se realizaron los trabajos para la elaboración del Documento Marco del Plan Municipal contra las Drogas, que fue finalmente aprobado, con el consenso de todos los grupos políticos representados, en un Pleno extraordinario celebrado el 6 de mayo de 1988, como se ha dicho anteriormente.

En el transcurso de los años siguientes se van desarrollando los objetivos de este primer Plan Municipal contra las Drogas: el diseño y desarrollo de programas de prevención dirigidos a reducir tanto la oferta como la demanda de drogas, la creación de una red amplia y diversificada de recursos destinados al tratamiento y a la reinserción social de la población drogodependiente, la creación de mecanismos de coordinación entre diferentes áreas municipales y las restantes administraciones públicas con competencias en el área de las drogodependencias y el impulso de la participación social en el desarrollo de los programas preventivos y asistenciales.

La Comisión Antidroga, que juega un importante papel en el seguimiento del Plan Municipal contra las Drogas, se enriquece con la incorporación a la misma en 1992 de las principales organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el ámbito de las drogodependencias: Cáritas Madrid, Cruz Roja Española, Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y sus familiares (FERMAD), Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre y Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente (UNAD).

El Ayuntamiento de Madrid asumió así, de una manera clara y decidida, una importantísima responsabilidad en el desarrollo de políticas preventivas y asistenciales en el ámbito de las drogodependencias y ha desarrollado una importante tarea de coordinación, con otras instituciones y con el tejido asociativo de la ciudad, como forma de dar una respuesta global e integradora a este problema.

En 2004 se crea el organismo autónomo "Madrid Salud" y, dentro de él, el Instituto de Adicciones, que asume las competencias del anterior Plan Municipal contra las Drogas. Bajo esta nueva estructura se produce un importante incremento de los recursos materiales y humanos destinados a la atención a las adicciones, tanto a sustancias como a aquellas otras que van surgiendo en la sociedad tales como la ludopatía, lo que ha permitido potenciar significativamente las actuaciones en todas las Áreas.

En la actualidad, la atención a las drogodependencias en la ciudad de Madrid se estructura en función de los siguientes objetivos:

- *Control de la oferta de drogas*, en la que juega un importante papel el Cuerpo de Policía Municipal, tiene por objetivo evitar o reducir la oferta de drogas ilegales en el ámbito de la

ciudad de Madrid y hacer cumplir la normativa sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco.

- *Control de la demanda de drogas*, con los siguientes niveles de intervención:

  - *Prevención*, cuyo objetivo es reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos, cuando éstos se producen. Los programas y servicios que el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid destina a este objetivo se organizan en función de los distintos ámbitos de actuación (educativo, familiar, laboral, comunitario y de especial riesgo).

  - *Atención integral*, cuyo objetivo es ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar de forma integral, tanto su problema de adicción como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida, así como la de su entorno familiar y social. Los programas y servicios que el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid destina a este objetivo se organizan en función de 3 niveles de intervención: Recursos dirigidos a la detección y atención básica en proximidad, Centros ambulatorios dirigidos al tratamiento y a la reinserción social de las personas afectadas y recursos de apoyo (hospitalarios, residenciales, formativo-laborales, de ocio, etc).

En el ámbito de las adicciones sociales, el Instituto de Adicciones-Madrid Salud tiene como objetivo generar un espacio orientador y/o terapéutico, de carácter ambulatorio basado en la evidencia científica, que permita la acogida, valoración y tratamiento de la ludopatía.

En la ciudad de Madrid es el Instituto de Adicciones quien asume en su mayor parte las competencias, tanto en la prevención como en el tratamiento y reinserción de las drogodependencias. El 65,5% de los pacientes drogodependientes son atendidos en centros dependientes del Instituto de Adicciones y los programas preventivos están implementados en los 21 distritos de la ciudad. Los recursos destinados a ambos ámbitos de actuación se ven complementados en la actualidad con los centros y programas que la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid pone a disposición de los madrileños (detallados en el apartado F de este documento).

E) Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016

Este nuevo Plan pretende, sin olvidar la trayectoria anterior, enriquecer las actuaciones en materia de adiciones con nuevos programas, estrategias y ámbitos de actuación, acordes con la evolución que el fenómeno de las drogodependencias y de otras adicciones ha venido experimentando a lo largo de los años, prestando una especial atención a los aspectos relacionados con la calidad de los servicios y la mejora continua.

En este sentido, el proceso de elaboración del nuevo Plan ha incluido una amplia tarea de participación, que dio comienzo con la realización de una consulta a expertos a través del método DELPHI, como resultado de la cual fue posible identificar una serie de temas sobre los cuales resultaba imprescindible debatir y profundizar, con objeto de conocer cuales debían ser las líneas prioritarias de actuación de este nuevo Plan de Adicciones así como las estrategias más adecuadas para su afrontamiento en todos los ámbitos

Los consiguientes debates sobre los puntos clave se han desarrollado con una amplia participación. Más de 40 instituciones y organizaciones sociales han colaborado activamente en la elaboración del Plan de Adicciones además de una buena parte del personal del propio Instituto de Adicciones.

12. POLÍTICAS DE DROGAS EN GRANDES CIUDADES EUROPEAS

Con el objetivo de desarrollar acciones cada vez más eficaces, se ha trabajado en la definición y aplicación de un modelo de atención integral, fruto de una planificación continua y complementaria entre las estrategias preventivas, asistenciales y de integración social, de manera que este continuo permita dar respuesta a las necesidades que se generen con cada sujeto en las diferentes situaciones frente al consumo y en el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada caso.

El Plan de Adicciones para la ciudad de Madrid se orienta desde una perspectiva de cercanía a los ciudadanos y a sus necesidades, integrando en su red de atención a las drogodependencias:

- Programas preventivos de intervención educativa, familiar y con menores de riesgo.
- Servicios de captación y atención en proximidad.
- Centros de tratamiento ambulatorio y recursos de apoyo al tratamiento integral (unidades hospitalarias, comunidades terapéuticas, pisos y recursos de apoyo a la reinserción).
- Programas de mediación comunitaria, dirigidos a la reducción del impacto social de las adicciones en la convivencia ciudadana.

Además, y de modo transversal a las acciones desarrolladas en los diferentes ámbitos, el Plan de Adicciones incluye el objetivo y las acciones para garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados en todos los ámbitos de intervención

1. Principios y criterios orientadores del Plan

- **Compromiso ético**. Defender que todas las actuaciones desarrolladas en el marco del presente Plan de Adicciones tengan en cuenta los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia e inocuidad.

- **Enfoque integral**. Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores intervinientes. Todo ello, desde la aplicación de un modelo biopsicosocial, tanto para la prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.

- **Universalidad y equidad.** Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

- **Cooperación e interdependencia**. Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, como estrategia para la articulación de respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.

- **Integración y normalización**. Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, (ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”) hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando, siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

- **Adaptabilidad e innovación**. Prever y anticiparse a los cambios sociales en general y, de forma concreta, los que continuamente se producen en el ámbito de las adicciones, monitorizando su evolución a fin de conocer las necesidades emergentes y poder articular una respuesta flexible y adaptada a las mismas.

- **Participación comunitaria**. Establecer los mecanismos que posibiliten la implicación de las instituciones públicas, de las organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales, de los servicios o recursos comunitarios, del voluntariado, de los ciudadanos en general y de las propias personas afectadas y sus familias, facilitando la articulación de respuestas ágiles y globales a las necesidades planteadas.

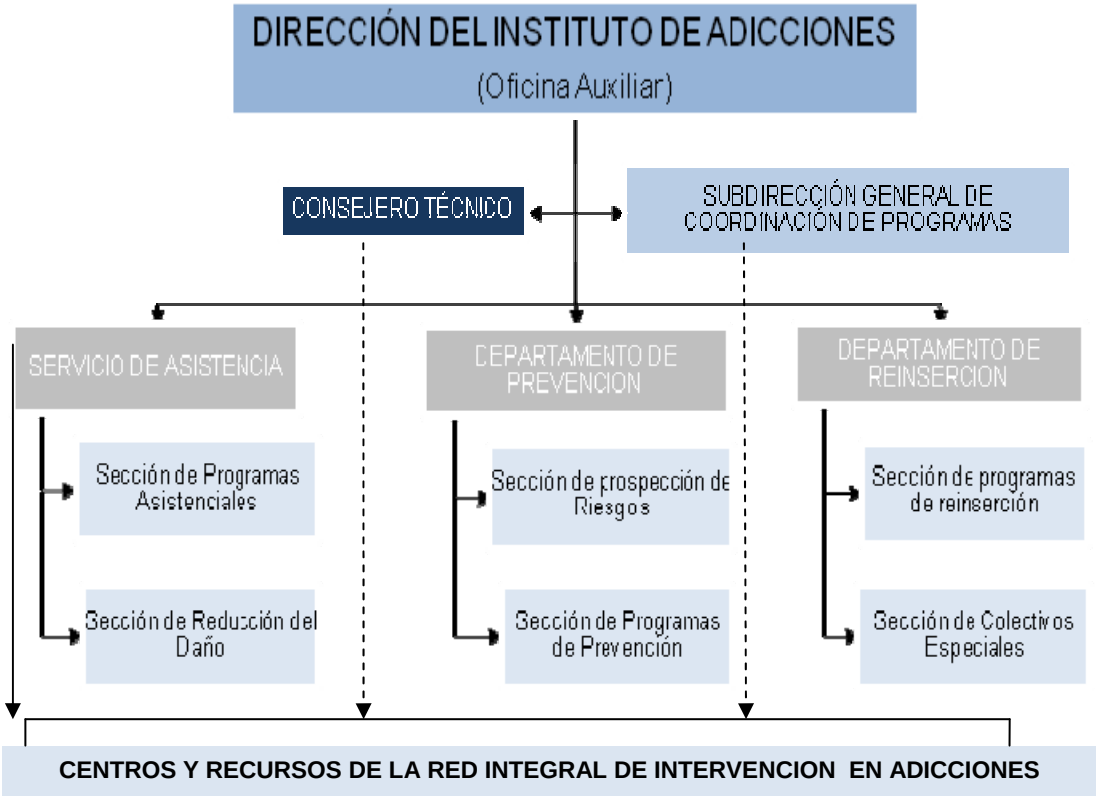
- **Calidad.** Orientar las acciones del Instituto de Adicciones hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la eficiencia y la efectividad del sistema, a través de procesos de formación, investigación y evaluación continua. En este sentido, el presente Plan aboga por el avance en la implementación de programas, en los que la fundamentación teórica, la validación empírica de las intervenciones y la evaluación sean elementos nucleares de una forma de actuar basada en la evidencia científica.

2. Estructura organizativa. Coordinación

Como se ha dicho antes, el Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid forma parte de "Madrid Salud", que es un organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid, dotado de personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio propio y autonomía de gestión para el cumplimiento de sus fines. "Madrid Salud", desde su creación en 2005, tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de salud pública y drogodependencias dentro del término municipal de Madrid. En el año 2011, "Madrid Salud" se adscribe al Área de Gobierno de Medioambiente y Movilidad, competente en materia de Salud Pública y Drogodependencias, a cuyo titular, el concejal de Área, le corresponde la dirección estratégica del mismo, así como la evaluación y el control de los resultados de su actividad.

El Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en la ciudad de Madrid que engloban las actuaciones municipales referentes a asistencia, prevención, reinserción y evaluación en el campo de las adicciones, la formación e investigación en estos ámbitos y cuantas otras actuaciones puedan corresponder al Instituto para la consecución de sus fines.

La estructura organizativa del Instituto de Adicciones en el año 2011 es:



Las principales líneas de coordinación desarrolladas desde el Instituto de Adicciones son:

- Coordinación, dentro del propio marco de **"**Madrid Salud", con el Instituto de Salud Pública, en temas de transcendencia tanto para la prevención como para el tratamiento integral de las adicciones: Laboratorio de análisis clínicos, Servicio de Promoción de la Salud y Medio Ambiente, Unidad Técnica de Centros Monográficos (Centro Joven, Centro de Salud Bucodental, Centro de Deterioro Cognitivo y Centro de Hábitos Saludables) y Salud laboral entre otros. El Instituto de Salud Pública es responsable de promover la salud y prevenir enfermedades de los ciudadanos de Madrid a través de la promoción de hábitos saludables, la seguridad en los alimentos, la mejora de la salud ambiental, la integración sostenible de los animales en la ciudad y la gestión del Servicio de Prevención de riesgos laborales del Ayuntamiento de Madrid.

- Coordinación con otras áreas y servicios municipales cuyas competencias afecten a los cometidos del Instituto de Adicciones, como es el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, Área de Gobierno de Economía, Empleo y Participación Ciudadana, Policía Municipal, Medio Ambiente, entre otras.

- Coordinación con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, organismo responsable de la gestión de las adicciones en esta Comunidad Autónoma, para la elaboración conjunta de planes estratégicos de intervención de la ciudad de Madrid, participación en las estructuras de coordinación de la Agencia Antidroga y mantenimiento de convenios de colaboración en materia de adicciones.

- Coordinación con otras redes públicas**:** Atención Primaria de Salud y Red de Salud Mental (estas redes pertenecen a la Comunidad de Madrid)

- Coordinación con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el desarrollo de programas, investigaciones y publicaciones, en consonancia con las directrices de la Estrategias Nacionales sobre Drogas y para la cooperación internacional.

- Coordinación con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) para la elaboración de documentación técnica y publicaciones, actividades formativas, investigación y comunicación.

- Coordinación con entidades del Tercer Sector: Fundaciones, ONGs y asociaciones que desarrollan actividades, programas y servicios para la prevención, el tratamiento y la reinserción en materia de adicciones.

- Coordinación con Universidades y Colegios Profesionales.

3. Prevención de drogodependencias

El Instituto de Adicciones desarrolla un modelo de prevención de adicciones de vocación troncal que establece sinergias metodológicas con el resto de las acciones preventivas dirigidas a evitar otras conductas de riesgo que se desarrollan durante la adolescencia y/o etapas iniciales de la juventud.

Para ello, canaliza todas las intervenciones desde el Centro de Prevención de Adicciones que se considera el eje integrador de las acciones y programas que se desarrollan en el ámbito educativo, en el ámbito familiar, en el ámbito comunitario y en ámbitos de especial riesgo.

3.1 Ámbito educativo

3.1.1 Programa de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en contextos educativos: "Prevenir Madrid"

Se trata de un programa dirigido a los alumnos de Educación Primaria, Educación Secundaria y Bachillerato, que utiliza una metodología participativa basada en el aprendizaje cooperativo. Proporciona diferentes materiales escritos y audiovisuales para ser aplicados en el aula, adaptados a cada nivel formativo.

Sus objetivos principales son:

- Capacitar al profesorado para desarrollar una adecuada intervención preventiva en el contexto educativo.
- Mejorar el vínculo del alumno con la escuela, como una de las principales condiciones protectoras contra las conductas de consumo de drogas.
- Incrementar la capacidad de resolución de conflictos en situaciones de riesgo, así como las habilidades de resistencia a las presiones sociales que a ellos conducen.
- Contribuir a mejorar la calidad de la vida en la escuela.

Sus características básicas innovadoras respecto a otros programas son:

- Su capacidad para contribuir a mejorar la calidad de la vida en la escuela.
- El hecho de que no sea necesario que el profesorado sea "experto" en drogodependencias para llevarlo a cabo.

Se desarrolla según cinco modalidades con distintos niveles de exigencia o compromiso:

- Programa de Formación del Profesorado en activo:
  A través de un programa de formación conjunto entre el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid y la Facultad de Psicología, de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), los profesores en activo pueden acceder a un Curso de Experto con acreditación de *Título Propio* de la UCM, así como a la obtención de créditos para el currículum. El curso consta de un módulo teórico y un módulo de aplicación práctica en el aula, tutelados por el equipo técnico de prevención, que se responsabiliza del seguimiento de la aplicación.

- Programa de Formación de los alumnos de Escuelas de Formación de Profesorado:
  Dirigido a los alumnos de las Escuelas de Magisterio que, en el marco de una asignatura de su currículum, desean formarse en prevención de drogodependencias. Se realiza una formación especializada del futuro profesorado de enseñanza primaria, que permite la aplicación de los módulos del programa durante el "*practicum*" (prácticas de los futuros profesores en centros educativos).

- Programa de Formación del Profesorado en el Centro Educativo:
  Dirigido al profesorado que desea formarse en prevención de drogodependencias, cuenta con un diseño adaptado a las necesidades concretas del centro educativo. Para ello, se diseña una aplicación a medida, que analiza cada solicitud y elabora una propuesta acorde con las expectativas y necesidades concretas de cada centro.

- Programa de intervención directa en el aula:
  Dirigido a garantizar el cumplimiento de objetivos a corto plazo, se aplica directamente con el alumnado a través de un equipo de técnicos de prevención.

- Programa de intervención en universidades:
  La universidad es cuna de mediadores preventivos que desarrollarán en un futuro su labor en diferentes sectores, convirtiéndose en referentes de la sociedad en la que viven. Se desarrollan programas modulares, derivados metodológicamente y en sus contenidos técnicos de "Prevenir en Madrid", adaptados a cada facultad y cada colectivo (alumnos, docentes y personal asociado). Además, se trabaja con otras instituciones del entorno próximo como colegios mayores, bibliotecas, locales de ocio, etc., por ser lugares de encuentro y actividad en esta población.

3.1.2 Programa de intervención preventiva con adolescentes y jóvenes en situación de especial riesgo

El Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones desarrolla actuaciones dirigidas a individuos y colectivos que, debido a la coincidencia de varios factores de riesgo, presentan una mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de conductas de riesgo. Por tratarse de acciones directas sobre la persona o colectivo, la intervención se realiza sobre sus diferentes ámbitos relacionales: el centro educativo, la familia, el grupo de iguales y, por supuesto, la comunidad entendida como entorno más cercano.

Desde esta perspectiva de intervención global y unificada, entre las funciones del equipo de prevención, destaca la importancia de identificar y establecer un vínculo con estos individuos o grupos, con características de mayor riesgo, en su propio entorno.

- Programa "Prevenir en Madrid" para prevención selectiva: Es un programa dirigido a profesores y alumnos (preferiblemente de 14 a 20 años) de centros educativos públicos y

privados. Contempla su aplicación en contextos formales (aula) pero con una metodología lúdica y participativa a través de actividades deportivas, talleres artísticos, etc.

- Familias con especial vulnerabilidad: La detección de estas situaciones puede realizarse a través de la intervención que el equipo técnico realiza en el ámbito escolar con las familias (AMPAS), o a través de las acciones de prevención realizadas con el tejido asociativo.

- Trabajo comunitario: Se realiza en los distritos, tanto a través de estructuras de coordinación (mesas de salud, mesas de prevención, equipos de zona, etc.) como en las intervenciones del día a día en las diferentes zonas de actuación. En esta intervención se detectan adolescentes y jóvenes con necesidades específicas, que requieren una intervención por el equipo de prevención, a fin de canalizar las diferentes necesidades del sujeto e identificar los recursos.

- Estrategias dirigidas a la intervención con grupos naturales o con aquellos que se forman en torno a una actividad o interés común. En esta línea, destacan los grupos deportivos.

- Intervención individual, según un protocolo establecido para esta intervención.

3.2 Ámbito familiar

El programa de prevención familiar ha ido desarrollando protocolos específicos de intervención, adaptados a las diferentes necesidades de intervención que las familias presentan. El objetivo es continuar evaluando la eficacia de las intervenciones y adaptar progresivamente los procesos para dar respuestas no sólo desde la intervención individual, sino también desde la intervención grupal y desde las nuevas estrategias de formación directiva (trabajo con grupos reducidos y conflictos similares).

Las intervenciones dirigidas a familias desde el Instituto de Adicciones se enmarcan dentro de los procesos de información/formación, asesoramiento (*counselling*) y orientación (*guidance*).

3.2.1 Servicio de orientación familiar:

- Intervención individual:

  La intervención se inicia a través de una entrevista estructurada, pensada en términos preventivos, para evaluar y registrar las situaciones planteadas por quienes solicitan orientación. El objetivo es realizar una valoración breve de la gravedad de la situación familiar, en función de los factores de riesgo y protección, tras la cual, desde el propio servicio se pueden ofertar diversas opciones que se ajusten a las diferentes situaciones:

  - Orientación inmediata sobre un aspecto concreto que puede resolverse en la propia entrevista.
  - Oferta de un periodo de orientación – asesoramiento algo más amplio, generalmente no más de tres o cuatro entrevistas, a través de las cuales es posible alcanzar más ampliamente los objetivos planteados y/o evaluar presencialmente al interesado o al familiar que ha generado la necesidad de consulta, normalmente un hijo adolescente.
  - Posibilidad de que la familia pueda participar, junto con otras familias, en algún grupo, que se adecue a sus necesidades.
  - Derivación a otros programas o servicios que se consideren más adecuados para abordar una problemática concreta, que presente la familia.

  Tanto si se finaliza la intervención en el propio servicio como si se deriva a otro dispositivo, es importante dejar abierta la posibilidad de que la familia pueda volver a consultar cuando

lo necesite. Ese vínculo de apoyo que se establece entre el equipo orientador y las familias facilita, tanto la posibilidad de realizar un seguimiento con determinadas familias que lo precisen, como la atención directa a algún familiar concreto (hijos generalmente), sobre los que se considere conveniente intervenir.

- Intervención grupal. Trabajo formativo con familias:

  El trabajo con grupos de familias que realiza el departamento de prevención se concreta en:

  - Sesiones informativas.
  - Sesiones formativas.
  - Sesiones de orientación familiar y de abordaje del riesgo.

3.3 Ámbito comunitario

La prevención en materia de adicciones tiene como uno de sus ejes fundamentales la implicación y participación de todos los agentes sociales. Esta dimensión comunitaria de la prevención requiere de la adquisición de conocimientos y destrezas concretas por parte de los sectores sociales, además de la responsabilidad pública de ofrecer la formación y los recursos necesarios para satisfacer estos requisitos. Entre éstos destacan:

3.3.1 Formación de mediadores sociales

La formación de mediadores sociales tiene como destinatarios, principalmente, a personas de referencia pertenecientes a las diferentes estructuras comunitarias. Los contenidos trabajados están orientados a la detección de situaciones de riesgo, carencias en educación para la salud o problemas relacionales (entre iguales, familia…),estimular activamente la participación en un ocio saludable, etc. A partir de la transmisión de unos contenidos básicos, la formación de mediadores sociales es flexible y se adapta a las necesidades y demandas de las entidades en que se imparte.

3.3.2 Intervención con los Agentes Tutores de la Policía Municipal

Los Agentes Tutores constituyen un grupo dentro del Cuerpo de Policía Municipal que aúna criterios de intervención con menores y de policía de proximidad, conservando su capacidad de intervención policial y sancionadora. Por ello, constituyen un elemento clave a la hora de articular el trabajo conjunto entre el control de la oferta y la reducción de la demanda.
El departamento de prevención desarrolla un Protocolo de intervención conjunta en el que se detallan los aspectos formativos de este colectivo; así como los contenidos a desarrollar en su trabajo con los menores. Los ámbitos de intervención de los Agentes Tutores son, fundamentalmente, la escuela y el medio abierto.

En la escuela desarrollan un programa de conferencias que se centran en los aspectos legales y sancionadores, dejando los temas relacionados con el consumo de drogas y su prevención al equipo técnico del Instituto de Adicciones.
Con los menores de edad, en el medio abierto, trabajan detectando situaciones de consumo de alcohol y/u otras drogas y derivando a los menores a l equipo de prevención. Además, tienen potestad para ponerse en contacto directo con la familia del menor, comunicando la situación y ofreciendo la intervención del Servicio de Orientación Familiar.

3.3.3 Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral

En el lugar de trabajo podemos encontrar situaciones complejas, distintas a las encontradas en otros medios, que supongan riesgos añadidos para el consumo de alcohol o de otras drogas. Una de las primeras acciones que hay que emprender es conseguir la complicidad de

las empresas y de los propios empleados, tanto en lo que se refiere a la repercusión sobre la pericia y responsabilidad laboral que tienen todas y cada una de las sustancias.

3.3.4 Formación e información preventiva en redes sociales

La información a través de redes sociales se plantea desde diferentes soporte digitales pero con objetivos comunes:

- Generar un necesario "pensamiento crítico" entre los adolescentes y jóvenes sobre el alcohol y otras drogas.
- Lograr un progresivo posicionamiento social dirigido hacia una percepción menos permisiva sobre el consumo de drogas.
- Acercar recursos de orientación confiables y anónimos.

3.4 Datos globales de prevención. Año 2011 (Memoria del Instituto de Adicciones de Madrid Salud 2011)

- Ámbito educativo: Se ha intervenido en 743 centros escolares, formando a 3.611 profesores y a 74.662 alumnos.
- Ámbito de riesgo: Programas de intervención selectiva: Se han realizado 2.085 intervenciones individuales con adolescentes y jóvenes en situaciones de especial riesgo. También se ha intervenido con 8.678 adolescentes en zona de consumo activo.
- Ámbito familiar: se han intervenido con 4.214 familias.
- Ámbito comunitario: Se han formado 3.032 mediadores comunitarios y 45.418 jóvenes han participado en actividades de ocio alternativo al consumo de sustancias en 9 distritos de la ciudad de Madrid.

4. Red de atención integral a las drogodependencias de la ciudad de Madrid

4.1 Niveles de intervención

4.1.1 Primer nivel o nivel de acceso.

En este nivel se incluyen programas de atención básica y servicios de orientación, información, detección precoz y captación. Representan la "puerta de entrada" a la red. Motivan para el tratamiento, favorecen la adherencia al mismo y facilitan la derivación a los recursos de 2º nivel. El Instituto de Adicciones cuenta con un centro nocturno de atención sociosanitaria básica y una unidad móvil de reducción de daños. Estos recursos están incluidos y descritos más adelante, en el punto 2.1.3 "Los servicios de reducción del daño", dentro del apartado 2.1 Información sobre cuatro áreas de la política de drogas de la capital (Four areas of drug policy in capital cities).

4.1.2 Segundo nivel. Centros ambulatorios: Centros de Atención a las Drogodependencias.

En el año 2011, la red municipal cuenta con once centros ambulatorios distribuidos en los diversos distritos de la ciudad de Madrid, a los que se puede acceder directamente o a través de derivación desde atención primaria de salud, servicios sociales, o desde otras instituciones o entidades. A estos once centros, hay que añadir seis centros ambulatorios pertenecientes a la Comunidad de Madrid (los datos globales de los diecisiete centros se detallan más adelante, en el punto F).

Los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias de la Red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud son centros de carácter socio-sanitario, que están dotados de un amplio equipo de técnicos, pertenecientes a diferentes disciplinas profesionales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de laboratorio, auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios. Dichos profesionales tienen una elevada cualificación técnica y especialización, debido a su fidelización laboral, larga experiencia profesional (estabilidad media de 15-20 años) y al proceso de formación continua promovido desde la propia organización, aportando como valor añadido, la generación de conocimiento científico avalado por un número importante de investigaciones y publicaciones científicas.

Estos centros ambulatorios actúan como el eje de la intervención integral con los pacientes y son los centros de referencia de la red de tratamiento, coordinando las actuaciones de los diferentes servicios, que intervienen en el proceso rehabilitador. En ellos se diseña y se coordina el proceso individualizado de intervención con cada paciente.

4.1.3 Tercer nivel. Servicios y recursos de apoyo al tratamiento y la reinserción.

Para dar una respuesta asistencial adecuada, ajustada a los múltiples perfiles que atiende, el Instituto de Adicciones cuenta con una amplia red de centros, servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción en drogodependencias, ya sean éstos de gestión propia o bien de gestión indirecta, a través de contratos o convenios con distintas empresas, entidades y organizaciones no gubernamentales.

Table 12.5 Recursos de tercer nivel para el apoyo al tratamiento y la reinserción

RECURSOS DE TERCER NIVEL	INDICADORES 2011
Centro de Atención Básica Sociosanitaria nocturno	479 usuarios
Unidad Móvil de Reducción de Daños	270 pacientes.
Servicio de Atención a Inmigrantes (ISTMO)	985 pacientes
Unidad Hospitalaria y Centro de Día de Patología Dual	43 plazas. 224 ingresos
Plazas concertadas en Comunidades Terapéuticas	127 plazas. 381 ingresos
Plazas concertadas en Pisos de apoyo al tratamiento y a la reinserción	114 plazas. 352 ingresos.
2 Centros de Día	55 plazas. 153 pacientes
1 Unidad de Farmacia concertada para la elaboración de metadona + 3 Unidades Móviles de dispensación de metadona	50,000 dosis/año
200 plazas convenidas con el Colegio Oficial de Farmacéuticos en oficinas de farmacia para la dispensación de metadona	94% ocupación
Talleres de Formación para la reinserción	461 pacientes
SOL: Servicio de Orientación Socio-Laboral	946 usuarios y 535 inserciones laborales
Programa de intervención en drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid	3,946 entrevistas de orientación a detenidos
Programa de mediación comunitaria para reducir el impacto social de las adicciones en la convivencia ciudadana	1,726 intervenciones

4.2 Proceso de atención integral

El Instituto de Adicciones sustenta sus actuaciones en un modelo de atención integral a las drogodependencias que se distingue por una serie de características: abordaje interdisciplinar y multidimensional, trabajo en red, individualización, confidencialidad y flexibilidad, considerando la integración social como el objetivo último a lograr a través de todo el proceso de intervención

En este proceso de atención integral se distinguen las siguientes fases:

- Atención a la demanda inicial. Tras una escucha activa de la demanda, se recaban unos datos iniciales comprobando si existe algún motivo de prioridad en la atención (embarazo, riesgo para menores o mayores dependientes a su cargo, estilo de consumo de alto riesgo, presencia de enfermedades o trastornos físicos o psiquiátricos que requieran tratamiento urgente riesgo de autolesiones, amenaza para la seguridad de otras personas, etc), al tiempo

que se proporciona al paciente la información necesaria y se le motiva para iniciar tratamiento.

- Valoración Interdisciplinar y evaluación multidimensional. El equipo interdisciplinar realiza una evaluación del paciente en función de las siguientes dimensiones o áreas: salud y autocuidados, psicopatología, consumo de sustancias, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio-tiempo libre.

- Diseño del programa personalizado de intervención. A partir de los resultados de la evaluación multidimensional, el equipo interdisciplinar diseña un Programa Personalizado de Intervención (PPI). Este Programa personalizado, una vez consensuado con el paciente, es el instrumento en virtud del cual se organizan las diferentes actuaciones específicas y los recursos necesarios (ya sean propios o externos), y se conjugan las distintas intervenciones en función de las necesidades y la evolución del paciente. Una figura a destacar en esta fase del proceso es la del *Profesional de Referencia*, cuya función es orientar y tutorizar el proceso, siendo asimismo el portavoz del equipo, ya que constituye una estrategia facilitadora de la integración de las diferentes acciones en las que participa el paciente en su proceso rehabilitador.

- Desarrollo del PPI. Una vez definido y consensuado el programa de intervención para cada paciente, se procede al desarrollo del mismo, que consiste básicamente, en poner en juego la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas y los recursos necesarios. Salvando las diferencias individuales y los ritmos de cambio de cada paciente, podemos definir algunas fases o subprocesos en el desarrollo del programa personalizado de intervención:

  a) Desintoxicación y/o estabilización. A través de este proceso, delimitado en el tiempo, la persona drogodependiente pasa de la situación de consumo de una o varias sustancias a la de abstinencia de las mismas. Durante el proceso se ponen en juego una serie de medidas de diferente tipo (farmacológicas, psicológicas, de contención, etc.), que permiten abordar las manifestaciones clínicas que se producen al dejar de consumir la sustancia o sustancias que han generado la dependencia. En otros casos no se plantean objetivos de desintoxicación sino de reducción del consumo, de consumo de menor riesgo o de estabilización con apoyo de sustitutivos o de otros fármacos.

  b) Deshabituación y rehabilitación. Durante este proceso se ponen en marcha nuevas estrategias terapéuticas, ya sean de tipo sanitario, psicológico, ocupacional, de educación y reeducación de hábitos, etc., que se orientan a facilitar en los pacientes, la superación de miedos y tensiones, la adquisición de habilidades personales de diversa índole que les hagan más resistentes y menos vulnerables ante los riesgos del consumo, la recuperación de relaciones sociales y familiares constructivas, la adquisición y el disfrute de un ocio saludable y enriquecedor y la búsqueda de valores y estilos de vida nuevos que faciliten su integración social y la asunción del reto de vivir sin depender de una sustancia.

- Evaluación de resultados. El PPI constituye también una herramienta facilitadora de la evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente durante el proceso de intervención. Estos cambios se hacen visibles en cada uno de los ejes y en comparación con los objetivos planteados. La información obtenida a través de este proceso de evaluación continua, cuya periodicidad será decidida por el equipo terapéutico responsable da cada caso, sirve de orientación acerca del trabajo a realizar y permite, a la salida del paciente, conocer la calidad y magnitud de los cambios producidos y la comparación de los mismos con la situación del paciente en el momento de la primera evaluación y con los objetivos que inicialmente se habían marcado en cada una de las dimensiones de intervención, es decir, nos permite realizar una evaluación de resultados.

- Seguimiento post-alta. La evaluación de resultados mencionada en el apartado anterior constituye el punto de partida para realizar el seguimiento tras el alta de un paciente. Una vez

finalizada la intervención, ya sea por deseo del paciente o por recomendación del equipo terapéutico tras haber logrado los cambios previstos en las diferentes áreas de intervención, resulta interesante conocer hasta qué punto determinados cambios se mantienen en el tiempo.

4.3 Atención a colectivos o grupos sociales con especiales dificultades o necesidades.

Cabe asimismo destacar que, en el Instituto de Adicciones se considera prioritario dedicar un esfuerzo especial de adaptación y de asignación de recursos, en relación con aquellos colectivos o grupos sociales que plantean especiales dificultades o necesidades, ya sea en el acceso a los recursos de la red, en el mantenimiento y aprovechamiento del programa terapéutico o en el siempre complejo proceso de integración social:

- Adolescentes y jóvenes. Los centros cuentan con profesionales expertos en la atención a adolescentes, jóvenes y a sus familias, y con recursos específicos que facilitan la intervención terapéutica y la consecución de objetivos normalizadores educativos. Contamos con la única comunidad terapéutica urbana para el tratamiento en régimen de ingreso para adolescentes y jóvenes.

- Pacientes crónicos drogodependientes y/o con deterioro cognitivo. Se incluyen los pacientes de edad avanzada, largas historias de consumo, múltiples recidivas y tratamientos prolongados. Las principales drogas de abuso son el alcohol y los opiáceos. El Instituto de Adicciones cuenta para su tratamiento con programas de reducción del daño diseñados para cubrir sus necesidades especiales; desintoxicaciones alcohólicas en régimen hospitalario para mayores de 65 años (único recurso en la Red de atención a las drogodependencias de la Comunidad de Madrid); plazas de ingreso en Comunidades Terapéuticas especificas para pacientes con deterioro físico y/o psíquico y atención domiciliaria para drogodependientes discapacitados. Su objetivo es facilitar los cambios de estilo de vida que están relacionados con el consumo y disminuir el riesgo de exclusión social.

- Pacientes con patología dual (*dual diagnosis*). La gravedad de estos pacientes es mayor y presentan peor pronóstico y evolución en el tratamiento, al tener otro trastorno psiquiátrico añadido a la adicción. Esto generó que el IAMS, a finales de 2004, pusiera en marcha un dispositivo específico residencial (Centro de Patología Dual), que ha permitido la estabilización de dichos pacientes y ha mejorado su evolución posterior en el tratamiento ambulatorio. Este centro fue pionero y es el único dispositivo existente que da respuesta a la patología dual de los centros de atención a las drogodependencias de toda la Comunidad de Madrid. El IAMS cuenta además con dispositivos residenciales (pisos) de apoyo al tratamiento y a la reinserción especializados en patología dual, con el objetivo de facilitar su proceso rehabilitador, de tal forma que en el año 2011 se ha conseguido disminuir en un 20% los abandonos de tratamiento, que son muy frecuentes en este tipo de pacientes cuando no se realiza un tratamiento integral. También impulsa actividades formativas y prelaborales adaptadas a sus circunstancias.

- Drogodependientes sin hogar. Al “sinhogarismo” se puede llegar por múltiples factores; precariedad económica, problemas de salud, alcoholismo, otras adicciones y trastornos mentales. Según el último informe del Samur Social, en el municipio de Madrid hay 2.000 personas sin hogar de las cuales 600 están en situación de calle. Según este informe la prevalencia de alcoholismo en esta población es del 43%, la de otras drogas un 16% y el 14,5% presenta patología dual.

- Ante esta situación, a partir del año 2007 se pone en marcha un protocolo de actuación conjunta entre el Instituto de Adiciones y la red de Atención a Personas sin Hogar del Área de Familia y Servicios Sociales, con el objetivo de prestar una atención específica potenciando la coordinación de actuaciones y recursos desde las dos áreas municipales. El resultado es una mejora en la calidad prestada a estos pacientes y en la gestión de los recursos económicos. El

Instituto de Adicciones atiende anualmente una media de 600 personas pertenecientes a este colectivo, de las que el 50% presentan problemas de alcoholismo y pone a su disposición recursos específicos residenciales para paliar la situación de desarraigo y exclusión social tan frecuente en estos pacientes.

- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura, idioma o etnia. El Instituto de Adiciones pone en marcha actuaciones y recursos específicos para superar las dificultades idiomáticas, así como para facilitar la integración de estos pacientes frenando el deterioro psicosocial producido por su adicción al eliminar barreras añadidas para el acceso al tratamiento.

- Personas con incidencias judiciales. El IAMS cuenta con un programa de asesoramiento a jueces e información al detenido drogodependiente, gracias al cual se logra una coordinación estrecha entre la administración de justicia y la Red de tratamiento, lo que facilita la adherencia al tratamiento y la integración social de los afectados.

Atención integral: datos globales. Año 2011 (Memoria del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2011)

En el año 2011, en los 11 centros ambulatorios de la red asistencial del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, se ha tratado a un total de 9.337 pacientes. Se han atendido a 3.281 pacientes consumidores de opiáceos como droga principal, y de éstos tienen prescrito tratamiento farmacológico con metadona 2.744 pacientes y 128 pacientes con la asociación buprenorfina-naloxona por: las variaciones individuales (efectos secundarios, metabolizadores rápidos, interacciones farmacológica, etc.), dificultades para alcanzar dosis eficaces con metadona y en desintoxicaciones de la terapia crónica con la misma. Se han tratado a 2.707 pacientes consumidores de alcohol como droga principal. En cuanto a la atención de consumidores de cocaína y otros estimulantes, como droga principal, suman 1.895 pacientes. Los pacientes consumidores de cánnabis como droga principal han sido 726. Durante el periodo se han atendido a 1,087 familias de drogodependientes.

El perfil de la población total atendida es: 80% varones con una edad media de 42,4 años y el 20% mujeres con una edad media de 43.5 años .El 87% de la población atendida tiene nacionalidad española y el 47% es población activa en situación de paro.

Durante el año 2011 se incorporaron al tratamiento 2,065 pacientes nuevos cuya droga principal de consumo era el alcohol en un 44% y cocaína y estimulantes en un 26%.

Se ha atendido a 471 adolescentes y jóvenes con abuso o adicción a sustancias psicoactivas. De ellos, 89 tenían entre 14 y 18 años, de los que consumen cannabis como droga principal el 90%. Entre 19 y 24 años se han atendido 382 pacientes, que consumen cocaína y estimulantes como droga principal en un 19.9% de los casos, mientras que el porcentaje de consumidores de cannabis en este tramo de edad llega hasta el 60%.

En cuanto a drogodependientes sin hogar, durante este periodo se ha atendido a 635 pacientes, el 85% eran varones con una edad media de 46 años y su droga de consumo principal era un 50% el alcohol y en un 40% opiáceos.

El servicio de intervención con población inmigrante “Istmo”, ha atendido a 985 extranjeros. Un 43% de personas atendidas proceden de estados de la Unión Europea Países del Este, un 15% de Países del Magreb, un 8% de países sudamericanos. La droga principal de consumo es en 56% el alcohol y en un 27% opiáceos.

En este periodo se han atendido a 2.852 pacientes diagnosticados de patología dual. Los trastornos asociados más frecuentes han sido en un 35% trastornos del estado de ánimo, en un

21% trastornos de personalidad y en un 11% trastornos psicóticos. En este grupo de pacientes el 33% consume alcohol como droga principal, el 28% cocaína y el 26% opiáceos.

El porcentaje de salidas no programadas en los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción (altas voluntarias y no cumplimiento de la normativa) desciende en un 20% con respecto al año 2010 que era del 60%.

El Servicio de Orientación Sociolaboral (SOL), que tiene como objetivo favorecer la plena integración laboral de los drogodependientes y de los jóvenes con consumos de riesgo, ha atendido en 2011 un total de 946 casos, hombres en un 83%, con edades comprendidas mayoritariamente entre los 36 y los 45 años, un 75% con estudios de graduado escolar o inferiores y en situación de desempleo el 86%.Un 48,73% de los usuarios del SOL participaron en talleres de capacitación laboral.

Asimismo, y debido a que en el contexto actual las ofertas de empleo en el mercado laboral son cada vez más escasas para las personas que se encuentran en tratamiento por un problema de drogodependencias, desde SOL se ha llevado a cabo un trabajo de sensibilización con 445 empresas con la finalidad de involucrarlas en la mejora de la empleabilidad y la inserción laboral de sus usuarios e integrarlas así en la red de empresas socialmente comprometidas.

El Servicio de Orientación Sociolaboral cuenta con un sistema de seguimiento post-alta de los usuarios atendidos en el programa, que aporta evidencias sobre la integración sociolaboral real de la población atendida una vez que ha salido de los centros de tratamiento, lo que resulta de gran utilidad para valorar el impacto de la intervención, la estabilidad y la consolidación de los logros conseguidos. En el informe anual 2011 destaca que se mantiene prácticamente el porcentaje de encuestados que trabaja a la salida del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) (39.7%) y pasados los 6 meses (37.8%) y que manifiestan un bastante alto grado de satisfacción respecto a las relaciones con jefes (85% a la salida del CAD y 78,5% a los 6 meses) y con los compañeros (90% a la salida del CAD y 76.7% pasados los 6 meses).

El Servicio de Asesoramiento a jueces, información y atención al detenido drogodependiente, ubicado en los Juzgados de Guardia de la Plaza Castilla de Madrid se presta en virtud de un Convenio de Colaboración entre la Consejería de Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid -a través de la Agencia Antidroga- y el Ayuntamiento de Madrid a través del Organismo Autónomo “Madrid Salud”. Durante 2011, fueron asesorados 3,946 detenidos drogodependientes (1 o varias entrevistas), 1,362 familiares de drogodependientes detenidos (1 o varias entrevistas), y 4,904 operadores judiciales; se emitieron 2,649 informes periciales y los profesionales profesionales del servicio comparecieron en 1,244 juicios. En 693 casos suministraron la dosis de metadona prescrita, a detenidos drogodependientes que se encontraban en los calabozos y que estaban incluidos en programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos en el momento de la detención.

En el año 2009, se inicia el Programa de Penados por Delitos contra la Salud Pública no drogodependientes, a petición del Juzgado de Vigilancia penitenciaria nº 1 de Madrid. Este programa va dirigido a penados por delitos contra la salud pública no drogodependientes que se encuentran en libertad condicional. Los objetivos fundamentales de este programa son: sensibilizar a las personas condenadas por delitos contra la salud pública ante las consecuencias derivadas del consumo y/o tráfico de drogas; posibilitar acciones de reparación o resarcimiento del daño causado a la sociedad , prevenir la comisión de nuevos actos delictivos y favorecer la integración social. Durante el año 2011 se intervino con 136 penados con entrevistas individuales, sesiones grupales y visitas a recursos de impacto con el objetivo de sensibilizar al penado respecto al daño que su acción delictiva produce.

El Programa de Mediación Comunitaria en Drogodependencias tiene como objetivo disminuir los conflictos de convivencia que se originan por la concentración de drogodependientes en espacios públicos de la ciudad de Madrid. El Programa se dirige tanto a los drogodependientes que se reúnen en determinadas zonas de la ciudad, generando actitudes sociales de rechazo, como a los

vecinos y comerciantes de dichas zonas. Durante 2011, el programa se desarrolló en 10 zonas de la ciudad de Madrid: en 8 de modo continuado y en 2 de forma puntual. Se realizó seguimiento a 109 drogodependientes, con los que se llevaron a cabo 1,118 intervenciones (información sobre centros de tratamiento, recursos sanitarios, asesoría jurídica, etc, así como derivación y/o acompañamiento en determinados casos). Se intervino en 81 ocasiones con los vecinos, y en 80 ocasiones con gestores de locales comerciales.

5. Garantía de calidad

El Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid asume el compromiso de calidad y evaluación de los servicios definidos en el Plan de Modernización del Ayuntamiento de Madrid, en el que se enmarcan una serie de actuaciones dirigidas a situar a la organización municipal a la vanguardia de las Administraciones Públicas, con el fin último de acercarse a la ciudadanía, avanzar hacia la excelencia en la prestación de los servicios públicos, incorporar las tecnologías de la información y la comunicación e implantar una nueva cultura de gestión eficaz transparente y abierta.

El Instituto de Adicciones tiene, entre sus objetivos básicos de gestión, la apuesta por un servicio de calidad con el enfoque puesto en los ciudadanos y en el desarrollo profesional de sus trabajadores. Para ello se basa en cuatro pilares. 1) Evaluación, 2) Formación continuada, 3) Investigación y 4) Mejora de la comunicación.

Madrid Salud y con él, el Instituto de Adicciones ha obtenido en el año 2011 la acreditación de calidad +400, otorgada por el Club de Excelencia Europeo- EFQM-

5.1 Evaluación

En el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid, la evaluación constituye un instrumento imprescindible de análisis de la organización y de la eficacia de las intervenciones, que permite valorar los resultados y efectos alcanzados, facilitando la alineación de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales en la consecución de sus objetivos.

El Instituto de Adicciones ha configurado un sistema de monitorización a varios niveles que permite el seguimiento de sus intervenciones y garantiza el cumplimiento de sus objetivos:

- Sistema de Indicadores de Gestión Presupuestaria: Está orientado a la evaluación de los programas y el cumplimiento de las metas presupuestarias.

- Presupuesto del Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid (2011). En el mismo se incluye tanto el presupuesto gestionado directamente por el Instituto de Adicciones (25.775.503 euros), como el dedicado al control de la oferta de alcohol y otras sustancias con potencial adictivo, gestionado por Policía Municipal (3.682.789 euros). La suma de ambos supone un total de 29.458.292 euros, cuyo desglose puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Table 12.6 Presupuestos del Plan de Adicciones. Año 2011

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2011
PRESUPUESTO POLICÍA MUNICIPAL DEDICADO PLAN ADICCIONES CIUDAD DE MADRID: CONTROL DE LA OFERTA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS CON POTENCIAL ADICTIVO (*)	**3,682,789**
PRESUPUESTO DEL INSTITUTO DE ADICCIONES	**25,775,503**
Prevención inespecífica y específica en los distintos ámbitos de actuación	2,220,803
Asistencia a las adicciones	18,250,654
Reinserción sociolaboral del paciente adicto	3,918,362
Fomento de la participación en el tercer sector	469,002
Políticas de calidad, formación, investigación y gestión	**916,682**
TOTAL PLAN DE ADICCIONES CIUDAD DE MADRID 2011	**29,458,292**

(*) Presupuesto estimado

El porcentaje de ejecución del presupuesto del Instituto de Adicciones (25.775.503 euros) ha sido del 98,95%. Este presupuesto ha sufrido un recorte cercano al 15% respecto al del año 2010. La disminución presupuestaria ha recaído fundamentalmente en el capítulo II (gastos en bienes y servicios necesarios para el ejercicio de las actividades). Esto ha obligado a realizar una reorganización de los recursos con el fin de seguir prestando una asistencia de calidad a los usuarios, sin merma apreciable de las potencialidades de la red. Con cargo a este ejercicio presupuestario del año 2011, el Instituto de Adicciones ha firmado convenios con 9 instituciones, entre las que destaca Cruz Roja, Caritas, FAD, FREMAP, UNAD y Fundación UCM. Ha concedido subvenciones a 89 entidades y ha realizado conciertos con 24 asociaciones.

Respecto al cumplimiento de las metas presupuestarias, hay que señalar que el presupuesto del año 2011 contaba con 13 objetivos y 37 indicadores. Se ha alcanzado un grado de cumplimiento del 94,6% (sólo dos indicadores no alcanzaron la meta propuesta).

Sistema de evaluación de necesidades, expectativas y satisfacción del ciudadano:

Desde el año 2004, el Instituto de Adicciones elabora una "Encuesta de satisfacción de los usuarios de los centros de atención a drogodependientes (CAD) y de los usuarios del Programa de Prevención de las Adicciones (PAD)". Con ella se intenta medir el grado de complacencia de los usuarios con los servicios recibidos y las deficiencias y puntos fuertes que han encontrado con el fin de adecuar su oferta de servicios y la calidad de los mismos a los compromisos adquiridos con los ciudadanos.

En el año 2011 los principales resultados han sido: El 65% de los usuarios consideran que la atención prestada por los CAD ha sido excelente o muy buena, aumentando esta percepción respecto a la encuesta de 2010 (57,9%). La nota de satisfacción otorgada por los usuarios ha sido de 7,6 en una escala de 10. En relación con las valoraciones de los distintos profesionales, la nota otorgada por los usuarios oscila del 3,4 al 3,6 en una escala de 5 puntos. En este mismo rango se

mueven las valoraciones otorgadas a las comunidades terapéuticas, así como al Servicio de Orientación Laboral que es calificado con un 3,2.

Sistema de sugerencias y reclamaciones:

El Instituto de Adicciones participa en el Sistema de sugerencias y reclamaciones puesto en marcha por el Ayuntamiento de Madrid, que está orientado a analizar las sugerencias y reclamaciones presentadas por la ciudadanía, así como las respuestas emitidas por las unidades implicadas y las medidas tomadas al respecto. El compromiso adquirido con los ciudadanos, a través de la "Carta de Servicios", es contestar en un plazo igual o inferior a 15 días al menos al 80% de las sugerencias o reclamaciones presentadas. En el caso del Instituto de Adicciones, en 2011 se han recibido un total de 27 sugerencias y reclamaciones, el 90% de las cuales se han respondido en el plazo señalado.

Sistema "Carta de servicios. Compromiso con los ciudadanos"

La Carta de Servicios del Instituto de Adicciones se aprobó por la Junta de Gobierno de la Ciudad de Madrid el 8 de febrero de 2007. Mediante este documento público, el Instituto de Adicciones establece y comunica a los ciudadanos los servicios que ofrece y en qué condiciones, las responsabilidades y compromisos de prestarlos con unos determinados estándares de calidad, los derechos de los ciudadanos en relación con esos servicios, las responsabilidades que, como contrapartida, contraen al recibirlos y los sistemas de participación, con el objetivo de garantizar una mejora continua.

En esta Carta se establecen de manera nítida los compromisos de calidad a alcanzar, medidos a través de una serie de indicadores de valoración (30), tanto de instalaciones como de los profesionales (trato recibido, amabilidad, confidencialidad de datos, conocimientos de profesionales, entre otros) que determinan los niveles de satisfacción de los usuarios de estos centros. Anualmente se realiza la evaluación de la citada carta. En la evaluación de 2011 el grado de cumplimiento de todos los compromisos ha sido del 90%.

Cuadro de Mando Integral:

Todos los instrumentos anteriormente descritos convergen, además, en el Cuadro de Mando Integral (CMI) del Instituto de Adicciones y del Organismo Autónomo Madrid Salud. El CMI recoge, de forma ordenada, toda la información que cada sistema individualmente ha ido recogiendo, mostrando, de manera rápida y sencilla, una imagen panorámica del funcionamiento del Instituto.
De acuerdo con el principio de que todas las actividades pueden medirse con parámetros enfocados a la toma de decisiones, se recogen los principales indicadores que con una periodicidad mensual y/o trimestral aseguran que las actividades realizadas van en el sentido correcto y permiten evaluar los resultados de una gestión en relación con sus objetivos y metas.
Se ha habilitado para cada indicador un sistema de colores (verde, ámbar rojo), que alertan sobre el grado de cumplimiento de las metas En la tabla siguiente se exponen los grandes indicadores anuales correspondientes al año 2011 del *continuum* prevención, asistencia y reinserción. Algunos de estos indicadores de gestión del CMI, se hacen públicos para el conocimiento de todos los ciudadanos a través del Observatorio de la Ciudad.

Table 12.7 Cuadro de mandos integral: indicadores y resultados. Año 2011

INDICADOR	RESULTADOS	SEMÁFORO	PERIODICIDAD
Adolescentes y jóvenes participantes en actividades para el fomento y la promoción de un ocio saludable	45,418	VERDE	Mensual/Anual
Número de familias con las que se ha intervenido preventivamente (PAD+intervenciones media y alta exigencia)	7,047	VERDE	Mensual/Anual
Centros educativos en los que se llevan a cabo intervenciones de prevención de adicciones por curso académico	703	VERDE	Mensual/Anual
Número de Profesores participantes en procesos de formación en prevención de adicciones.	4,214	VERDE	Mensual/Anual
Número de alumnos participantes en procesos de formación en prevención de adicciones.	74,660	VERDE	Mensual/Anual
Número de mediadores comunitarios participantes en procesos de formación en prevención de adicciones.	2,870	VERDE	Mensual/Anual
Volumen de pacientes atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones	9,337	VERDE	Trimestral/Anual
Volumen de adolescentes y jóvenes drogodependientes atendidos en los CAD y CCAD	471	VERDE	Trimestral/Anual
Numero de inserciones laborales en los pacientes atendidos en el Centros de Tratamiento de la Red del IA	535	VERDE	Mensual/Anual
Usuarios en proceso de integración sociolaboral en el Servicio de Orientación Laboral SOL	946	VERDE	Mensual/Anual
Índice de ocupación en recursos de apoyo al tratamiento	90%	VERDE	Mensual/Anual
Tiempo medio de entrega de servicios en el Instituto de Adicciones.	6 DÍAS	VERDE	Mensual/Anual.
Solicitudes de servicios en el Instituto de Adicciones atendidas en plazo	94.36%	VERDE	Mensual/Anual

Sistema de evaluación objetiva de resultados de tratamiento

El objetivo es mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes por parte de los equipos interdisciplinares de los CAD, mediante la aplicación de un sistema de medición objetivo y riguroso, que permite evaluar la evolución de los pacientes a lo largo del tratamiento y la eficacia de las diferentes estrategias terapéuticas, constituyendo a la vez una importante base para la investigación en adicciones.

Este Sistema se enmarca en el Modelo de Atención Integral recogido en el Plan de Adicciones y ofrece una información objetiva acerca de la situación del paciente y de su evolución, en un total de 7 dimensiones (vectores), que suelen verse afectadas por la drogodependencia (salud y autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio). Tras el pilotaje, realizado en una muestra de 138 pacientes, se ha podido corroborar una buena

usabilidad del modelo, así como la adecuación y sensibilidad de los indicadores seleccionados para medir las variaciones producidas en las diferentes dimensiones estudiadas.

Sistemas informáticos

El Instituto de Adicciones, consciente de que un sistema de evaluación se basa en la fiabilidad y calidad de los datos obtenidos, ha hecho un esfuerzo importantísimo en la mejora de sus sistemas informáticos. En la actualidad, cuenta con tres grandes sistemas de registros, gestionados e integrados en la Informática del Ayuntamiento de Madrid (IAM), que se exponen a continuación.

- SUPRAMADRID (Sistema Unificado para el Registro de Adicciones Madrid). Se implantó en el año 2007. En esta aplicación se migraron los historiales de los pacientes anteriormente recogidos en la antigua aplicación informática que se utilizaba en los Centros de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid. Esta nueva aplicación supuso un avance significativo con respecto a la anterior, ya que:

    - Mejoró notablemente los historiales de los pacientes, dado que siguiendo el enfoque multidisciplinar propio del Instituto contiene historiales por áreas (médico, psicológico, social, ocupacional y de enfermería).
    - Facilita la migración de datos al Registro Acumulativo de Drogodependientes de la Comunidad de Madrid.
    - Incluye también una completa Agenda de cada centro, que facilita la gestión del tiempo de los profesionales de los centros.
    - Contiene un sistema de gestión de las plazas de recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción de los pacientes, que se interrelaciona con el historial y el seguimiento de los pacientes.
    - Facilita la explotación de los datos a través de un módulo de estadísticas y de un sistema de explotación con cruce de variables y tiempos.

- Dispensación automatizada de metadona. La metadona es una sustancia estupefaciente sometida a una regulación estricta, que requiere la presentación de informes periódicos a los servicios de Inspección Farmacéutica. En este sentido, y debido al elevado número de dosis que se administran a lo largo de un año (518.770 en el año 2011), es necesario extremar, técnicamente, los posibles mínimos desajustes, en la contabilidad oficial de dicha sustancia, asegurando así la correcta dosificación posológica del paciente.

  Desde la unidad de farmacia se manejan márgenes de error máximos, en la contabilidad diaria, del 1%, que cubrirían estrictamente las posibles pérdidas por la manipulación rutinaria de la solución, lo que supone también una optimización de los costes relacionados con la administración de esta sustancia.

  Los centros de atención a drogodependientes cuentan con unas máquinas dispensadoras automatizadas que son utilizadas por los profesionales responsables, quienes introducen en el sistema informático específico para la dispensación, las dosis de cada paciente y las variaciones en su caso. Los dispensadores automáticos, cuentan además con opciones a través de su software que permiten la gestión y seguimiento de las dosis administradas a los pacientes. Este sistema agiliza la atención, y facilita la supervisión farmacéutica semanal que se lleva a cabo en los laboratorios de dispensación.

- ADIGES (Sistema de Registro de Prevención). Desde el Departamento de Prevención de Adicciones del Instituto se ha desarrollado un sistema informático para la gestión de adicciones, ADIGES, que permite el registro y explotación de todas las acciones llevadas a cabo en materia de prevención en la ciudad de Madrid. Un elemento diferenciador de este sistema es que dispone de herramientas de localización geográfica de todos los elementos de registro: recursos, acciones y personas. Especialmente destacable es la geolocalización y

categorización de las diferentes zonas de riesgo relacionadas con diferentes ítems de venta y consumo de sustancias.

ADIGES tiene una estructura modular adaptada a las diferentes áreas de intervención en las que trabaja el Departamento de Prevención:

a) Área educativa. Se procede al registro de todos los Centros de Educación Secundaria de la Ciudad de Madrid y del resto de Centros Educativos en los que se ha intervenido. El registro de intervenciones recoge un pormenorizado detalle de sesiones y grupos que se han llevado a cabo.
b) Área de riesgo. Se diferencia entre intervenciones individuales y grupales. Se registra todo el proceso de la intervención, desde una descripción de la situación de partida, pasando por las áreas de trabajo y objetivos, hasta las derivaciones y coordinaciones con otros recursos.

c) Área comunitaria. Se recogen en esta área todos los recursos que forman parte de la red de intervención en la que se llevan a cabo las diferentes acciones. También se registran las actividades de formación a mediadores sociales llevadas a cabo en asociaciones y recursos.

d) Área familiar. Registro de intervenciones en el Servicio de Prevención de Adicciones para las Familias, tanto las intervenciones presenciales, como las telefónicas. También se registran en este ámbito los grupos de familia llevados a cabo en Centros Educativos.

Los cuatro módulos de registro de ADIGES están integrados entre sí, relacionando los datos registrados en cada una de las áreas. Esta integración impide la duplicidad de registros y los consiguientes errores en la explotación de los datos.

5.2 Formación

El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid contempla, entre sus objetivos, potenciar la formación y el reciclaje de sus trabajadores, mediante la formación continua, el fomento del intercambio de experiencias entre sus profesionales y la difusión de buenas prácticas.

Durante el año 2011, los profesionales del Instituto de Adicciones han recibido una media de 52.5 horas de formación. Se han realizado 7 cursos de formación interna y tres con nivel de Máster o Experto en colaboración con universidades o colegios profesionales.

Por otra parte, 27 profesionales pertenecientes al Instituto han participado como docentes en 53 acciones formativas.

Asimismo, el Instituto de Adicciones participa, en virtud de distintos convenios de colaboración suscritos con universidades y otras instituciones, en la formación teórico-práctica de alumnos de grado y de postgrado. Durante 2011, un total de 46 técnicos del Instituto han tutorizado las prácticas de 79 alumnos pertenecientes a diferentes universidades.

5.3 Investigación

El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid, alineándose con las recomendaciones de la Estrategia europea en materia de drogas y del Plan Nacional sobre Drogas de España incluye, entre sus objetivos, potenciar la investigación en los diversos ámbitos de intervención en materia de adicciones. La integración de la investigación en la práctica garantiza una mayor calidad de los servicios y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluyendo las adicciones, como parte de un problema de Salud Pública.

Durante el año 2011, el Instituto de Adicciones ha participado en 23 proyectos de investigación. Asimismo, ha elaborado 21 publicaciones científicas, con un factor de impacto en los últimos 5 años que supera los 34 puntos.

5.4 Mejora de la comunicación

El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid apuesta por la mejora de la comunicación externa e interna y la incluye entre sus objetivos con el fin de garantizar la calidad de sus intervenciones, entendiendo ésta como una actividad consustancial a la vida de la organización.

Para la mejora de la comunicación interna, en el año 2011 el Instituto de Adicciones ha puesto en marcha AYRE - Adicciones, una herramienta de comunicación que, diferenciando dos planos (uno externo para toda la plantilla del Ayuntamiento de Madrid y otro interno, para los trabajadores del Instituto de Adicciones), incorpora instrumentos de colaboración y participación, junto a otros sistemas más clásicos de organización de la información. Con ello se pretende incrementar la transparencia y la claridad de la misma, facilitar la comunicación ascendente y descendente en toda la organización y mejorar la satisfacción de todos sus miembros.

Respecto de la comunicación externa, los técnicos del Instituto han elaborado un conjunto de documentos técnicos (23) que están a disposición de los ciudadanos a través de la página web del Ayuntamiento de Madrid (Madrid.es).

Así mismo el Instituto fomenta la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones, como elementos de mejora esenciales en la prestación de los servicios a los ciudadanos. Durante 2011, ha puesto a disposición de los ciudadanos determinados servicios a través de la página www.serviciopad.es.

F) Información y datos de la ciudad de Madrid: Centros y servicios (tanto los que dependen directamente del Ayuntamiento de Madrid, como aquellos otros que dependen de la Comunidad de Madrid, a través de la Agencia Antidroga)

Fuente: Memoria del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2011; Memoria de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2011.

En el año 2011, la ciudad de Madrid dispone de 17 centros de atención a las drogodependencias. Los datos globales de los pacientes en 2011 son:

Nº total de pacientes en tratamiento: 14,257
Nº de pacientes nuevos: 3,186
Nº de pacientes que reingresan: 1,638
Nº total de pacientes con metadona:..... 4,482
Nº total de pacientes con Patología Dual: 3,630

Respecto a otros recursos (centros residenciales y de otro tipo), pueden verse en la tabla siguiente:

Table 12.8 Recursos de asistencia y reinserción. Año 2011

RECURSOS		
RECURSOS RESIDENCIALES		**OTROS RECURSOS**
Comunidades Terapéuticas	- 187 plazas adultos - 19 plazas menores de 25 años - 25 plazas mujeres embarazadas	**401 plazas** en Oficinas de Farmacia
		2 centros de Servicios de Orientación Socio-Laboral
Pisos de apoyo al tratamiento y a la reinserción	326 plazas	**11 Talleres** de Capacitación Profesional
Unidades de desintoxicación	- 19 plazas hospitalarias - 8 plazas en Unidad de Apoyo a la desintoxicación ambulatoria	Programa de Intervención en Drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid
Centro de Atención Integral de Cocaína	45 plazas	Servicio de Atención a Inmigrantes (ISTMO)
Centro de Patología Dual	40 plazas	Programa de Mediación Comunitaria para Reducir el Impacto Social de las Adicciones en la Convivencia Ciudadana
		Servicio de Prevención de Adicciones - PAD

2.1. Información sobre cuatro áreas de la política de drogas de la capital (Four areas of drug policy in capital cities)

2.1.1 Estrategias contra los lugares de tráfico y consumo de drogas (Local policing strategies against drugs scenes/drug trafficking)

El marco competencial propio de la Policía Municipal de Madrid incluye, entre sus objetivos, los siguientes:

- Evitar/reducir la oferta de drogas en locales de ocio, actividades recreativas y espectáculos, así como a menores.
- Evitar la oferta de drogas y los consumos en espacios públicos.
- Evitar/reducir el consumo de alcohol y otras drogas con ocasión de la conducción de vehículos a motor y ciclomotores.
- Colaborar en la persecución de delitos contra la salud pública en el marco de la legislación vigente y convenios de colaboración, con especial atención en la distribución final hacia el consumidor.

Para el logro de estos objetivos se desarrollan las siguientes acciones:

- Realización de inspecciones periódicas en locales: vigilancia y denuncia ante situaciones de tráfico o consumo de drogas y tolerancia de los mismos.
- Vigilancia en torno a zonas con concentración de locales de ocio y espectáculos.
- Vigilancia en el entorno de centros escolares en horarios de entrada, salida y recreos.
- Vigilancia e inspección de establecimientos comerciales del entorno escolar en prevención de venta de alcohol y tabaco a menores.
- Vigilancia e inspección de actividades de ocio o recreativas abiertas en horario escolar y en proximidades de centros escolares.
- Contacto con los centros educativos para la respuesta inmediata y especializada ante alertas por tráfico o consumo de drogas en los mismos (Servicio de Agentes Tutores, vigilancia de espacios públicos, lugares de reunión y esparcimiento).
- Control y denuncia del fenómeno del *"botellón"*. Con este término se alude a la concentración de adolescentes y jóvenes en parques, plazas y otros espacios públicos para consumir grandes cantidades de bebidas alcohólica especialmente durante las noches de los fines de semana.
- Práctica de controles de seguridad ciudadana en zonas de gran concurrencia de público (parques, plazas públicas, ferias).
- Realización de controles preventivos de alcoholemia con carácter general 24 horas día / 365 días al año según campañas programadas.
- Realización de campañas específicas de alta intensidad con controles de alcoholemia en horarios y zonas sensibles: noches de fines de semana en entornos de zonas de ocio.
- Vigilancia permanente del consumo de alcohol y/o otras drogas por parte de conductores implicados en accidentes o infracciones de tráfico. Instrucción de atestados por delitos contra la seguridad vial.
- Coordinación con otras áreas y servicios municipales implicados en la atención a las adicciones.
- Coordinación con el Cuerpo Nacional de Policía para la erradicación e investigación de estos delitos en el marco de la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de los Convenios y Protocolos de colaboración que se firmen al efecto.
- Detección, seguimiento e intervención en puntos de tráfico minorista de droga, con traslado de información al Cuerpo Nacional de Policía.

Table 12.9 Datos de control del tráfico de drogas. Año 2011

OBJETIVOS	INDICADORES	AÑO 2011
Evitar / Reducir oferta a menores	Nº Agentes Tutores	**158**
	Nº de colegios con "Camino Escolar Seguro"	**19**
Evitar / Reducir oferta y consumo en público	Nº de requerimientos	**15,429**
	Nº de Actuaciones de vigilancias de parques por la Unidad de Medio Ambiente y Escuadrón	**4,600**
Evitar / Reducir consumo en conductores	Nº de denuncias por consumo de alcohol en vía pública en relación con los requerimientos	**101,070**
	Nº alumnos que reciben educación vial	**18,456**

Tráfico de estupefacientes y tenencia ilícita de drogas: regulación

El vigente Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) prohíbe y penaliza todos aquellos actos de cultivo, elaboración o tráfico que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. En este sentido, la mera tenencia, posesión o disponibilidad de dichas drogas, con la intención de dedicarlas al tráfico o difundirlas, constituye una infracción penal. Es sancionable, igualmente, la fabricación, el transporte y la distribución, así como la tenencia a tales fines, de los productos catalogados como precursores.

El Código Penal establece igualmente como delito contra la Seguridad del Tráfico la conducción de un vehículo de motor o un ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas. El conductor que, requerido por la autoridad, se negara a someterse a las pruebas legalmente establecidas para la comprobación de estos hechos, comete un delito de desobediencia grave (artículos 379 y 380).

El consumo personal y la posesión de drogas para dicho consumo, aunque no se castigan penalmente, sí se sancionan administrativamente. En 1992 se aprobó la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero), que en su artículo 25.1 dispone que "*Constituyen infracciones graves a la seguridad ciudadana el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo*". Por tanto, lo fundamental en esta conducta no es el mero consumo, sino el carácter público del lugar donde se realiza.

Así mismo, se establece que "*La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos*" también constituyen una infracción. (art. 23.i.).

Atendiendo a la la gravedad de la infracción, las sanciones son las siguientes:

1. *Infracciones leves: multa de hasta 300 €*
2. *Infracciones graves: multa de 300 a 30,000 €*
3. *Infracciones muy graves: multa de 30,000 a 600,000 €*

Las sanciones impuestas por estas infracciones podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, en la forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine (art. 25.2).

El Real Decreto, 1079/1993, de 2 de Julio, desarrolla el citado artículo 25 de la LO 1/1992 estableciendo todo lo relativo al procedimiento de suspensión de las sanciones. Conforme a este Real Decreto, atendiendo al fin rehabilitador, la suspensión de la sanción se podrá aplicar a quienes sean consumidores frecuentes o habituales, pudiendo llegar a la remisión total y definitiva en los casos en que el infractor lleve a cabo satisfactoriamente su tratamiento de deshabituación.

Atención a usuarios con sanción administrativa por consumo o posesión de drogas en lugares o establecimientos públicos en los Centros de Madrid Salud, (Instituto de Salud Pública)

En esta actividad, se atiende a aquellos usuarios sancionados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por consumo/tenencia de sustancias tóxicas en la vía pública y a los derivados por los Técnicos de Prevención de los distritos, cuando detectan un consumo esporádico de estas sustancias.

El objetivo es evitar que las personas que inician el consumo de manera esporádica pasen a una situación de abuso o dependencia.

Durante el año 2011 se han atendido a 216 usuarios con expediente o sanción administrativa, por consumo o tenencia de sustancias tóxicas en la vía pública. Esta cifra supone un descenso del 26%, respecto al año 2010. El rango de edad es de 14 a más de 55 años. El 60% de los casos son menores de 25 años. Respecto a las sustancias que motivaron la sanción o el expediente, el cannabis está presente en el 79% de los casos. Las otras sustancias que se consumen de manera preferente son la cocaína (17.5%), cuyo uso disminuye un 6.5% en relación al año 2010, las metanfetaminas y las anfetaminas.

NORMATIVA:

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero de Protección de la Seguridad Ciudadana

Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, que regula la remisión administrativa de penas en materia de drogas

2.1.2 Intervenciones en escenarios de vida nocturna recreativa (Interventions in recreational nightlife settings)

En el ámbito de la prevención destaca el programa *¿Sales hoy?.* Es un programa de acción directa de prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes que acuden a zonas de ocio nocturno durante los fines de semana. En ocasiones también se interviene con población general, aprovechando eventos festivos. En todas las intervenciones se han priorizado aquellas zonas en las que se da un mayor consumo de alcohol y/u otras drogas. El programa se desarrolla en medio abierto y cuenta con un dispositivo móvil (carpa) dotada de equipamiento audiovisual. En el año 2011 se han realizado 60 actividades en fines de semana, con un total de 7,926 participantes.

El fenómeno del *"botellón"* ha adquirido en los últimos años una gran importancia, tanto en Madrid como en otras grandes ciudades españolas. Este fenómeno plantea un doble problema. Por un

lado, se trata de un tema de salud pública, derivado del abuso de bebidas alcohólicas, con frecuencia a unas edades muy tempranas en las que los riesgos para la salud se multiplican; mientras que, por otro, es un problema de convivencia social como consecuencia de los ruidos, suciedad e inseguridad que provoca en los vecinos que viven en las zonas en las que se practica. Esta doble vertiente debe tenerse en cuenta al abordar el problema y al proponer soluciones para solucionarlo.

Desde las instancias públicas se han intentado buscar soluciones para limitar los problemas que plantea el uso de alcohol y de otras drogas durante el ocio nocturno de los jóvenes. Las estrategias planteadas con ese fin son variadas y han ido desde la promoción de una oferta de ocio más saludable hasta la aprobación de ordenanzas municipales que regulan el consumo de alcohol.

La Comunidad de Madrid (Región en la que está situada la ciudad de Madrid) ha promulgado la Ley 5/2002 de 27 de junio, que tiene como objeto la ordenación de las competencias y actuaciones de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención y asistencia de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, y la integración de las personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos.

En el artículo 55.2 de la misma, se tipifica como infracción leve el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública. De dicha acción, son responsables, como autores de la misma, las personas físicas o jurídicas, usuarios, titulares o gestores de entidades, centros o servicios, que realicen las acciones u omisiones tipificadas como infracción en esta Ley y, en el caso de menores de edad, los padres o tutores que responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones. (Artículo 53.1 y 53.2 c) de la Ley 5/2002 de la Comunidad de Madrid de 27 de junio). La sanción por esta infracción, tipificada como leve, consiste en una multa que va desde 300 hasta 30,050 euros.

Así mismo, "No se permitirá la venta ni el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, salvo terrazas, veladores, o en días de feria o fiestas patronales o similares regulados por la correspondiente ordenanza municipal."(Artículo 30.3 Ley 5/2002 de la Comunidad de Madrid de 27 junio).

La Ley 5/2002, de 27 de Junio, no concede a los Ayuntamientos la potestad sancionadora para tramitar las infracciones que se tipifican en la ley, sino tan sólo funciones inspectoras de las mismas, correspondiendo la potestad sancionadora a la Comunidad de Madrid (arts. 41.2. f, 52.5 y 61).

Por otro lado el Ayuntamiento de Madrid aprobó la Ordenanza de 25 de febrero de 2011, de Protección contra la Contaminación Acústica y Térmica, que sustituye a otra Ordenanza del año 2004.

En la exposición de motivos de la Ordenanza de 25 de febrero de 2011, se establece la importancia de “garantizar la buena convivencia ciudadana respecto de las molestias por ruidos derivadas del comportamiento vecinal y usuarios de la vía pública, tanto en el interior del domicilio como en el medio ambiente exterior. Es propio de las competencias de los Ayuntamientos garantizar esta convivencia, lo que implica que en las relaciones vecinales se asegure el respeto al descanso y se posibilite el normal ejercicio de las actividades propias de los demás locales o viviendas”. A este respecto, la Ordenanza señala que “fenómenos como el *"botellón"* en las calles, que suponen la producción masiva de ruido, no deberán impedir el ejercicio del derecho a la intimidad personal y familiar”.

La Ordenanza regula, en su artículo 45, el comportamiento de los ciudadanos en el medio exterior, donde se establece que dicho comportamiento deberá mantenerse dentro de los límites de la buena convivencia ciudadana, sin que se produzcan ruidos que perturben el descanso y la

tranquilidad de los vecinos y viandantes. El incumplimiento de lo dispuesto en este artículo está tipificado como infracción leve, con una sanción de hasta los 750 euros de multa.
En esta Ordenanza también se dispone que en el caso de que el autor material de la infracción sea un menor de 18 años y mayor de 14 responderán solidariamente con él sus padres, tutores, acogedores y guardadores legales o de hecho, por este orden, de la sanción económica impuesta, por razón del incumplimiento del deber legal de prevenir la infracción administrativa que se impute al menor. (Artículo 52).

El Ayuntamiento contempla, además, la declaración de zonas de protección acústica especial (ZPAE) y zonas de especial protección, como hospitales, centros de mayores o colegios. (Arts. 10 y 13).

Por ello la actividad del *"botellón"* tendrá una doble vertiente sancionadora, al infringir tanto la Ley de Drogodependencias y otros Trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid, que prohíbe el consumo de alcohol en la vía pública, como la Ordenanza del Ruido. La primera sanción se remitirá a la Comunidad de Madrid, que la dará trámite, y la segunda será gestionada por el propio Ayuntamiento.

NORMATIVA:
ORDENANZA MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID de Protección contra la Contaminación Acústica y Térmica de 25 febrero de 2011.
LEY 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid
LEY 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido.
DIRECTIVA 2002/49/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 25 de junio de 2002 sobre evaluación y gestión del ruido ambiental.

2.1.3 Servicios de reducción del daño (Low threshold services for problem drug users)

Los servicios y recursos que se exponen a continuación son todos aquellos que existen en la ciudad de Madrid, tanto si dependen del propio Ayuntamiento de la ciudad como si dependen de la Comunidad de Madrid. Los datos se refieren al año 2011 y tienen carácter global, sin desglosar en función de la Administración (local o autónomica). La fuente utilizada es la Memoria de 2011 de la Agencia Antidroga.

- Servicios móviles de reducción de daño: 6 vehículos.

  Se dirigen a un colectivo de drogodependientes en consumo activo, grave y de larga evolución que se encuentran en situación de calle, sin redes sociofamiliares de apoyo y con un deterioro físico importante. Estos drogodependientes frecuentan lugares especialmente deprimidos, que se suelen situar en la periferia de Madrid, carentes de servicios y que pueden definirse como "zonas de alta marginación". Son personas con una alta prevalencia de uso de drogas por vía parenteral, que presentan enfermedades infectocontagiosas como el SIDA, la tuberculosis, las hepatitis víricas, o enfermedades de transmisión sexual.

  Al mismo tiempo presentan distintas situaciones de desarraigo: carecen de hogar, inmigrantes ilegales, ejercen la prostitución, tienen problemas legales (carecen de permiso de residencia, indocumentados, etc.) y/o judiciales (juicios pendientes, frecuentes estancias en prisión), no reciben atención sanitaria alguna, ni acuden a revisiones sanitarias normalizadas por falta de la cartilla de la seguridad social o, simplemente, por el efecto del consumo crónico de drogas que altera cualquier habito o rutina saludable y sumerge al adicto en un mundo de dejadez en el que la repetición del consumo es la única meta diaria.

  Entre estos servicios se incluye una unidad móvil que presta asistencia en el centro de la ciudad y que, además, realiza programas de reducción de daños dirigidos a la población alcohólica sin hogar.

La exigencia de una mejor asistencia a los usuarios descritos anteriormente, hace necesaria la prestación de servicios a través de unidades móviles, que contactan y captan a un gran número de personas para su posterior incorporación a la red normalizada de centros sanitarios, sociales y específicos de atención a drogodependientes.

Las actuaciones que se realizan incluyen: atención médica y sanitaria, distribución de material estéril de inyección, información y educación sanitaria sobre consumo de menor riesgo, prescripción y dispensación de metadona, intervención social y alimentación básica.

- Centros de contacto y emergencias socio-sanitarias: 3 centros

Proporcionan alimentación, higiene y asistencia sanitaria en horario nocturno a los drogodependientes que lo precisen, lo que contribuye a mejorar su estado de salud y la prevención de conductas marginales.

Estos centros están dirigidos a un colectivo de drogodependientes en consumo activo, grave y de larga evolución que se encuentran en situación de calle y sin redes socio familiares de apoyo. Sin documentos de identidad, sin empadronar, sin tarjeta sanitaria, y en una gran mayoría con problemas de subsistencia básica y de higiene personal.

Los centros se encuentran debidamente autorizados, con una serie de espacios mínimos: sala de curas y atención sanitaria, despachos, comedor y sala de descanso, aseos, duchas, lavandería y ropero. El servicio se presta todos los días del año.

Cartera de servicios: Atención sanitaria, Información y Orientación, Alimentación, Cuidados básicos de higiene, Descanso.

- Centro asistencial de reducción del daño (CARD): 1 centro

Situado en el poblado de Las Barranquillas, además de proporcionar los servicios citados en el párrafo anterior, dispone de una sala de venopunción (safe injection room) en la que los usuarios pueden inyectarse de forma higiénica y recibir consejos de salud de carácter práctico.

Datos globales de los servicios de reducción del daño en 2011 (Memoria de la Agencia Antidroga 2011)

Durante el año 2011, el conjunto de estos recursos distribuyó 603,776 jeringuillas. La tasa de devolución de jeringuillas se sitúa en el 76%. Por otra parte, se entregaron un total de 111,060 preservativos. En los recursos de reducción del daño también se entregan otros materiales: papel de aluminio, bolsitas de ácido, agua ácida, cazuelitas, tubos y contenedores para residuos biosanitarios. Se administraron 400 vacunas: tétanos, hepatitis B y otras. El conjunto de derivaciones realizadas por los recursos de reducción de daños a la red de centros de atención a las drogodependencias fue de 1,182.

El conjunto de dispositivos de reducción de daños realizó un total de 35,593 intervenciones sanitarias. En relación con las intervenciones sanitarias, se atendió un total de 131 reacciones agudas a drogas y se realizaron un total de 6,804 curas.

2.1.4 Respuestas a las smart shops y a las nuevas drogas sintéticas (Responses to head/smart shops)

En los últimos años, se han abierto en España un gran número de tiendas bajo la denominación de *growshops* o *smartshops* en las que es posible comprar plantas, semillas, ropa, cosméticos, objetos y utensilios para el cultivo de distintas drogas.

Las *smartshops* venden productos "*smart*" que provienen de las plantas estimulantes y, en ocasiones, son combinaciones de extractos de sustancias y plantas naturales. Algunas de ellas

también venden semillas y material de cultivo y se puede encontrar fertilizantes, lámparas, y todo tipo de utensilios e información para el cultivo de plantas de cannabis.

Ante la proliferación de estos comercios, la Administración ha intentado en un principio limitar su actividad, ya que algunos de estos productos, según la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario, no tienen la consideración de medicamentos, al no haber sido aún evaluados por la Agencia del Medicamento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). En consecuencia, al desconocer los efectos sobre los usuarios, son considerados ilegales y se retiran del mercado.

Otros productos son comercializados como complementos alimentarios, pero tampoco se admiten bajo la denominación de alimentación especial al no cumplir lo dispuesto en el artículo 2 del Real Decreto 1809/1991, de 13 de diciembre, si bien se reconoce que algunos de los productos *smart* son extractos de plantas medicinales presentes en especialidades farmacéuticas debidamente registradas y autorizadas.

Con la publicación de la ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad, queda más claro que la planta de cannabis no se puede comercializar por razón de su toxicidad, estando sujeto a sanciones administrativas de la Ley del Medicamento si así se hace. No obstante, en lo que se refiere a las semillas del cannabis y la parafernalia relacionada con su cultivo nada se dice por lo que hay un vacío legal que hace que las *smart shop* queden al límite en lo que a su legalidad se refiere, ya que muchos de sus productos no aparecen en las listas de sustancias prohibidas.

NORMATIVA

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario.

Real Decreto 1809/1991, de 13 de diciembre, por el que se resultan las menciones o marcas que permiten identificar el lote al que pertenece un producto alimenticio

ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad.

2.2. Aspectos de actualidad en la capital: Preocupaciones y retos de futuro (Current issues in capital cities: Concerns and challenges for the future)

En la actual situación de crisis económica se hace más necesario que nunca una racionalización de los recursos. Esto nos obliga a todos a participar en la puesta en marcha de medidas que ayuden a controlar el gasto. La intervención en adicciones no es ajena a estas circunstancias, como lo prueban las medidas que han venido adoptándose en los últimos años.

Ante las posibles medidas a adoptar hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Necesidad de garantizar la permanencia de una red de tratamiento equilibrada, capaz de seguir dando respuesta al problema de las drogodependencias en la Ciudad de Madrid, y en especial, a aquellos colectivos con mayor vulnerabilidad. Todo ello, prestando una asistencia de calidad que asegure la eficacia de los tratamientos conforme a las recomendaciones de la evidencia científica.

- Necesidad de mantener unos programas de prevención de las adicciones que, adecuándose a la actual situación económica, permitan rentabilizar el trabajo desarrollado hasta el momento, utilizando y aprovechando la gran potencialidad de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

- Intentar paliar el efecto que la crisis económica tendrá sobre el consumo de drogas. En la Conferencia de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Política de Droga de 2010 (International Society for the Study of Drug Policy), se analizó el efecto que la crisis económica tendrá sobre el consumo de drogas en Europa. En este sentido, se advierte que los problemas actuales relacionados con las drogas pueden verse afectados directamente, si los consumidores de drogas más pobres recurren a vías de administración más eficientes y peligrosas (vía intravenosa), aumenta la venta para obtener dinero, se consume más para combatir el estrés y las dificultades, o indirectamente, si se reducen los servicios de tratamiento o la accesibilidad a los mismos.

Se considera prioritario mantener:

1. **Un Servicio de Prevención de Adicciones,** que contemple la prevención en el ámbito familiar y de intervención con menores consumidores. **La actividad preventiva directa con profesores y alumnos**, así como la **formación de mediadores** en prevención de drogodependencias y otras conductas de riesgo para servicios sociales y sanitarios, entidades y servicios públicos y cuerpos de seguridad (Policía Municipal, Policía Nacional, etc).

2. Una **red de atención** a las drogodependencias **equilibrada, sólida, ajustada** a la realidad actual de las adicciones en la Ciudad de Madrid, que desde un modelo bio-psico-social, dé respuesta a las necesidades especiales de los colectivos más desfavorecidos y prevenga los problemas de convivencia ciudadana en relación con las drogodependencias. Sin olvidar el peso que debe darse al tratamiento del alcoholismo.

3. **La atención específica a los drogodependientes sin hogar** derivados por los Servicios de Emergencia Social de la ciudad. No podemos obviar la gran rentabilidad social que supone la atención a los colectivos más vulnerables.

4. Los servicios orientados a la **reducción del daño**, ya que su ausencia tendría no sólo una repercusión sobre los afectados, al no facilitar su acceso a los centros y recursos de tratamiento, sino también sobre la comunidad, debido a los riesgos para la salud pública .

5. **La atención a los pacientes con patología dual,** debido a que la gravedad de estos pacientes es mayor y presentan peor pronóstico y evolución en el tratamiento.

6. **El tratamiento con sustitutivos opiáceos distintos a la metadona** para todos aquellos pacientes que debido a las variaciones individuales (interacciones, contraindicaciones de metadona, presencia de anticuerpos antimetadona, etc.), precisan un tratamiento sustitutivo alternativo a esta sustancia.

7. **La prevención y el tratamiento de las adicciones en el entorno laboral.**

12. POLÍTICAS DE DROGAS EN GRANDES CIUDADES EUROPEAS

Enlaces de interés:

- Instituto de Adicciones de Madrid salud: http://www.madridsalud.es/adicciones/adicciones.php

- Ayuntamiento de Madrid (Madrid.es): http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Salud/Adicciones?vgnextfmt=default&vgnextchannel=d4ea0c5600847010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD

Local Drug Plans:

- Madrid: Ver links arriba
- Barcelona: http://www.aspb.cat/quefem/documents_drogodependencies.htm (sólo en catalán).
- Valencia: h*tp://www.valencia.es/ayuntamiento/drogodependencias.nsf/0/C733C1192B3C8DF3C12572D4003C62A3/$FILE/Documento2004-2008.pdf?OpenElement&=lang=2*
- Sevilla
- Zaragoza
- Málaga: No tiene Plan de Drogas.
- Murcia
- Palma de Mallorca: No tiene link. Disponible sólo en lengua catalana.
- Las Palmas de Gran Canaria: No tiene Plan de Drogas
- Bilbao: http://www.bilbao.net/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047255&language=es&pageid=3000047255&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

BIBLIOGRAFÍA

Grupo CAPRI Saiz de la Hoya P., Viciana P., Antón J., Arroyo J.M. et al. (2003). "Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles". Rev Esp Sanid Penit 2 (5), 38-48.

Hernández-Fernández T., Arroyo-Cobo J.M. (2010). "Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones". Rev. Esp Sanid penit, 12, 86-90

Lucía Artazcoz, Juan Oliva, Vicenta Escribà-Agüir, Óscar Zurriaga (2010). Informe SESPAS 2010: La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas Gac Sanit; 24(Supl.1):**1-6**

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2006). Encuesta Estatal sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010). Plan de Acción 2009-2012. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Monrás M., Aparicio A., López J.A., Pons I.(2011). "Prevalencia del consumo de alcohol en los trastornos relacionados con la población penitenciaria condenados por delitos contra la seguridad vial". Actas Esp Psiquiatría 39 (3),163-7.

Muñoz Sánchez, J. and Díez Ripollés, J.L. (dir.) (2003) Las drogas en la delincuencia. Tirant lo Blanc. Valencia.

Santiago Redondo Illescas, Ana Martínez Catena Antonio Andrés Pueyo (2011). Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores Ministerio de Sanidad, Política Social.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe Mortalidad 2010
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estudio de perfil penal y sociodemográfico de los penados a TBC, 2010

Legislación:

La ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica el Código Penal, regula delitos de seguridad vial