

ación del Gobierno para el
Nacional sobre Drogas

ISTERIO DEL INTERIOR

INFORME Nº 6 – NOVIEMBRE 20

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

INFORME Nº 6
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
NOVIEMBRE 2003



INFORME Nº 6
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
NOVIEMBRE 2003

Este Informe ha sido elaborado por el Observatorio Español sobre Drogas y aprobado por su Consejo Asesor, bajo la presidencia del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Han intervenido en su elaboración: Pilar Álvarez, Gregorio Barrio, Antonio Cámara, Macarena Cavestany, Cristina Infante, Emiliano Martín, Sonia Moncada, Rafael Pérez, Francisco Rábago, Luis Royuela, Aurora Ruiz y Graciela Silvosa.

Información del Plan Nacional sobre Drogas

Dirección	Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono	91 537 27 00
Internet	www.mir.es/pnd
Correo electrónico	cendocu@pnd.mir.es



Edita: MINISTERIO DEL INTERIOR
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica

Diseño y maquetación: Quadro

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado

NIPO: 126-03-040-2

ISBN:

Depósito legal:

La publicación del nº 6 de los Informes del Observatorio Español sobre Drogas pone de manifiesto la solidez de un proyecto que, desde su puesta en marcha hace seis años, ha contribuido de forma decisiva al análisis y conocimiento de la situación de los consumos de drogas y las políticas de actuación sobre este tema en nuestro país.

Junto a los habituales capítulos que recogen los datos aportados por los diferentes indicadores que maneja el Observatorio, destaca la información referida a la *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas* correspondiente al año 2001, y su comparación con las de años precedentes. Sin duda, gracias a esta serie de encuestas y a las que se llevan a cabo en el medio escolar, dirigidas a alumnos de 14 a 18 años, España cuenta hoy en día con uno de los registros de datos sobre consumo de drogas y problemas asociados más completos y rigurosos de la Unión Europea.

La información que recoge esta encuesta del año 2001, confirma algunas de las tendencias que ya veníamos detectando desde hace años, como son el continuado descenso en el consumo de heroína, el aumento entre las capas más jóvenes de la población del consumo de algunas sustancias psicoestimulantes, como el éxtasis, la cocaína o las anfetaminas, así como el alcohol, y la escasísima implantación en la población española del consumo de alucinógenos, inhalables volátiles y *crack*.

Junto a ello, se mantienen como las medidas más valoradas por la población para abordar el problema de las drogodependencias, la educación escolar sobre drogas, los tratamientos asistenciales de carácter voluntario, el control policial y aduanero o las campañas de información y sensibilización sobre los riesgos del consumo, medidas todas ellas que vienen siendo aplicadas con una creciente intensidad por los responsables del Plan Nacional sobre Drogas, a nivel tanto estatal como autonómico, y que igualmente se contemplan de forma pormenorizada en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

Una vez más, es de justicia concluir esta presentación agradeciendo la colaboración de todos aquellos sin cuyo esfuerzo y dedicación no sería posible la elaboración de este Informe: Administraciones Públicas, organizaciones sociales, instituciones y profesionales que nos suministran los datos y análisis en torno a los diversos aspectos tratados aquí.

A todos ellos, a los funcionarios de la Delegación que han revisado y elaborado el resultado final, así como a los miembros del Consejo Asesor del Observatorio, mi reconocimiento por su trabajo y mi felicitación por el resultado alcanzado.

César Pascual Fernández
Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Indice

1. Síntesis de contenidos del Informe	7
2. Indicadores sociológicos y patrones de consumo	13
2.1. Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, 1995-2001	15
2.2. Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de drogas	49
2.3. Demanda directa de bebidas alcohólicas	50
2.4. Demanda directa de tabaco	53
3. Indicadores de prevención	59
3.1. Programas de prevención con menores	61
3.2. Programas de prevención de ocio y tiempo libre	64
4. Indicadores asistenciales	67
5. Indicadores sanitarios	89
5.1. Indicador urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas	91
5.2. Sida e infección por VIH en inyectores de drogas	96
6. Indicadores de inserción-reinserción	101
7. Indicadores de mortalidad	105
7.1. Mortalidad directamente relacionada con el consumo de drogas	107
7.2. Muertes producidas en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas	118
8. Indicadores de oferta de drogas	123
8.1. Sustancias intervenidas	125
8.2. Variaciones en la pureza y precio de las sustancias	129

9. Indicadores policiales	131
9.1. Detenidos por tráfico de drogas	133
9.2. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública	137
9.3. Diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal	140
10. Anexos	143
10.1. Estudios e investigaciones	145
10.2. Desarrollo de los indicadores epidemiológicos clave REITOX en España	147

1

Síntesis de contenidos del Informe

La función primordial del Observatorio Español sobre Drogas (OED) es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco), los problemas asociados y las respuestas sociales ante los mismos en España. Para ello se recoge información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, ayuda a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Entre las fuentes o métodos utilizados para elaborar los informes del OED figuran los tres indicadores de problemas de drogas (tratamiento, urgencias y mortalidad) gestionados desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, la *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas*, la *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar* y los indicadores sobre control de la oferta. De forma adicional, se recopila información elaborada por otras instituciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Ministerio de Economía y Hacienda, etc.). Además, se recoge y analiza información sobre programas de prevención, así como de inserción a la vida social y laboral. Es importante destacar que buena parte de la información que se vuelca en estos informes se obtiene gracias a la colaboración que prestan los Gobiernos de las Comunidades Autónomas.

El contenido del presente Informe se ha estructurado de forma similar al del informe número 5. No obstante, se pueden apreciar algunas diferencias. Por ejemplo, los resultados de la encuesta a población escolar se sustituyen por los de la encuesta domiciliaria (hay que tener en cuenta que son encuestas bienales), se incorpora por primera vez un apartado para dar cuenta de una estimación nacional del número de muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas, se desarrollan más los resultados de los tres indicadores de problemas de drogas y se obtienen por primera vez estimaciones de la prevalencia de consumo problemático de cocaína.

1 Las conclusiones más destacadas del Informe, en sus aspectos epidemiológico y sanitario, referidas si no se indica otra cosa al conjunto de España, son las siguientes:

- En el año 2001 un 35,1% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios. El consumo de tabaco ha aumentado, sobre todo entre las mujeres, entre las cuales la prevalencia de consumo diario pasó de 27,7% en 1995 a 30,1% en 2001.

- Según la *Encuesta Domiciliaria*, en los últimos años ha aumentado la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, lo que contrasta con la tendencia descendente de las ventas de bebidas alcohólicas *per capita* que ha pasado

de 108,4 litros anuales en 1993 a 90,1 litros en 2002. En 2001 un 8,6% de los españoles de 15-64 años eran bebedores abusivos o problemáticos, englobando bajo esta denominación a los que consumen más de 50 (mujeres) ó 60 (hombres) gramos de alcohol/día.

■ Globalmente, en los últimos años han disminuido los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas ilegales, en especial el número anual de muertes por reacción aguda a drogas (que en seis grandes ciudades pasó de 557 en 1992 a 267 en 2001) y de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana —VIH— en inyectores de drogas (que pasó de 12.000-15.000 en 1985-1987 a menos de 1.000 a finales de los noventa). Estos hechos se relacionan muy probablemente con el descenso del número de inyectores y con la expansión de los tratamientos de mantenimiento con metadona y otros programas de reducción del daño. Por otra parte, la disminución de la importancia atribuida por la población al problema de las drogas se debe probablemente en gran medida a la disminución del número de inyectores, y a la disminución de las muertes, infecciones y eventos violentos relacionados con el consumo de drogas. No obstante, los problemas graves no han desaparecido. De hecho, se estima que en 2000 se produjeron en España en torno a 1.000 muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas, y que en 2001 un 34,7% de los inyectores de drogas estaban infectados por VIH.

■ Aunque la heroína continúa siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas detectados en España, están disminuyendo rápidamente tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Además, cada vez es más difícil encontrar consumidores jóvenes de heroína. Todos los indicadores manejados por el OED (indicadores de control de la oferta, consumo en población general y escolar, estimaciones del consumo problemático, tratamientos, urgencias o muertes relacionados con el consumo de heroína) muestran una tendencia descendente. En algunos casos la caída ha sido muy acentuada. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida

por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996 y 7.461 en 2001, y el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opiáceos en seis grandes ciudades, pasó de 544 en 1992 a 391 en 1996 y 235 en 2001. Finalmente, se está produciendo un importante descenso del uso de la inyección para consumir heroína. La proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3% en 1991 a 17,5% en 2001. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”). En 2001, sólo cuatro Comunidades Autónomas (Navarra, Aragón, Cantabria y Baleares) estaban por encima del 40% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento que usaban preferentemente la heroína por inyección.

■ La cocaína es la segunda droga ilegal en España en cuanto al volumen de problemas generados. En los últimos años han aumentado tanto el consumo como los problemas asociados. Todos los indicadores manejados por el OED son consistentes a la hora de mostrar el aumento. Por ejemplo, la prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre los estudiantes de 14-18 años pasó de 2,6% en 1996 a 6,0% en 2002, el número de tratados por primera vez en la vida de 932 en 1992 a 1.892 en 1996 y 5.977 en 2001. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas en que se menciona cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 44,4% en 2001, y la proporción de muertes por reacción aguda a drogas en que se detecta sólo cocaína de menos de 1% en 1983-1989 a 8,3% en 2001. Por otra parte, en España podría estar aumentando el uso problemático de cocaína fumada (generalmente, cocaína-base o *crack*). De hecho, entre 1991 y 2001 los tratamientos por *crack* pasaron de 188 a 2.296 casos anuales, y la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas con mención de esta sustancia de 4,3% en 1991 a 12,3% en 2001.

■ Se aprecia también un aumento de los tratamientos por abuso o dependencia de cánnabis (que pasaron de 1.613 en 1996 a 3.674 en

2001) y de la presencia de cánnabis en las urgencias hospitalarias y las muertes por reacción aguda a drogas, aunque es preciso estudiar con mayor detenimiento el papel del cánnabis en estos eventos.

- No es posible apreciar una tendencia clara del consumo de anfetaminas o de éxtasis a partir de las encuestas, aunque el primero pudiera estar estabilizado o en descenso, y el segundo en ligero ascenso. Un comportamiento parecido se aprecia en el caso de los problemas asociados al consumo de estas drogas. De hecho, el número de tratamientos por abuso o dependencia de éxtasis pasó de 226 en 1996 a 335 en 2001, y el de anfetaminas de 319 en 1996 a 255 en 2001, mientras que la proporción de urgencias por reacción aguda a drogas en que se menciona éxtasis pasó de 1,6% en 1996 a 5,2% en 2001, y la proporción en que se menciona anfetaminas de 3,1% en 1996 a 4,6% en 2001.

- Ha descendido o se ha mantenido estable el consumo de LSD y otros alucinógenos. Los problemas detectados en España en relación con el consumo de estas drogas son escasos y se han mantenido relativamente estables en los últimos años.

- Están comenzando a detectarse problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias, principalmente Gamma-hidroxi-butilato (GHB) y ketamina.

- Es posible que hayan aumentado los problemas por opiáceos diferentes a heroína, principalmente metadona; pero son necesarios estudios y análisis más detallados para afirmarlo con rotundidad. Por ejemplo, la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a drogas ha aumentado desde 1996, pero el número de muertes de este tipo en que sólo se encuentra metadona sigue siendo escaso (2,7% en 2001).

- Han aumentado los problemas relacionados con el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos). El número de tratamientos por abuso o dependencia de estas sustancias ha pasado de 186 en 1996 a 469 en 2001; la proporción de mención de hipnosedantes en

las urgencias por reacción aguda a drogas de 25,7% en 1986 a 32% en 2001, y la detección de estas sustancias en las muertes directamente relacionadas con las drogas de 43,8% en 1996 a 52,7% en 2001. En la inmensa mayoría de los casos, los hipnosedantes consumidos son benzodiazepinas. Sin embargo, con el paso del tiempo ha cambiado el tipo de benzodiazepina más consumida. Hace unos años, la preferida por los consumidores problemáticos era el flunitrazepam (Rohipnol[®]); en cambio, actualmente la benzodiazepina que se encuentra con mayor frecuencia entre los admitidos a tratamiento por estas sustancias, y la que se menciona con mayor frecuencia en las urgencias por reacción aguda a drogas es el alprazolam (Trakimazin[®]).

- Entre los consumidores de sustancias psicoactivas está extendido el fenómeno del policonsumo —consumo de varias drogas mezcladas, simultáneamente, o de forma consecutiva en un período de tiempo dado—. Así, en 2001, la mayoría de las personas que habían consumido cocaína en los últimos 12 meses habían consumido también en el mismo período alcohol (95,2%), tabaco (89,2%) o cánnabis (79,3%), y una proporción considerable anfetaminas (41,6%), éxtasis (39,7%) o alucinógenos (21,7%). El fenómeno del policonsumo está probablemente creciendo, y complica cada vez más la atribución a una droga concreta de algunos problemas como las urgencias o las muertes por reacción aguda a drogas.

2 En lo que se refiere a los programas de prevención, se continúa sistematizando la información referida a los mismos, en los diferentes ámbitos de actuación. En este Informe nº 6 se ofrecen datos sobre los programas de prevención con menores en situación de riesgo, así como aquellos relacionados con la ocupación del ocio y el tiempo libre. En el primer caso, la Administración Local es la responsable del 75% de los programas que se realizan, y la Administración Autonómica del 25% restante. El mayor número de estos programas se dirige a jóvenes de entre 14 y 16 años, habiendo participado en los mismos en 2001, según los datos facilitados, 11.276 menores.

En cuanto a los programas de prevención relacionados con el ocio y el tiempo libre, hay que señalar que los adolescentes son el grupo de población más implicado en los mismos y que, en el año 2001, han participado un total de 541.846 personas.

3 Respecto a los programas de incorporación social, destacan los programas de formación, con una participación de 15.189 personas, y los programas de integración laboral, con 4.772.

4 En lo que atañe al control de la oferta de drogas, destaca el gran incremento en las incautaciones de éxtasis (de 860.164 pastillas en 2001 a 1.396.142 en 2002), y aumentos menores en hachís y *speed*. Con respecto a 2001, han descendido las incautaciones de heroína, cocaína y LSD. Por otra parte, los detenidos por tráfico de drogas y los denunciados por consumo y/o tenencia ilícita se han mantenido en 2002 en magnitudes parecidas a las del año precedente.

2

Indicadores sociológicos y patrones de consumo

2.1. ENCUESTAS DOMICILIARIAS SOBRE CONSUMO DE DROGAS, 1995-2001

La *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001* continúa la serie de encuestas realizadas en 1995, 1997 y 1999 por iniciativa de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, 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.

En la *Encuesta Domiciliaria de 2001*, al igual que en la del año 1999, se mantuvieron las innovaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo probabilístico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre dichas encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

Se ofrece a continuación un resumen de los resultados de la *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001*, así como la evolución de la situación desde 1995.

Metodología

■ Universo

El universo fue la población residente en el territorio español, incluidas las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, ambos inclusive (27.488.377 personas).

■ Tamaño y distribución de la muestra

La muestra se diseñó para obtener estimaciones a escala nacional y autonómica, aunque en este último caso los errores muestrales son mayores y varían en función del número de personas entrevistadas en cada Comunidad. Si bien inicialmente estaban previstas 9.000 entrevistas, finalmente se realizaron 14.113, porque algunas Comunidades Autónomas financiaron un aumento de las inicialmente asignadas a su territorio.

El número de entrevistas realizadas en cada Comunidad Autónoma no fue proporcional a su población, asignándosele a las Comunidades más pequeñas un mayor número de entrevistas del que le hubiese correspondido para mejorar la precisión de sus estimaciones. Tampoco se realizó una distribución proporcional de la muestra por edad, sino que se aumentó el peso del estrato de 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 de España superó los 1.100 en cada grupo quinquenal hasta la edad de 39 años, y los 900 en cada grupo entre los 40 y los 64 años. Esta distribución desproporcional de la muestra por edad y Comunidad Autónoma no permite agregar directamente los resultados, por lo que fue necesario ponderarlos. Para ello se calcularon 380 coeficientes de ponderación distintos (19 Comunidades x 10 grupos quinquenales de edad x 2 categorías de sexo) y a cada entrevista se le asignó su coeficiente o peso correspondiente. La ponderación por sexo se realizó porque se observó una proporción de mujeres encuestadas ligeramente superior a la que le hubiese correspondido en un reparto proporcional.

■ Procedimiento de muestreo

En cada Comunidad o ciudad autónoma el muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades de primera etapa (secciones censales) de forma aleatoria proporcional. Se seleccionaron 1.227 secciones censales de 519 municipios.

La selección de las unidades de segunda etapa (hogares) se realizó mediante muestreo por rutas aleatorias. En cada sección censal seleccionada se realizaron algo más de 10 entrevistas, lo que obligó a seleccionar aproximadamente 20 hogares porque en el 50% de los mismos la encuesta fue irrealizable. Para seleccionar los hogares, se utilizó el callejero de la sección, incluyendo todas las calles, portales y escaleras y se dibujó una ruta que pasaba por todos ellos. Posteriormente, partiendo de un hogar considerado punto de arranque para cada sección, se siguió la ruta marcada en el croquis, recorriendo las escaleras de los distintos portales, de arriba abajo, y se eligió un hogar, sumando al primero seleccionado, una frecuencia de intervalo dada.

Finalmente, los entrevistados dentro de los hogares fueron seleccionados aplicando una tabla de números aleatorios a la lista de componentes del hogar. Como había que dar mayor probabilidad de estar en la muestra a la población de 15-39 años fue necesario construir tablas *ad hoc* con los datos del Instituto

Nacional de Estadística sobre composición de hogares. Los hombres y las mujeres se seleccionaron de forma proporcional al número de efectivos. En la hoja individual de contacto de cada hogar se incluyó la tabla de números aleatorios correspondiente.

En este diseño muestral no se admitieron sustituciones ni de hogares ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables (aproximadamente un 50%): negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc., se sobredimensionó la muestra. Si el hogar estaba deshabitado, se intentó confirmar esta circunstancia con los vecinos antes de pasar al hogar siguiente. Si el seleccionado estaba ausente, el entrevistador realizó como mínimo tres visitas en horarios y días diferentes antes de abandonar ese hogar y pasar al siguiente.

■ Cuestionario

Se utilizó un cuestionario estándar muy similar al utilizado en 1997 y 2001, constituido en su mayor parte por preguntas cerradas. En él se incluyeron preguntas sociodemográficas, estado de salud percibido, seguridad ciudadana, riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, dificultad percibida para conseguir las distintas drogas, opinión sobre la importancia de los problemas de drogas en su zona de residencia, visibilidad de algunas situaciones relacionadas con el consumo de drogas, opinión sobre distintas medidas para resolver el problema de las drogas ilegales, etc. Sin embargo, la mayor parte de las preguntas estaban destinadas a medir el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de comercio ilegal (cánnabis, éxtasis, cocaína en polvo, base o *crack*, anfetaminas o *speed*, alucinógenos, heroína, otros opiáceos, inhalables volátiles).

Para cada una de las drogas ilegales se preguntó por el consumo alguna vez en la vida, edad de primer consumo, número de días de consumo en los 12 meses y 30 días previos a la encuesta, y en el caso de la heroína y la cocaína, si se las había inyectado. Además, se preguntó por el consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta médica alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses. En el caso del

alcohol, se incluyeron, además de las preguntas señaladas para las drogas ilegales, la frecuencia de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días en que tomó 5 ó más vasos/copas de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, la frecuencia de consumo en el mismo período de los distintos tipos de bebidas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los fines de semana (viernes, sábado y domingo) y durante los días laborables, y el número de vasos/copas de cada tipo de bebida tomados cada fin de semana completo, y cada día laborable. En el caso del tabaco, se preguntó por el número de cigarrillos, puros y pipas consumidos diariamente, y por el tiempo que había fumado.

Las preguntas sobre consumo de drogas fueron autocumplimentadas por el entrevistado con papel y lápiz, salvo cuando el encuestado era incapaz de leer o padecía problemas físicos o psicológicos, en cuyo caso se administraron por el entrevistador. Durante la cumplimentación el trabajador de campo se retiraba a un lugar donde no podía ver las respuestas del encuestado, y cuando éste terminaba introducía el cuadernillo en un sobre cerrado, para garantizar la confidencialidad de la información. El resto de las preguntas fueron administradas mediante entrevista cara-a-cara. La administración del cuestionario duró por término medio 40-50 minutos.

■ Análisis

Como el intervalo de edad del universo de las distintas encuestas fue diferente (15 años o más en 1995, 15-65 años en 1997 y 1999, y 15-64 años en 2001), para asegurar la comparabilidad de los datos se restringió el análisis a los casos de 15-64 años en las cuatro encuestas. Por otra parte, la metodología de la encuesta de 1995 fue bastante diferente a la de las tres restantes, por lo que las comparaciones han de hacerse con cautela.

Para obtener los resultados que se muestran a continuación se realizó un análisis univariable y bivariable, calculando las prevalencias de consumo para varios períodos de tiempo, dependiendo del tipo de sustancia: alguna vez

en la vida, 12 meses previos a la encuesta (últimos 12 meses), 30 días previos a la encuesta (últimos 30 días), todas las semanas o todos los días durante los últimos 12 meses o los últimos 30 días, etc. Salvo que se indique lo contrario, los valores desconocidos (no sabe/no contesta), no se eliminaron del denominador.

Resultados y conclusiones

■ Principales tendencias durante el periodo 1995-2001

1 Aumentó bastante el consumo de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis y anfetaminas) y cánnabis (Tabla 2.1.1), debido principalmente a los jóvenes de 15-34 años, sobre todo a los varones.

2 Aumentó ligeramente el consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes/somníferos sin receta, sobre todo en los últimos años de la década (Tabla 2.1.1). Para el alcohol el mayor aumento relativo correspondió al consumo diario, debido sobre todo al aumento entre las mujeres de todas las edades y entre los varones más jóvenes (15-24 años). Se mantuvo estable la proporción de bebedores más problemáticos (más de 60 g diarios de alcohol en hombres y más de 50 g en mujeres).

3 Descendió el consumo de heroína, lo que es coherente con los resultados de algunos indicadores de problemas de drogas, como las admisiones a tratamiento, las urgencias hospitalarias o las muertes relacionadas con las drogas.

4 Fue incierta la evolución del consumo de alucinógenos, inhalables volátiles y *crack*, aunque siguen siendo drogas poco extendidas entre los españoles.

5 La evolución de la edad media de inicio en el consumo fue desigual según la sustancia: aumentó para heroína, se mantuvo más o menos estable para alcohol y tabaco, y descendió para cocaína y éxtasis. Para el cánnabis la evolución fue más incierta, aunque en los últimos años parece estar también descendiendo (Figura 2.1.1).

6 Disminuyeron mucho las diferencias entre hombres y mujeres en el hábito de fumar tabaco. De hecho, en 2001 entre los jóvenes de 15-29 años no había ya apenas diferencias por género en la proporción de fumadores diarios. Igualmente, disminuyeron las diferencias por género en la edad de inicio de consumo de tabaco. En 2001 los hombres de 15-29 años se iniciaron algo más tempranamente que las mujeres de la misma edad (15,4 y 15,7 años, respectivamente), mientras que entre la población de 15-18 años la edad de inicio fue similar (14,3 años y 14,2 años, respectivamente).

7 Aumentó la sensibilización de la población sobre el riesgo que supone el consumo de las distintas drogas, excepto en lo referido al consumo diario e intenso de alcohol (consumir 5 ó 6 cañas/copas cada día).

8 Disminuyó la dificultad de acceso percibida a las distintas sustancias, sobre todo al cannabis.

9 Disminuyó la importancia atribuida al problema de las drogas ilegales en el medio residencial.

10 Disminuyó la visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el consumo de heroína o la inyección de drogas, como la proporción de españoles que encuentran con frecuencia jeringuillas en el suelo, personas inyectándose drogas, personas fumando drogas en papel de aluminio o personas drogadas caídas en el suelo.

11 Las intervenciones valoradas más positivamente por la población para resolver el problema de las drogas continuaron siendo la educación escolar sobre las drogas, el tratamiento voluntario para dejarlas, el control policial y aduanero, las campañas publicitarias sobre el riesgo del consumo, las leyes estrictas contra las drogas y la administración médica de metadona a los consumidores de heroína. Sin embargo, ganaron apoyo algunas intervenciones no convencionales como el tratamiento obligatorio para dejar la droga, la administración médica de heroína a los que han fracasado en otros tratamientos, la legalización del hachís, la marihuana y otras drogas.

■ Consumo de bebidas alcohólicas

PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO

El alcohol es la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. De hecho en 2001, un 77,4% de la población de 15-64 años la había consumido alguna vez en los últimos 12 meses, un 63,8% en los últimos 30 días, un 47,8% todas las semanas en los últimos 12 meses y un 15,3% diariamente en el mismo período (Tabla 2.1.1). En el período 1997-2001 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se mantuvo prácticamente estable (89,9% en 1997 y 88,8% en 2001), y lo mismo sucedió con la prevalencia de consumo semanal (48,5% en 1997, 46,7% en 1999 y 47,8% en 2001), en cambio, aumentó la prevalencia de consumo en los últimos 30 días (60,7% en 1997 a 63,8 % en 2001) y la de consumo diario (12,9% de 1997 a 15,3% en 2001), (Tabla 2.1.1).

DIFERENCIAS SEGÚN EDAD Y SEXO

La prevalencia de consumo diario de alcohol tiende a aumentar fuertemente con la edad tanto entre los hombres como entre las mujeres. Sin embargo, esto no sucede con el consumo semanal o mensual. De hecho, entre las mujeres las mayores prevalencias de consumo semanal o mensual se encuentran en el grupo 20-29 años, y entre los hombres en el grupo 20-39 años (Tablas 2.1.2, 2.1.3 y 2.1.4).

Las prevalencias de consumo son mucho más elevadas entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad (Tablas 2.1.2, 2.1.3 y 2.1.4). De hecho, en 2001 las diferencias absolutas alcanzaron los 25 puntos porcentuales en las prevalencias mensuales y semanales, y aproximadamente 15 puntos en el caso de las prevalencias diarias.

Salvo en el caso del consumo diario, las prevalencias de consumo de hombres y mujeres tienden a acercarse a medida que disminuye la edad. De hecho, en 2001 el cociente hombre/mujer para la prevalencia de consumo mensual fue de 1,5 en el grupo 15-19 años y 2,2 en el grupo 35-64 años. Por otra parte, dicho cociente es mayor para el consumo más frecuente. Así, en 2001 la prevalencia de consumo mensual fue 1,5 veces mayor entre los hombres, y la prevalencia semanal y diaria, 1,9 y 3,5 veces mayor, respectivamente (Tablas 2.1.2, 2.1.3, y 2.1.4).

Tabla 2.1.1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas (porcentajes). España, 1995-2001.

	Alguna vez en la vida			Alguna vez últimos 12 meses			Alguna vez últimos 30 días			Diariamente ¹						
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
Tabaco	*	68,3	65,1	68,2	*	44,9	43,7	45,5	*	40,6	39,8	41,5	34,8	32,9	32,6	35,1
Alcohol	*	89,9	87,1	88,8	68,2	77,8	74,6	77,4	53,0	60,7	61,7	63,8	14,6	12,9	13,7	15,3
Cánnabis	13,5	21,7	19,5	24,4	6,8	7,5	6,8	9,9	3,1	4,0	4,2	6,5	0,7	0,9	1,1	1,6
Éxtasis	1,9	2,5	2,4	4,2	1,2	1,0	0,8	1,8	0,3	0,2	0,2	0,7				
Cocaína	3,2	3,2	3,1	4,9	1,8	1,5	1,5	2,6	0,4	0,5	0,6	1,4				
Alucinógenos	*	2,6	1,9	2,9	*	0,9	0,6	0,7	*	0,2	0,2	0,2				
Anfetamina/Speed	*	2,5	2,2	3,0	*	0,9	0,7	1,2	*	0,3	0,2	0,6				
Inhalables volátiles	*	0,7	0,6	0,8	*	0,2	0,1	0,1	*	0,1	0,1	0,1				
Heroína	1,0	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,0				
Base/basuco/crack	*	0,4	0,3	0,4	*	0,1	0,2	0,1	*	<0,1	0,1	0,0				

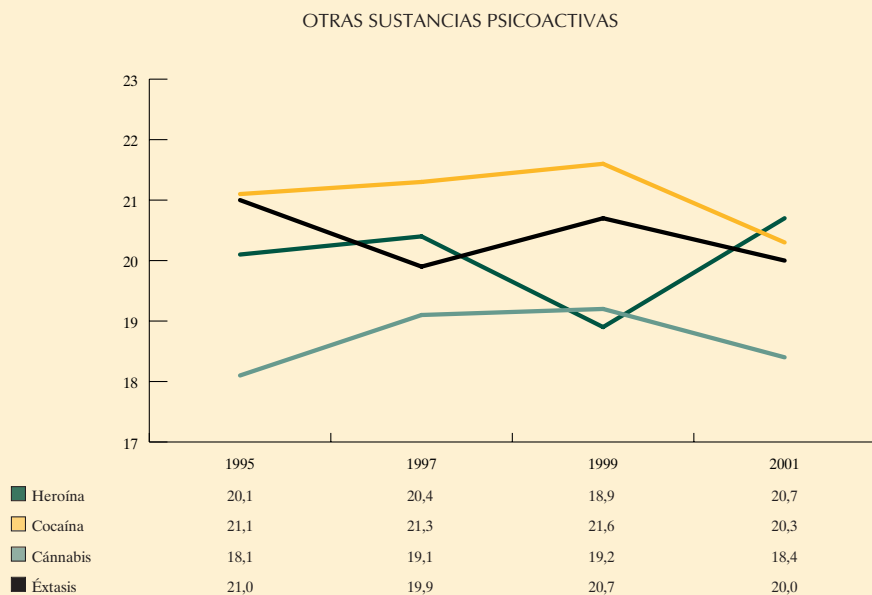
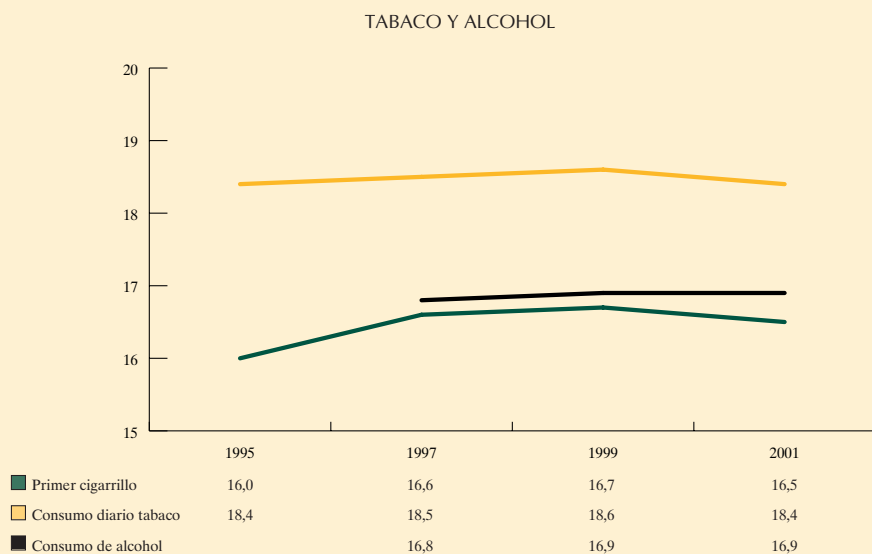
1. Se refiere a los últimos 30 días en el caso del tabaco, y a los últimos 12 meses en el caso del alcohol y el cánnabis. * Datos no disponibles para la Encuesta Domiciliaria de 1995. Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.2. Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días por edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15-19	56,8	37,7	52,8	46,2	54,9	50,9	60,2	49,3
20-24	75,6	53,2	79,1	60,4	76,5	65,3	76,9	57,0
25-29	77,9	46,0	76,9	55,1	77,6	62,6	82,7	62,7
30-34	70,2	39,8	80,3	52,3	79,2	55,7	77,0	55,1
35-39	73,1	42,1	80,3	53,7	83,0	52,0	81,9	56,2
40-64	65,2	29,6	73,3	41,5	74,5	42,1	76,2	45,1
15-64	68,4	38,0	73,3	48,2	74,7	50,7	76,1	51,4
Total	53,0	60,7	61,7	63,8				

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2.1.1. Edad media de inicio del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas. España, 1995-2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.3. Evolución de las prevalencias de consumo semanal de alcohol por edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Consumo todas las semanas en los últimos 12 meses								
Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	35,5	23,3	40,4	31,3	38,3	26,2	38,8	26,0
20-24	55,7	30,3	65,9	43,8	62,1	40,8	58,8	36,3
25-29	58,4	27,2	66,3	35,4	62,6	37,6	68,0	39,0
30-34	57,2	24,3	67,9	33,6	66,9	33,0	61,3	34,5
35-39	60,8	26,5	71,45	34,0	69,9	33,6	67,8	36,4
40-64	57,3	19,6	66,5	30,5	64,0	27,4	67,4	30,2
15-64	54,7	23,4	63,7	33,4	62,0	31,4	62,8	32,7
Total	38,9		48,5		46,7		47,8	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.4. Evolución de las prevalencias de consumidores diarios de alcohol por edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Consumo diario de alcohol en los últimos 12 meses								
Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	2,2	0,5	0,6	0,3	1,6	0,1	3,2	0,4
20-24	5,6	0,9	3,3	1,0	3,9	0,5	6,6	1,5
25-29	13,0	3,2	10,9	2,3	10,5	4,1	4,4	3,2
30-34	23,4	6,6	18,3	3,6	17,9	5,0	17,1	4,6
35-39	31,5	8,4	22,6	6,3	28,8	6,9	27,7	9,4
40-65	37,5	8,5	34,4	9,0	32,5	9,7	37,3	10,6
15-65	23,6	5,8	20,5	5,4	21,1	6,2	23,8	6,8
Total	14,6		12,9		13,7		15,3	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS

En cuanto a la evolución del consumo de cada tipo de bebida, durante el período 1997-2001 lo más relevante fue el descenso de la prevalencia de consumo de vino/champán durante días laborables y fines de semana y el aumento de la prevalencia de consumo de combinados/cubatas durante los fines de semana. Adicionalmente, se observó una cierta tendencia al descenso de la prevalencia de consumo de licores

de fruta y licores fuertes durante días laborables y fines de semana, y del consumo de cerveza/sidra durante días laborables (Tabla 2.1.5).

En 2001 durante los días laborables (lunes, martes, miércoles o jueves) la bebida alcohólica consumida por un mayor número de españoles de 15-64 años fue el vino. De hecho, un 11,5% lo había tomado todos los días laborables durante los últimos 30 días. Esta proporción aumentaba con la edad desde 0,4% en el

grupo 15-18 años, a 2,5% en el grupo 15-29 años, 12,3% en el de 35-39 años y 20,4% en el de 40-64 años. El número medio de vasos de vino consumidos diariamente durante los días que tomaron esta bebida fue 2,7. La segunda bebida con mayor número de consumidores en días laborables fue la cerveza, con un 8,5% de consumidores diarios en los últimos 30 días (Tabla 2.1.6).

En cuanto al fin de semana, las bebidas con mayor número de consumidores fueron de nuevo la cerveza y el vino, si bien en este caso el orden se invierte a favor de la cerveza (un 22% consumió cerveza todos los fines de semana en los últimos 30 días y un 17,5%, vino). El

número medio de vasos, cañas o botellines de cerveza consumidos durante un fin de semana completo fue de 3,7 y el número medio de vasos o copas de vino 3,4 (Tabla 2.1.6).

Se observaron algunas diferencias importantes por edad en cuanto al tipo de bebidas consumidas. Así, entre los 15 y 29 años las bebidas más consumidas fueron los combinados/cubatas (un 22,3% los consumió todos los fines de semana, frente a un 17,5% en la población de 15-64) y la cerveza (consumida por un 21,8%). El consumo de vino en fin de semana, en cambio, estaba menos extendido en este grupo de edad que en la población de 15-64 años (7,5% frente a 17,5%) (Tabla 2.1.6).

Tabla 2.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y en fines de semana durante los últimos 30 días, por tipo de bebida (porcentajes). España, 1997-2001.

	Alguna vez en días laborables (lunes, martes, miércoles o jueves)			Alguna vez en fin de semana (viernes, sábado o domingo)		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001
Vino/champán	23,5	22,5	21,6	33,4	30,6	30,7
Cerveza/sidra	23,2	22,8	24,5	39,5	36,5	39,7
Aperitivos/vermut	2,0	1,8	2,4	7,3	5,3	6,5
Combinados/cubatas	4,2	3,6	4,2	23,4	23,5	26,1
Licores de frutas	1,8	1,8	1,5	6,9	5,5	5,4
Licores fuertes	2,7	2,4	2,3	7,0	6,7	5,8

Tabla 2.1.6. Prevalencia e intensidad de consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días en días laborables y en fines de semana, por tipo de bebida y grupo de edad. España, 2001.

	Días laborables (lunes, martes, miércoles o jueves)				Fines de semana (viernes, sábado o domingo)			
	Prevalencia de consumo (%)		Nº medio bebidas ¹		Prevalencia de consumo (%)		Nº medio bebidas ²	
	15-64	15-18	15-29	15-64	15-64	15-18	15-29	15-64
Vino/champán	11,5	0,4	2,5	2,45	17,5	2,8	7,5	3,37
Cerveza/sidra	8,5	1,0	4,9	2,24	22,0	13,4	21,8	3,74
Aperitivos/vermut	0,2	0,0	0,1	1,47	1,8	0,8	1,7	1,82
Combinados/cubatas	0,4	0,1	0,2	1,92	11,9	18,4	22,3	3,57
Licores de frutas	0,1	0,0	0,1	1,85	1,0	1,2	1,4	2,05
Licores fuertes	0,7	0,0	0,2	1,65	2,5	2,1	2,6	2,62

1. Se refiere al número medio diario de vasos, cañas o copas de cada bebida consumidas por los encuestados cada día laborable que han tomado esa bebida, durante los últimos 30 días.

2. Se refiere al número medio de vasos, cañas o copas de cada bebida consumidas por los encuestados cada fin de semana completo que han tomado esa bebida, durante los últimos 30 días.

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

En 2001, la edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los que habían consumido alguna vez en su vida se situó en 16,9 años, habiendo permanecido prácticamente estable entre 1997 y 2001 tanto en los hombres como en las mujeres (Figura 2.1.1). El intervalo de edad en que se inició con mayor frecuencia el consumo fue el de 15-19 años. Más de un 60% de la población mayor de 19 años y un 67,1% de los jóvenes de 20-24 años lo iniciaron en este intervalo. Por otra parte, más de la cuarta parte de los españoles de 15-19 años (27,5%) tuvo su primer contacto con el alcohol antes de los 15 años, proporción que baja hasta un 21,1% en el grupo 20-24 años y un 12,4 % en los mayores de 39 años (Tabla 2.1.7).

La edad media de inicio fue aproximadamente dos años más baja en los hombres que en las mujeres, si bien estas diferencias disminuyen conforme lo hace la edad. Así, en el grupo 40-64 años la edad de inicio fue 2,9 años más alta en las mujeres; mientras que en el grupo de 15-19 años no se observó ninguna diferencia (tanto los hombres como las mujeres se iniciaron como media a los 15 años) (Tabla 2.1.7).

INTOXICACIONES ETÍLICAS AGUDAS (BORRACHERAS)

Un 18,4% de los encuestados en 2001 se había emborrachado durante los últimos 12 meses con diversa frecuencia. La prevalencia en hombres (26,2%) fue más del doble que en mujeres (10,5%). La mayor prevalencia anual de borracheras se observó en el grupo 15-29 años, en el que un 37,7 % de los varones y un 20,3% de las mujeres se habían emborrachado alguna vez. Por su parte, la mayor prevalencia semanal se halló entre los 15 y 34 años de edad (2,5%) y la mayor prevalencia diaria entre los 35 y 64 años (1,1% de los hombres y 0,2% de las mujeres) (Tabla 2.1.8).

Entre 1997 y 2001 disminuyó ligeramente la prevalencia anual de borracheras entre la población de 15-64 años, pasando de 19,5% a 18,4%. Esta disminución se debió sobre todo al descenso en la población de 15-29 años (donde pasó de 31,7% a 29,2%). En cambio, en la población de 30-64 años aumentó ligeramente. Tanto el descenso en la población de 15-29 años como el ascenso en la de 30-64 años fue de mayor importancia relativa en las mujeres que en los hombres (Tabla 2.1.9).

Tabla 2.1.7. Evolución de la edad media de inicio al consumo de alcohol (años) por grupo de edad y sexo. España, 1997-2001.

Grupo de edad	1997		1999		2001	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	14,6	15,0	14,9	15,0	15,0	15,0
20-24	15,3	16,2	15,4	16,2	15,7	16,4
25-29	15,5	16,6	15,7	16,6	15,8	16,4
30-34	15,7	17,1	15,9	17,2	16,1	17,1
35-39	16,0	17,7	16,0	17,3	16,1	17,6
40-64	16,6	19,8	16,8	19,4	16,6	19,5
15-64	15,9	17,8	16,1	17,7	16,1	17,8
Total	16,8		16,9		16,9	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.8. Prevalencias de borracheras en los últimos 12 meses, según edad y sexo. España, 2001.

	Alguna vez	Semanalmente	Diariamente
15-34 años			
Hombre	37,6	3,6	0,4
Mujer	17,9	1,4	0,1
Total	26,9	2,5	0,3
35-64 años			
Hombre	17,9	2,3	1,1
Mujer	4,3	0,9	0,2
Total	11,0	1,6	0,6
15-64 años			
Hombre	26,2	2,9	0,8
Mujer	10,5	1,9	0,2
Total	18,4	2,0	0,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.9. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, según edad y sexo. España, 1997-2001.

Grupo edad	1997			1999			2001		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
15-18	24,5	26,7	22,2	21,9	25,0	18,3	22,1	26,0	18,2
15-29	31,7	39,9	23,1	32,6	39,6	25,3	29,2	37,7	20,3
30-64	12,3	19,9	4,9	12,4	20,2	4,7	12,7	20,0	5,5
15-64	19,5	27,5	11,5	19,3	27,0	11,6	18,4	26,2	10,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

TIPOLOGÍA DE BEBEDORES Y CONSUMO ABUSIVO O PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Para estimar la cantidad de alcohol ingerido por las personas encuestadas se utilizó, al igual que en 1999, la metodología de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta metodología calcula el número medio de UBEs (Unidad Bebida Estándar) ingeridas diariamente, de acuerdo con las siguientes equivalencias:

Un vaso o caña de cerveza/ sidra/
vino/champán/aperitivo/vermut = 1 UBE
Una copa o consumición de destilados = 2 UBEs
Se considera que una UBE equivale a 12,5-25 ml/cc
o a 0,8-20 gramos de alcohol.

La estimación se hizo teniendo en cuenta la frecuencia y cantidad de las distintas bebidas ingeridas durante los últimos 30 días tanto en fines de semana (viernes+sábado+domingo) como en días laborables. Una vez estimada la cantidad media de gramos de alcohol consumida diariamente se clasificó al encuestado en una categoría de la tipología que figura en la Tabla 2.1.10. Los consumidores altos más los excesivos más los de gran riesgo se suelen denominar consumidores problemáticos o abusivos. Por lo tanto, a continuación se utilizará esta denominación para referirse a los hombres que consumen por término medio más de 60 gramos de alcohol puro/día y a las mujeres que consumen más de 50 gramos de alcohol puro/día.

Tabla 2.1.10. Tipología de bebedores según los gramos de alcohol puro consumidos diariamente.

	Hombre (g alcohol/día)	Mujer (g alcohol/día)
Abstemio	0	0
Ligero	0,8 – 20	1 – 25
Moderado	21 – 60	26 – 50
Alto	61 – 80	51 – 75
Excesivo	81 – 120	76 – 100
Gran riesgo	>120	>100

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Encuesta Domiciliaria de 2001 pone de manifiesto que el 8,6% de la población española de 15-64 años mantiene hábitos de consumo de alcohol abusivo o problemático. Desagregando por edad, se observa que las mayores prevalencias de consumo problemático aparecen en los grupos 25-29 años (12,5%), 20-24 años (10,1%) y 35-39 años (9,9%) (Tabla 2.1.11). Por sexo se observa que este consumo problemático está casi tres veces más extendido entre los hombres (12,4%) que entre las mujeres (4,7%). Las diferencias entre hombres y mujeres no son grandes en el grupo de 15-19 años, pero aumentan conforme lo hace la edad (Tabla 2.1.12).

Entre 1977 y 2001 el número de bebedores problemáticos se mantuvo estable, si bien, se aprecia un descenso en la proporción de

“bebedores de gran riesgo” (3,3% en 1997 frente al 2% en 2001), en tanto que aumentó la proporción de “bebedores altos”, que pasó de 2,8% a 3,9%. Este fenómeno fue especialmente perceptible en los varones (Tabla 2.1.13).

CONSUMO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Se observaron importantes diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol entre las distintas Comunidades Autónomas (Tabla 2.1.14). Las mayores prevalencias se registraron en el País Vasco (74,5%), La Rioja (74,0%) y Navarra (70,2%), y las menores en Canarias (53,5%), Ceuta (58,5%), Melilla (59,1%) y Galicia (59,6%). En el resto de las Comunidades las prevalencias se situaron entre el 60% y el 70%.

También se apreciaron grandes diferencias en el consumo abusivo o problemático de alcohol según Comunidad Autónoma, con una diferencia de casi 15 puntos porcentuales entre la Comunidad con mayor prevalencia (País Vasco: 17,5%) y la Comunidad con menor prevalencia (Asturias: 2,7%). Tenían prevalencias de consumo abusivo claramente superiores a la media nacional (8,6%), además del País Vasco, la Comunidad Valenciana (12,3%), Castilla y León (11,7%), Navarra (10,8%) y Aragón (10,4%), y prevalencias claramente inferiores a la media, además de Asturias, Canarias (3,6%), Ceuta (5%), Cataluña (5,4%), Cantabria (5,7%), Melilla (5,8%), Baleares (6,4%) y La Rioja (6,6%). El resto de las Comunidades tenían prevalencias próximas a la media (Figura 2.1.2).

Tabla 2.1.11. Prevalencia de los distintos tipos de bebedores por grupo de edad (porcentaje). España, 2001.

	15-64	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-64
Abstemio	36,8	46,3	33,5	27,7	34,5	31,5	40,1
Ligero	37,2	33,5	34,5	38,9	40,8	42,0	36,0
Moderado	17,4	13,1	21,9	20,8	16,6	16,5	16,7
Alto	3,9	3,5	4,3	6,3	3,5	4,2	3,2
Excesivo	2,7	1,6	3,2	3,4	3,0	3,5	2,2
Gran riesgo	2,0	2,0	2,6	2,8	1,7	2,2	1,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.12. Prevalencia de los distintos tipos de bebedores en la población española de 15-64 años por grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 2001.

	15-64		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Abstemio	24,2	49,5	40,9	52,1	23,7	43,7	17,6	38,3	23,3	45,7	18,5	44,7	24,1	55,8
Ligero	36,2	38,1	31,8	35,2	31,8	38,1	36,0	41,8	39,8	41,8	43,2	40,9	36,0	36,0
Moderado	27,2	7,7	19,1	6,8	32,2	11,2	29,7	11,5	25,3	7,9	24,7	8,3	28,2	5,6
Alto	5,0	2,8	3,3	3,7	5,1	3,6	7,4	5,2	4,0	3,0	5,4	3,1	4,8	1,7
Excesivo	4,5	0,8	2,9	0,3	5,2	1,0	5,6	1,2	5,6	0,4	4,6	2,3	4,0	0,4
Gran riesgo	2,9	1,1	2,0	1,9	2,9	2,3	3,6	2,0	2,1	1,2	3,6	0,8	2,8	0,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.13. Evolución de la prevalencia de los distintos tipos de bebedores en la población española de 15-64 años por sexo (porcentaje). España, 1997-2001.

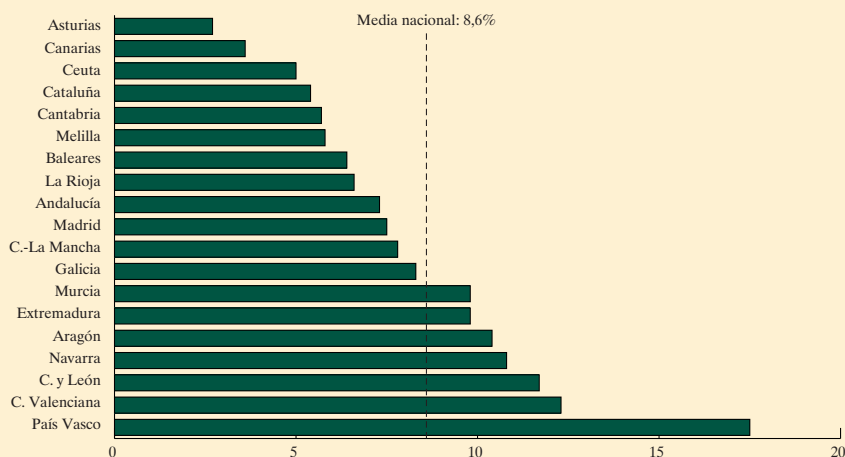
	Total						Hombre			Mujer		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001	1997	1999	2001	1997	1999	2001
Abstemio	37,5	39,2	36,8	25,2	26,5	24,2	49,7	52,1	49,5	36,8	36,8	38,1
Ligero	38,0	36,2	37,2	36,7	35,6	36,2	39,2	36,8	38,1	36,8	36,8	38,1
Moderado	16,0	18,2	17,4	25,4	28,7	27,2	6,5	7,5	7,7	2,0	2,0	2,8
Alto	2,8	2,7	3,9	3,6	3,4	5,0	0,9	0,7	0,8	1,6	1,0	1,1
Excesivo	2,5	2,1	2,7	4,1	3,5	4,5	0,9	0,7	0,8	1,6	1,0	1,1
Gran riesgo	3,3	1,6	2,0	5,0	2,2	2,9	1,6	1,0	1,1	1,6	1,0	1,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.14. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad, según Comunidad Autónoma (porcentajes). España, 2001.

	Total	Grupo de edad							
		H	M	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-64
Andalucía	62,7	76,7	48,7	51,7	61,7	74,8	64,0	70,3	59,4
Aragón	66,4	76,9	55,6	77,2	77,2	72,9	65,7	71,7	57,5
Asturias	68,8	78,8	58,0	54,9	74,4	62,4	71,6	89,2	65,3
Baleares	61,2	72,9	49,2	54,0	68,1	64,5	59,7	68,0	57,8
Canarias	53,5	65,3	41,5	53,7	55,1	55,3	44,0	50,6	55,4
Cantabria	66,5	76,3	56,7	70,0	60,3	69,6	62,8	78,1	62,7
C.-La Mancha	60,7	74,5	46,5	53,6	71,2	71,5	60,8	61,9	55,1
C. y León	66,9	81,5	51,8	53,1	67,5	79,1	73,6	67,5	64,6
Cataluña	61,1	70,4	51,8	43,8	62,7	76,5	64,7	66,9	57,2
C. Valenciana	63,6	76,0	51,2	58,2	70,5	69,8	73,4	70,8	56,3
P. Vasco	74,5	85,7	63,2	78,4	77,5	82,8	80,6	72,7	69,5
Extremadura	60,2	76,7	42,9	45,2	79,2	64,2	69,4	57,7	54,5
Galicia	59,6	77,7	41,8	36,7	57,1	62,9	52,3	67,5	64,4
La Rioja	74,0	86,9	60,6	68,2	86,0	78,3	79,8	71,4	70,3
Madrid	67,2	78,2	56,6	62,2	72,1	76,4	69,2	69,2	62,0
Murcia	64,9	76,0	53,7	61,0	68,9	69,9	70,0	73,7	59,3
Navarra	70,2	79,2	60,9	58,0	79,4	73,1	65,3	74,1	69,4
Ceuta	58,5	70,2	48,2	63,6	50,0	54,5	47,5	90,5	52,4
Melilla	59,1	61,7	55,8	20,2	51,5	65,2	77,1	50,0	69,6

Figura 2.1.2. Prevalencia de bebedores abusivos* en la población española de 15-64 años según Comunidad Autónoma (porcentajes). España, 2001.



* Con el término bebedor abusivo o problemático se alude al consumo de más de 60 g de alcohol puro/día por parte de los hombres y al consumo de más de 50 g de alcohol puro/día por parte de las mujeres.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

■ Consumo de tabaco

PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO

En 2001 un 68,2% de los españoles de 15-64 años había probado en alguna ocasión el tabaco, un 45,5% lo había consumido en los últimos 12 meses, un 41,5% en los últimos 30 días y un 35,1% había fumado diariamente en este último período.

En cuanto a las tendencias temporales del consumo, se aprecia claramente que en el período 1999-2001 se rompió la tendencia al descenso de las prevalencias de consumo y se observa un claro aumento de las mismas, sobre todo de la prevalencia de consumo diario (Tabla 2.1.1).

CONSUMO SEGÚN SEXO Y EDAD

Globalmente, en 2001 la prevalencia de fumadores diarios fue más alta entre los hombres (40,1%) que entre las mujeres (30,1%). Sin embargo, en el período 1995-2001 se han reducido las diferencias entre hombres y mujeres, porque la prevalencia ha aumentado entre las mujeres y se ha reducido ligeramente entre los

hombres (aunque en el período 1999-2001 se rompe la tendencia a esta reducción de las diferencias) (Figura 2.1.3).

Entre los hombres las menores prevalencias de consumo diario se observaron en el grupo 15-19 años (27% en 2001) y en las mujeres en el grupo 40-64 años (21,6% en 2001). Por su parte, las prevalencias más altas se observaron en el grupo 30-39 años entre los hombres y en el grupo 20-29 años entre las mujeres (Tabla 2.1.15).

Si se observa la evolución de la prevalencia diaria por grupos de edad y sexo, se aprecia que el aumento del consumo entre las mujeres en el período 1995-2001 se debió sobre todo al aumento en el grupo 40-64 años, donde la prevalencia pasó de 14% en 1995 a 21,6% en 2001, y de forma secundaria al aumento del consumo entre las mujeres de 35-39 años. En el resto de los grupos de mujeres el consumo se mantuvo estable o descendió. En cuanto a los varones, se produjo un descenso de la prevalencia de consumo en todos los grupos de edad, salvo en el de 15-19 años, donde aumentó de forma importante en el período 1999-2001 (Tabla 2.1.15).

Figura 2.1.3. Evolución del consumo diario* de tabaco por sexo (porcentajes). España, 1995-2001.



Tabla 2.1.15. Proporción de consumidores diarios* de tabaco por grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	24,5	23,2	18,7	26,8	18,0	23,5	27,0	23,9
20-24	42,4	40,8	42,3	37,0	36,9	35,4	35,5	41,8
25-29	48,0	45,2	44,8	40,7	37,9	38,6	44,6	39,9
30-34	54,2	42,4	52,4	36,9	46,2	35,3	48,3	38,1
35-39	51,5	34,7	47,0	35,6	50,8	37,8	50,6	37,3
40-64	41,6	14,0	39,5	13,7	35,1	20,0	38,2	21,6

* Se refiere al consumo diario en los últimos 30 días.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

La edad media en que se fuma el primer cigarrillo se situó en 2001 en los 16,5 años, habiendo aumentado medio año con respecto a 1995. La edad media de inicio en el consumo diario se retrasa aproximadamente dos años con respecto al consumo del primer cigarrillo (Tabla 2.1.16). Por otra parte, en las cuatro encuestas se aprecia que en el conjunto de la población los hombres comienzan a fumar antes que las mujeres, tanto en lo que se refiere al primer cigarrillo como al consumo diario. Sin embargo, este análisis conjunto puede ser engañoso porque en el grupo de 15-19 años no hay prácticamente diferencias (incluso a partir de 1997 las mujeres se iniciaron en el consumo antes que los hombres), mientras que en el de 40-64 años la edad media de inicio de los hombres fue considerablemente más temprana (Tabla 2.1.16).

Si se observa la evolución temporal de la edad media de inicio en el consumo según edad y sexo, se aprecian dos datos interesantes. En primer lugar, las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la edad de inicio se están reduciendo paulatinamente, sobre todo en el grupo 30-64 años. De hecho, en este grupo la diferencia en la edad media de consumo del primer cigarrillo pasó de 4,7 años en 1995 a 3,1

años en 2001, y la diferencia en el inicio del consumo diario de 5,8 años en 1995 a 2,5 años en 2001. En segundo lugar, se está reduciendo el tiempo medio que transcurre entre el consumo del primer cigarrillo y el inicio del consumo diario. De hecho, entre los hombres en 1995 transcurrían por término medio 2,3 años y en 2001 transcurrían 2 años. Por su parte, entre las mujeres en 1995 transcurrían 2,4 años y en 2001 sólo 1,6 años. Por otra parte, este intervalo de tiempo es menor entre los más jóvenes (15-19 años) que entre la población de más edad (Tabla 2.1.16).

INTENSIDAD DE CONSUMO

En 2001 el número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los fumadores durante los días que fumaron fue 15,4, siendo más elevado entre los hombres (17,3) que entre las mujeres (13,1). La intensidad de consumo es menor entre los jóvenes que en la población de más edad. De hecho, el número medio de cigarrillos/día en los fumadores de 15-29 años fue 13,0 y en los de 15-19 años 10,1 (Tabla 2.1.17).

Entre 1995 y 2001 en la población de 15-64 años la intensidad de consumo se ha mantenido prácticamente estable (15,7 cigarrillos/día en 1997 y 15,4 en 2001). Sin embargo la evolución no ha sido uniforme según género. De

Tabla 2.1.16. Evolución de la edad media de inicio del consumo del primer cigarrillo y del consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad. España, 1995-2001.

Grupo de edad	Edad de consumo del primer cigarrillo						Edad de inicio del consumo diario										
	1995		1997		1999		2001		1995		1997		1999		2001		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
15-19	14,2	14,4	14,3	14,3	14,5	14,6	14,5	14,5	14,5	15,6	15,8	15,5	15,3	15,6	15,4	15,4	15,3
40-64	16,0	20,7	16,8	20,8	16,6	20,4	16,3	19,4	18,7	24,5	19,1	22,5	18,9	22,1	18,6	21,1	18,9
15-64	15,5	16,9	16,0	17,4	16,1	17,5	15,9	17,3	17,8	19,3	18,2	18,9	18,1	19,1	17,9	18,9	18,9
Total	16,0	16,6	16,6	16,7	16,7	16,6	16,5	18,4	18,5	18,6	18,6	18,3	18,3	18,6	18,6	18,3	18,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.17. Evolución del número medio de cigarrillos consumidos diariamente por grupo de edad y sexo. España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995			1997			1999			2001		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	15-18	10,7	8,6	9,7	7,6	10,5	9,2	10,0	8,9	9,5	11,4	8,6
15-29	14,4	10,9	12,7	13,5	11,5	12,5	14,9	12,0	13,4	14,4	11,5	13,0
15-34	15,4	11,7	13,7	14,8	11,9	13,5	15,7	12,6	14,2	15,6	12,0	13,9
15-64	18,0	12,5	15,7	17,1	12,8	15,3	18,0	13,1	16,0	17,3	13,1	15,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

hecho, ha aumentado ligeramente entre las mujeres (pasando de 12,5 a 13,1) y ha disminuido ligeramente entre los hombres (pasando de 18 a 17,3). Por grupos de edad se aprecia una cierta tendencia al crecimiento entre los más jóvenes (por ejemplo, en el grupo 15-19 años el número medio de cigarrillos consumidos diariamente pasó de 9,7 en 1995 a 10,1 en 2001) y un cierto descenso en la población de 35-64 años (Tabla 2.1.17).

CONSUMO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las prevalencias de consumo diario en las diferentes Comunidades Autónomas son bastante parecidas. Algunas Comunidades como Baleares (40,6%), La Rioja (38,3%), Murcia (37,6%) y Ceuta (38,0%) se situaron claramente por encima de la media nacional (35,1%), mientras que Canarias (31,4%), País Vasco (31,1%) Galicia (31,1%) y Melilla (31,5%) se situaron por debajo (Tabla 2.1.18).

Tabla 2.1.18. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco por Comunidades Autónomas (porcentajes). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Andalucía	34,1	34,8	33,3	36,5
Aragón	37,2	34,2	32,5	35,0
Asturias	30,0	33,4	37,9	32,5
Baleares	38,0	32,0	34,3	40,6
Canarias	33,0	29,2	26,8	31,4
Cantabria	36,3	35,2	30,9	34,4
C.-La Mancha	38,4	30,0	35,0	34,0
C. y León	32,1	33,3	32,5	32,3
Cataluña	36,5	32,4	34,7	37,7
C. Valenciana	29,8	32,2	29,8	34,4
P. Vasco	34,1	31,2	27,8	31,1
Extremadura	33,3	34,1	33,6	35,3
Galicia	25,8	30,4	28,5	31,1
La Rioja	36,2	33,2	34,9	38,3
Madrid	41,7	33,5	34,4	36,0
Murcia	37,1	35,7	36,5	37,6
Navarra	40,3	35,3	29,2	35,3
Ceuta	29,2	28,9	32,7	38,0
Melilla	45,7	33,2	41,8	31,5
Total	34,8	32,9	32,6	35,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

■ Consumo de cánnabis

PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO

El cánnabis es la droga ilegal más consumida. En 2001 un 24,4% de los españoles de entre 15 y 64 años la había probado alguna vez, un 9,7% la había consumido en los últimos 12 meses, un 6,5% en los últimos 30 días y un 1,6% a diario en los últimos 30 días (Tabla 2.1.1).

El consumo creció de forma importante en el período 1995-2001, tanto en lo que se refiere a la prevalencia de consumo alguna vez en la vida (que pasó de 13,5% a 24,4%), como en los últimos 12 meses (pasó de 6,8% a 9,9%), en los últimos 30 días (pasó de un 3,1% a 6,5%) o a la prevalencia de consumo diario en los últimos 12 meses (que pasó de 0,7% al 1,6%) (Tabla 2.1.1). Por su parte, la prevalencia de consumo semanal pasó de 2,8% en 1997 a 4,5% en 2001 (Tabla 2.1.22).

CONSUMO SEGÚN EDAD Y SEXO

Si se considera el indicador “consumo alguna vez en la vida”, se observa que en la población de 15-64 años la prevalencia más elevada aparece en el grupo 20-24 años (40,1% en 2001) y la más baja en el grupo 40-64 años (12,1%). Por otra parte, dicha prevalencia fue mucho más alta en varones (31,9% en 2001) que en mujeres (16,9%). El mayor cociente entre la prevalencia

de consumo de los hombres y la de las mujeres se observó en el grupo 40-64 años (donde la prevalencia de los hombres fue 2,7 veces más alta que la de las mujeres), y el menor en el grupo 15-24 años (1,4 veces) (Tabla 2.1.19).

En el período 1995-2001 la prevalencia de consumo aumentó en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Los mayores aumentos relativos se observaron en el grupo de 40-64 años (donde la prevalencia aumentó 4,6 veces) y en el de 15-19 años (con un aumento de 1,8 veces), y los menores en el grupo de 20-29 años (1,4 veces). Por otra parte, el aumento del consumo fue más alto en mujeres (donde aumentó 1,9 veces) que en hombres (1,7 veces), por lo que se ha reducido algo la desigualdad entre géneros (Tabla 2.1.19). Estos datos ponen de manifiesto que en los años más recientes se ha producido un aumento importante de la experimentación con cánnabis, principalmente entre los más jóvenes y entre las mujeres.

Los resultados son parecidos si se considera el consumo en los “últimos 12 meses”. En 2001 en el conjunto de la población de 15-64 años la prevalencia fue mucho más alta en varones (13,8% en 2001) que en mujeres (5,9%). La prevalencia más alta se observó en el grupo 15-19 años (21,5% en 2001) y la más baja en el grupo 40-64 años (2,4%). La desigualdad sexual relativa disminuía claramente con la

Tabla 2.1.19. Evolución de las prevalencias de consumo “alguna vez en la vida” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995			1997			1999			2001		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
15-19	20,6	11,2	16,1	24,8	21,0	22,9	21,1	21,6	21,3	33,9	23,6	28,9
20-24	33,3	20,3	26,8	45,6	26,2	36,1	37,4	27,2	32,4	47,0	32,8	40,1
25-29	34,4	17,2	26,4	49,3	24,1	36,8	37,2	21,7	29,6	47,8	27,5	37,8
30-34	28,2	12,4	20,0	43,8	19,2	31,6	40,4	17,7	29,2	42,9	20,9	32,0
35-39	24,0	9,6	16,7	40,5	18,5	29,5	34,9	16,4	25,7	36,6	19,2	27,9
40-64	3,8	1,6	2,6	13,3	4,8	8,9	12,5	4,6	8,5	17,9	6,5	12,1
15-64	18,3	8,8	13,5	29,0	14,4	21,7	25,2	13,7	19,5	31,9	16,9	24,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

edad, siendo máxima en el grupo 40-64 años (donde la prevalencia de los hombres fue 6,8 veces más alta que la de las mujeres) y mínima en el grupo 15-19 años (1,4 veces más alta en los hombres). En el período 1995-2001 la prevalencia de consumo aumentó en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Los mayores aumentos relativos se observaron en el grupo de 40-64 años (con un aumento de 2,7 veces) y en el de 15-19 años (1,7 veces), y los menores en el grupo de 35-39 años (1,1 veces). El aumento del consumo fue parecido en hom-

bres y mujeres (con aumentos de 1,4 y 1,5 veces, respectivamente) (Tabla 2.1.20).

La prevalencia de consumo en los “últimos 30 días” también aumentó en el periodo 1995-2001, pasando del 3,1% al 6,5%. Este aumento fue apreciable en todos los grupos de edad y en ambos sexos, siendo mayor en mujeres y en los grupos de 40-64 y 15-19 años. Al igual que sucedía con otros indicadores de consumo, la desigualdad sexual relativa descendía claramente con la edad (Tabla 2.1.21).

Tabla 2.1.20. Evolución de las prevalencias de consumo “en los últimos 12 meses” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995			1997			1999			2001		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
15-19	16,2	8,2	12,4	18,9	14,2	16,6	15,9	14,8	15,4	24,7	18,2	21,5
20-24	20,3	11,2	15,7	25,1	13,1	19,2	21,7	12,5	17,2	26,6	14,0	20,4
25-29	15,6	7,0	11,5	19,4	6,2	12,9	14,7	5,1	9,9	24,4	9,7	16,1
30-34	12,7	4,3	8,3	10,1	2,5	6,3	12,2	4,2	8,2	17,6	4,5	11,1
35-39	10,3	2,0	6,1	7,2	1,4	4,3	6,4	1,8	4,1	10,0	3,9	6,9
40-64	1,6	0,3	0,9	1,5	0,7	1,1	2,1	0,8	1,4	4,1	0,6	2,4
15-64	9,8	3,9	6,8	10,3	4,7	7,5	9,0	4,5	6,8	13,8	5,9	9,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.21. Evolución de las prevalencias de consumo “en los últimos 30 días” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995			1997			1999			2001		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
15-19	7,9	3,1	5,6	9,3	5,9	7,6	8,0	7,8	7,9	15,9	10,8	13,4
20-24	11,7	3,4	7,6	14,6	6,2	10,5	14,7	8,2	11,5	17,6	8,2	13,0
25-29	8,0	2,7	5,5	13,0	2,5	7,8	9,6	3,1	6,4	16,9	6,8	11,9
30-34	6,9	1,5	4,1	5,4	1,3	3,4	7,3	2,6	4,9	11,7	2,4	7,1
35-39	4,8	0,8	2,8	3,3	0,7	2,0	3,9	0,9	2,4	7,1	2,0	4,5
40-64	0,3	0,0	0,2	1,3	0,3	0,8	1,3	0,6	0,9	2,9	0,5	1,7
15-64	4,9	1,3	3,1	6,0	2,1	4,0	5,6	2,7	4,2	9,3	3,6	6,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Al considerar la prevalencia de consumo semanal (alguna vez todas las semanas durante los últimos 12 meses), se observó una prevalencia de consumo en 2001 de 4,5% (1,5% consumían 1-2 días a la semana y 3% tres días o más). Por grupos de edad la prevalencia más elevada se observó en el grupo 20-24 años (9,2% en 2001) y la más baja en el de 40-64 años (0,9%). Igualmente, se observó que dicha prevalencia fue mucho más alta en varones (6,9% en 2001) que en mujeres (2,1%). Al igual que sucedía con otros indicadores de consumo, la desigualdad sexual relativa descendía claramente con la edad. Para estudiar la evolución temporal hubo que centrarse en el período 1997-2001, ya que las categorías de frecuencia de consumo de la encuesta de 1995 no eran coincidentes con las de encuestas posteriores. Durante el período considerado (1997-2001) la prevalencia sema-

nal aumentó en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Sin embargo, los mayores aumentos relativos se observaron en el grupo de 15-19 años (donde la prevalencia aumentó 2,2 veces) y entre las mujeres (con un aumento de 2,1 veces frente a 1,5 en los varones) (Tabla 2.1.22).

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

Entre 1995 y 1999 la edad de inicio en el consumo del cánnabis se retrasó un año, pero en 2001 volvió a disminuir a 18,4 años, un valor cercano al de 1995. Este descenso ha sido mucho más pronunciado entre los varones que entre las mujeres, de forma que al contrario de lo que sucedía en 1999, los varones entrevistados en 2001 fueron más precoces a la hora de probar el cánnabis (18,2 años) que las mujeres (18,7 años) (Tabla 2.1.23).

Tabla 2.1.22. Evolución de la prevalencia de consumo semanal de cánnabis en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2001.

Grupo de edad (años)	1997			2001		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
15-19	3,9	4,7	3,0	8,5	12,0	4,8
20-24	7,9	11,9	3,4	9,2	13,3	5,0
25-29	5,4	9,7	1,2	8,8	12,7	4,7
30-34	2,8	5,0	0,5	5,3	8,7	1,9
35-39	2,3	4,1	0,4	3,8	6,2	1,4
40-64	0,5	1,1	0,0	0,9	1,7	0,2
15-64	2,8	4,6	1,0	4,5	6,9	2,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.23. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de cánnabis por sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Hombre	18,0	19,0	19,3	18,2
Mujer	18,5	19,4	19,0	18,7
Total	18,1	19,1	19,2	18,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

CONSUMO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En el año 2001 las mayores prevalencias de consumo de cánnabis en los últimos doce meses se observaron en las Comunidades Autónomas de Baleares (18,3%), Navarra

(13,9%) y País Vasco (13,9%), y las menores en Melilla (2,7%) y Galicia (4,6%). Por otra parte, el aumento del consumo de cánnabis observado en el período 1995-2001 ha afectado a prácticamente todas las Comunidades Autónomas (Tabla 2.1.24).

Tabla 2.1.24. Prevalencia del consumo de cánnabis en los últimos 12 meses por Comunidades Autónomas (porcentajes). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Andalucía	5,0	6,5	5,0	6,5
Aragón	4,8	5,7	6,9	12,7
Asturias	6,0	7,0	7,4	8,6
Baleares	9,1	10,8	12,2	18,3
Canarias	6,7	6,9	6,8	10,7
Cantabria	6,2	7,3	6,8	7,0
C.-La Mancha	6,3	4,7	6,0	6,4
C. y León	4,9	6,5	7,0	6,4
Cataluña	8,5	8,3	7,6	11,7
C. Valenciana	7,3	6,8	8,1	11,3
P. Vasco	9,7	7,7	9,3	13,7
Extremadura	1,6	5,9	5,3	6,7
Galicia	2,5	3,5	2,8	4,6
La Rioja	7,2	7,8	9,7	10,2
Madrid	10,6	11,6	7,0	12,7
Murcia	4,6	7,2	7,6	12,9
Navarra	9,8	14,8	10,4	13,9
Ceuta	6,7	2,6	4,4	9,3
Melilla	8,6	4,7	3,8	2,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

■ Consumo de éxtasis

PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO

Entre 1995 y 2001 ha aumentado el consumo de éxtasis en todos los grupos de edad. Este aumento se ha producido sobre todo entre 1999 y 2001, es más perceptible cuando se utiliza como indicador la prevalencia de consumo en los últimos 30 días y ha sido considerablemente mayor entre los hombres (Tablas 2.1.25 y 2.1.26).

Si se considera el indicador prevalencia de consumo alguna vez en la vida, se observa que en 2001 las mujeres (2,2%) tenían una prevalencia 2,8 veces más baja que los hombres (6,2%). Por edad, las prevalencias más altas se observaron en el grupo 25-29 años, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Entre 1995 y 2001 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en la población de 15-64 años aumentó 2,4 veces entre los hombres y 1,8 veces entre las mujeres (Tabla 2.1.25).

Tabla 2.1.25. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995			1997			1999			2001		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	3,3	2,4	5,6	2,8	3,0	4,1	8,7	4,0	4,1	8,7	4,0	4,0
20-24	7,3	2,6	10,4	3,8	7,9	4,9	14,3	4,4	4,9	14,3	4,4	4,4
25-29	5,4	2,4	9,1	1,7	5,6	2,5	13,1	5,1	2,5	13,1	5,1	5,1
30-34	2,5	1,0	2,8	1,0	5,3	1,7	8,5	3,8	1,7	8,5	3,8	3,8
35-39	1,6	0,3	2,4	0,07	2,4	0,5	5,0	1,3	0,5	5,0	1,3	1,3
40-64	0,3	0,4	0,3	0,2	0,8	0,2	0,7	0,1	0,2	0,7	0,1	0,1
15-64	2,6	1,2	3,8	1,2	3,2	1,6	6,2	2,2	1,6	6,2	2,2	2,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.26. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad	Últimos 12 meses						Últimos 30 días									
	1995		1997		1999		2001		1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	3,2	2,2	3,8	2,3	2,4	1,8	5,8	2,8	1,3	0,9	1,4	0,3	0,6	0,6	2,8	0,6
20-24	4,6	1,8	4,3	1,5	3,0	1,5	6,7	2,2	0,7	0,2	0,9	0,1	1,0	0,5	2,6	0,9
25-29	4,0	1,2	2,5	0,3	2,1	0,7	7,2	1,9	0,8	0,3	0,6	0,0	0,5	0,2	2,2	0,1
30-34	1,4	0,2	0,6	0,1	1,8	0,2	3,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	1,5	0,0
35-39	1,2	0,2	0,2	0,0	0,5	0,0	1,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	1,1	0,2
40-64	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,01	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0
15-64	1,8	0,7	1,4	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	0,4	0,2	0,4	0,05	0,3	0,1	1,2	0,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Si se considera la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses se observa que en 2001 las mujeres tenían una prevalencia (0,7%) cuatro veces más baja que los hombres (2,8%). Por edad, las prevalencias más altas se observaron en el grupo 20-29 años entre los hombres y en el grupo 15-24 años entre las mujeres. Entre 1995 y 2001 la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses aumentó 1,6 veces entre los hombres y se mantuvo estable entre las mujeres (Tabla 2.1.26). Finalmente, si se considera la prevalencia de consumo en los últimos 30 días los resultados son parecidos. En 2001 las mujeres tenían una prevalencia de consumo (0,2%) seis veces más baja que los hombres (1,2%). Por edad, las prevalencias más altas se observaron entre los 15 y los 24 años, tanto entre los hombres como entre las mujeres. No se encontraron prácticamente consumidores entre hombres mayores de 40 años y las mujeres mayores de 30. Entre 1995 y 2001 la prevalencia de consumo en los últimos 30 días en la población de 15-64 años aumentó tres veces entre los hombres y se mantuvo estable entre las mujeres (Tabla 2.1.26).

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

En las cuatro encuestas domiciliarias realizadas desde 1995, la edad media de inicio en el consumo de éxtasis de las mujeres ha sido siempre inferior a la de los hombres. En 2001 fue de 19,9 años (19,5 años en mujeres y 20,1 años en hombres). Entre 1995 y 2001 la edad media de inicio descendió 1.1 años, siendo este descenso bastante más pronunciado en hombres (1,3 años) que en mujeres (0,5 años) (Tabla 2.1.27).

■ Consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta

En 2001 las prevalencias de consumo de tranquilizantes y de somníferos sin receta médica en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años fueron, respectivamente, 2,5% y 1,6%. La prevalencia de uso de tranquilizantes sin receta fue ligeramente más alta en las mujeres (2,8%) que en los hombres (2,2%), y algo parecido ocurrió con el consumo de somníferos sin receta (1,8% en las mujeres frente a 1,4% en los hombres) (Tabla 2.1.28).

Tabla 2.1.27. Evolución de la edad de inicio al consumo de éxtasis por sexo (años). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Hombre	21,4	20,0	21,0	20,1
Mujer	20,0	19,8	19,9	19,5
Total	21,0	19,9	20,7	19,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.28 Evolución del consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 1997-2001.

	1997				1999			2001	
	15-64	15-18	15-29	15-64	15-18	15-29	15-64	15-18	15-29
Tranquilizantes	2,0	1,3	1,9	2,0	1,2	1,8	2,5	1,1	2,5
Somníferos	1,2	0,4	0,9	1,3	0,5	1,1	1,6	1,0	1,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

No es posible analizar la evolución del consumo de tranquilizantes y somníferos desde 1995, puesto que la encuesta de ese año incluía el consumo sin distinguir si el producto había sido o no recetado. En el período 1997-2001 ha aumentado ligeramente la prevalencia de consumo de estas sustancias, sobre todo la de somníferos en la población de 15-29 años (Tabla 2.1.28).

La edad media de inicio en el consumo es bastante tardía (28 años para tranquilizantes, y 29,6 para somníferos). La evolución de estas edades en el período 1997-2001 muestra un comportamiento bastante dispar entre hombres y mujeres. Mientras en los hombres la edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes ha disminuido 3,3 años y la de somníferos 1,6 años, entre las mujeres se han producido aumentos de 3,1 años y 1 año, respectivamente. Esto ha hecho que se hayan ampliado las diferencias mujer-hombre tanto en el caso de los tranquilizantes (de 0,1 años más alta en las mujeres en 1997 hasta 6,5 años en 2001), como en el de los somníferos (de 3,4 años en 1997 a 6 años en 2001 (Tabla 2.1.29).

■ Consumo de cocaína

En 2001 un 4,9% de los españoles de 15-64 años había consumido cocaína alguna vez en su vida, un 2,6% en los últimos 12 meses y un 1,4% en los últimos 30 días, prevalencias que sitúan a la cocaína como la segunda droga de comercio ilegal más extendida, tras el cannabis. Tras haberse mantenido relativamente estable en el período 1995-1999, el consumo ha aumentado de forma importante entre 1999 y 2001 (Tabla 2.1.1).

Si nos centramos en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, se observa que en 2001 la de los hombres (7,3%) fue tres veces superior a la de las mujeres (2,4%). Por edad las mayores prevalencias se observaron en el grupo 20-34 años. Entre 1995 y 2001 la prevalencia de experimentación con esta sustancia aumentó entre los hombres (1,4 veces) y se mantuvo prácticamente estable entre las mujeres. Por otra parte, tanto en hombres como en mujeres los mayores aumentos se produjeron en el grupo de 15-19 años (Tabla 2.1.30).

Si se considera la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, se sacan conclusiones parecidas. En 2001 la prevalencia en los hombres (3,9%) fue tres veces superior a la de las mujeres (1,3%), y las mayores prevalencias se observaron en el grupo 20-29 años. Entre 1995 y 2001 la prevalencia aumentó 1,4 veces entre los hombres y 1,3 veces entre las mujeres. Por otra parte, tanto en hombres como en mujeres los mayores aumentos se produjeron en el grupo de 15-19 años (Tabla 2.1.31).

Finalmente, si se considera la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se llega también a conclusiones similares. En 2001 la prevalencia en los hombres (2,3%) fue 4,6 veces más alta que la de las mujeres (0,5%) y las mayores prevalencias se observaron en el grupo 20-29 años entre los hombres y en el grupo 15-29 años entre las mujeres. Entre 1995 y 2001 la prevalencia aumentó 3,8 veces entre los hombres y 2,5 veces entre las mujeres. Por otra parte, los mayores aumentos se produjeron en el grupo de 20-29 años entre los hombres y en el de 15-19 años entre las mujeres (Tabla 2.1.32).

Tabla 2.1.29 Evolución de la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta entre las personas que han consumido en los últimos 12 meses (años). España, 1997-2001.

	1997			1999			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Tranquilizantes	27,8	27,9	27,9	25,5	30,2	27,9	24,5	31,0	28,0
Somníferos	28,0	31,4	29,8	28,0	30,7	29,3	26,4	32,4	29,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.30. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	3,0	1,7	3,2	1,1	2,2	2,7	6,2	2,7
20-24	8,4	4,2	7,7	3,1	8,0	3,2	12,4	4,4
25-29	12,3	5,0	12,5	2,9	7,2	3,1	13,4	5,8
30-34	8,8	3,3	7,8	3,1	8,0	2,6	11,7	3,6
35-39	8,4	2,0	6,3	1,8	6,2	1,6	8,7	2,6
40-44	2,6	1,5	4,8	1,9	2,5	1,8	5,3	2,0
45-49	0,0	0,0	1,8	0,5	2,0	0,9	5,0	0,3
50-54	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0	0,8	1,3	0,1
55-59	0,0	0,0	1,2	0,0	1,7	0,6	0,6	0,0
60-64	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-64	5,2	2,1	5,1	1,6	4,4	1,9	7,3	2,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.31. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	2,6	1,1	2,6	1,0	1,5	2,1	4,4	2,5
20-24	5,3	2,8	5,7	1,1	6,7	2,2	7,6	2,6
25-29	7,3	3,3	5,2	1,3	3,2	0,8	8,7	3,7
30-34	3,3	1,2	3,7	1,0	3,4	1,4	4,9	1,3
35-39	4,0	0,4	2,1	0,3	2,5	0,4	4,3	0,8
40-44	0,0	0,0	1,4	0,6	0,6	0,6	2,5	0,7
45-49	0,0	0,0	0,3	0,0	1,4	0,4	1,3	0,0
50-54	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
55-59	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-64	2,7	1,0	2,5	0,6	2,3	0,9	3,9	1,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En cuanto a la edad de inicio al consumo, en el período 1995-2001 se produjo un descenso de 0,8 años, que fue más acusado en las mujeres (1,1 años) que en los hombres (0,7 años). Como consecuencia se redujeron las diferencias hombre-mujer en la edad media de inicio en el consumo. En 1995 las mujeres iniciaban el consumo medio año más tarde que los hombres, y en 2001 las diferencias prácticamente habían desaparecido (Tabla 2.1.33).

■ Consumo de heroína

Las encuestas domiciliarias no son quizá la metodología más adecuada para estudiar el consumo problemático de drogas, por lo que los resultados para heroína pueden tener menos validez que para otras drogas. En 2001 las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días fueron, respectivamente,

Tabla 2.1.32. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	0,8	0,2	1,6	0,7	0,8	1,3	2,3	1,1
20-24	1,2	1,0	3,0	0,5	3,7	0,9	5,0	0,9
25-29	1,2	0,6	3,1	0,5	2,7	0,6	5,0	1,0
30-34	1,0	0,0	2,0	0,2	0,9	0,0	2,9	0,3
35-39	1,1	0,0	0,8	0,0	1,6	0,1	2,0	0,5
40-44	0,0	0,0	1,1	0,4	0,5	0,0	1,9	0,3
45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,1	0,0
50-54	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
55-59	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-64	0,6	0,2	1,4	0,3	1,2	0,4	2,3	0,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.33. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de cocaína (años). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Hombre	21,0	21,1	21,6	20,3
Mujer	21,5	21,9	21,5	20,4
Total	21,1	21,3	21,6	20,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

0,6%, 0,1% y el 0,01%. El consumo estaba bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres. En el período 1995-2001 descendió la prevalencia de consumo, siendo este descenso más perceptible en el caso del consumo más reciente (últimos 12 meses y últimos 30 días) (Tabla 2.1.34). En 2001 las mayores prevalencias de consumo alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses se observaron entre 30 y 34 años.

Entre 1995 y 2001 la edad media de inicio en el consumo aumentó 0,6 años, pero el comportamiento no fue homogéneo por género. Así, mientras que entre los hombres aumento un año, entre las mujeres descendió 1,8 años. De esta forma, ha cambiado el sentido de las diferencias hombre-mujer, de forma que en 1995 las mujeres iniciaban el consumo 0,3 años más tarde que los hombres y en 2001 lo hacían dos años y medio antes (Tabla 2.1.35).

Tabla 2.1.34. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína por sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

	1995			1997			1999			2001		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Alguna vez	1,0	1,5	1,0	0,5	0,9	0,2	0,4	0,6	0,3	0,6	1,0	0,2
Últimos 12 meses	0,5	0,8	0,3	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,01	0,1	0,2	0,0
Últimos 30 días	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,01	0,01	0,1	0,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.35. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de heroína (años). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Hombres	20,0	20,7	19,4	21,0
Mujeres	20,3	19,3	18,0	18,5
Total	20,1	20,4	18,9	20,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

■ Consumo de otras sustancias psicoactivas

En el periodo 1997-2001 aumentó el consumo de anfetaminas o *speed*, y se mantuvo relativamente estable el consumo de alucinógenos, inhalables volátiles y base o *crack*, aunque en el caso de los alucinógenos se observó un cierto aumento de la experimentación. En cualquier caso, salvo para las anfetaminas, las prevalencias de consumo fueron bajas (Tabla 2.1.1).

En general, durante el periodo 1997-2001 descendió la edad de inicio en el consumo de estas sustancias, pasando de 19,4 a 18,7 años

(anfetaminas), de 19,1 a 18,8 años (alucinógenos), de 18,4 a 18 años (inhalables volátiles) y de 21 a 19,5 años (base o *crack*).

■ Policonsumo

El fenómeno del policonsumo, o consumo de varias drogas en un mismo período de tiempo, está muy extendido entre los consumidores españoles. Hay que tener en cuenta que policonsumo no significa necesariamente que las drogas se consuman mezcladas, ni simultáneamente, ni siquiera una a continuación de la otra. El estudio de estas conductas necesitaría

de un enfoque mucho más pormenorizado, que no se planteó en estas encuestas.

Si entre las personas que habían consumido cada droga en los últimos 12 meses se calculan las prevalencias de consumo de otras drogas en el mismo período, se puede observar que (Tabla 2.1.36):

- El consumo de tabaco se asocia claramente con el consumo de alcohol (un 51,9% de los consumidores de alcohol habían fumado tabaco en los últimos 12 meses y un 87,7% de los fumadores había tomado alcohol durante el mismo período).
- Entre los consumidores de cánnabis está muy extendido el consumo de alcohol (95,2%), tabaco (87,2%), y bastante extendido el consumo de cocaína (21%).
- Entre los consumidores de cocaína está muy extendido el consumo de alcohol (95,2%), tabaco (89,2%) y cánnabis (79,3%), y bastante extendido el consumo de anfetaminas (41,6%), éxtasis (39,7%) y alucinógenos (21,7%).
- Entre los consumidores de éxtasis o anfetaminas está muy extendido el consumo de alcohol, tabaco, cánnabis y cocaína, y también está bastante extendido el consumo de alucinógenos.
- Entre los consumidores de alucinógenos está muy extendido el consumo de alcohol, tabaco, cánnabis, cocaína, anfetaminas y éxtasis.
- Finalmente, entre los consumidores de heroína está muy extendido el consumo de prácticamente todas las otras drogas consideradas en la encuesta, pero sobre todo, tabaco, alcohol, cánnabis y cocaína.

■ Percepción de riesgo ante el consumo de drogas

Se preguntó por los problemas (muchos, bastantes, pocos, ninguno) que suponen distintas conductas de consumo de drogas. Para las drogas de comercio ilegal se consideró el riesgo que supone el consumo habitual (una vez a la semana o más) y el esporádico (una vez al mes o menos). Para tabaco se seleccionó como

indicador de riesgo el consumo de un paquete de cigarrillos diariamente, y para alcohol tomar 5 ó 6 cañas o copas diariamente, y durante el fin de semana.

Los resultados permiten extraer varias conclusiones. En primer lugar el riesgo atribuido al consumo de drogas de comercio legal (alcohol, tabaco, tranquilizantes y somníferos) es mucho menor que el atribuido a las drogas ilegales. Por ejemplo, el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de cigarrillos cada día (un 45,2% considera que puede producir muchos problemas) o ante la ingesta de 5 ó 6 cañas/copas al día (sólo un 51,2% piensa que puede producir muchos problemas) es mucho más bajo que el percibido ante el consumo de alucinógenos una vez al mes o menos (un 82,4% considera que puede producir muchos problemas). Está claro pues, que a la hora de percibir o anticipar los problemas que puede generar una conducta entran en consideración muchos factores, más allá de los puramente objetivos o de los relacionados con la salud. En cualquier caso es especialmente preocupante la baja proporción de población que percibe muchos problemas ante el consumo de un paquete de cigarrillos al día o ante el consumo diario relativamente intenso de alcohol (Tabla 2.1.37).

En segundo lugar, el consumo habitual o intenso es percibido como mayor fuente de problemas que el consumo esporádico. Así, un 84,6% piensa que el consumo habitual de éxtasis puede producir muchos problemas, mientras que sólo un 74% piensa lo mismo del consumo esporádico. Esta percepción es coherente con los resultados de los estudios científicos (Tabla 2.1.37).

En tercer lugar, entre las drogas de comercio ilegal, la población establece importantes diferencias en cuanto a la percepción del riesgo entre el consumo de cánnabis y el consumo de otras sustancias. De hecho, la proporción de personas que piensa que consumir habitualmente cánnabis puede producir muchos problemas no alcanza el 60% mientras que en el resto de las sustancias (éxtasis, alucinógenos, cocaína, heroína) supera siempre el 80%. La sustancia percibida como más peligrosa es la heroína, seguida de los alucinógenos (Tabla 2.1.37).

Tabla 2.1.36. Prevalencia de consumo de otras drogas en los últimos 12 meses entre los consumidores de cada droga (porcentajes). España, 2001.

	Heroína	Cocaína	Cánnabis	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Alcohol	Tabaco
Heroína	–	70,8	71,0	44,0	48,5	59,6	99,1	100,0
Otros opiáceos	6,7	33,6	54,8	18,3	17,7	15,6	88,5	77,4
Cocaína	2,8	–	79,3	39,7	41,6	21,7	95,2	89,2
Base o <i>crack</i>	31,8	80,8	87,3	66,6	43,3	25,8	77,6	100,0
Cánnabis	0,7	21,5	–	16,7	11,5	6,6	95,2	87,2
Éxtasis	2,4	56,4	86,5	–	41,3	22,7	94,2	86,2
Anfetaminas o <i>speed</i>	4,1	90,1	92,8	63,5	–	37,3	95,0	91,8
Alucinógenos	8,5	79,0	87,9	58,4	62,4	–	96,2	90,1
Inhalables	3,3	42,4	64,1	67,2	67,8	51,2	100,0	87,3
Alcohol	0,1	3,2	11,9	2,2	1,5	0,9	–	51,9
Tabaco	0,2	5,1	18,4	3,5	2,4	1,4	87,7	–

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.37. Proporción de españoles de 15-64 años que piensan que esa conducta de consumo puede provocar muchos problemas, según grupo de edad (porcentajes). España, 2001.

Conducta de consumo	15-64 años	15-34 años	35-39 años
Consumir heroína habitualmente ¹	90,4	91,7	92,3
Consumir alucinógenos habitualmente	88,1	89,9	91,5
Consumir cocaína habitualmente	87,3	97,1	88,8
Consumir éxtasis habitualmente	84,6	83,6	87,0
Consumir heroína esporádicamente ²	84,2	83,0	85,5
Consumir alucinógenos esporádicamente	81,4	80,0	84,4
Consumir cocaína esporádicamente	78,3	73,7	80,5
Consumir éxtasis esporádicamente	74,0	68,9	76,4
Consumir hachís/marihuana habitualmente	59,1	51,0	58,8
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir habitualmente	55,9	56,5	56,3
Tomar 5-6 cañas o copas/día	51,2	48,9	44,8
Consumir hachís/marihuana esporádicamente	47,2	37,9	45,2
Fumar un paquete de cigarrillos/día	45,2	41,6	43,7
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir esporádicamente	44,1	42,0	44,8
Tomar 5-6 cañas o copas/fin de semana	20,7	17,2	17,2

1. Se ha considerado consumo habitual el consumir una vez por semana o con mayor frecuencia.

2. Se ha considerado consumo esporádico el consumir una vez al mes o con menor frecuencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Cuarto, los más jóvenes (15-34 años) en general perciben más riesgo ante el consumo habitual de drogas ilegales distintas del cannabis, en especial cocaína, que el resto de la población. Por el contrario, perciben menos riesgo ante el consumo de cannabis, alcohol, tabaco, y ante el consumo esporádico de tranquilizantes/somníferos o de drogas ilegales distintas del cannabis (Tabla 2.1.37).

Quinto, entre los consumidores de una determinada droga, el riesgo percibido ante el consumo habitual o esporádico de esa sustancia es menor que entre la población no consumidora. En 2001 las mayores diferencias relativas en la percepción del riesgo entre la población consumidora y la población general se produjeron en el caso del consumo esporádico y habitual de cannabis, y del consumo esporádico de éxtasis (Tabla 2.1.38).

En general, entre 1997 y 2001 aumentó la percepción del riesgo de la población ante las distintas conductas de consumo de drogas. Los mayores aumentos de la percepción de riesgo

se produjeron con respecto a fumar un paquete de cigarrillos diarios (donde la proporción de personas que piensan que puede producir muchos problemas pasó de 36,9% en 1997 a 45,2% en 2001), consumir esporádicamente tranquilizantes/somníferos (que pasó de 37,3% a 44,1%), consumir habitualmente tranquilizantes/somníferos (que pasó de 50,5% a 55,9%) y consumir esporádicamente éxtasis (que pasó de 67,5% a 64,0%). La percepción del riesgo ante el resto de las conductas de consumo aumentó muy ligeramente, excepto en el caso del consumo de 5 ó 6 cañas o copas al día, que descendió algo (pasando de 54,4% a 51,2%), y consumir cannabis habitualmente que se mantuvo relativamente estable (Tabla 2.1.39).

Si analizamos más detalladamente la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol, se observa que los problemas percibidos ante la conducta de tomar 5 ó 6 cañas/copas durante el fin de semana es bastante más elevada entre las mujeres que entre los varones, aunque las diferencias han tendido a disminuir ligeramente en los años más recientes. En cuanto a

Tabla 2.1.38. Proporción de españoles de 15-64 años y proporción de consumidores que piensa que esa conducta de consumo puede provocar muchos problemas. España, 2001.

Conducta de consumo	Población general	Consumidores de esa droga
Fumar un paquete de cigarrillos/día	45,2	36,5
Tomar 5-6 cañas o copas/día	51,2	47,9
Tomar 5-6 cañas o copas/fin de semana	20,7	15,4
Consumir hachís/marihuana habitualmente ¹	59,1	17,0
Consumir hachís/marihuana esporádicamente ²	47,2	12,1
Consumir éxtasis habitualmente	84,6	35,4
Consumir éxtasis esporádicamente	74,0	24,4
Consumir cocaína habitualmente	87,3	49,5
Consumir cocaína esporádicamente	78,3	32,6

1. Se ha considerado consumo habitual el consumir una vez por semana o con mayor frecuencia.

2. Se ha considerado consumo esporádico el consumir una vez al mes o con menor frecuencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.39. Evolución de la proporción de españoles de 15-64 años que piensa que esa conducta de consumo puede provocar muchos problemas (%). España, 1997-2001.

	1997	1999	2001
Consumir heroína habitualmente ¹	89,5	91,9	90,4
Consumir heroína esporádicamente ²	82,2	85,8	84,2
Consumir alucinógenos habitualmente	86,6	90,0	88,1
Consumir alucinógenos esporádicamente	78,3	82,7	81,4
Consumir cocaína habitualmente	85,1	88,9	87,3
Consumir cocaína esporádicamente	74,6	79,5	78,3
Consumir éxtasis habitualmente	80,7	85,7	84,6
Consumir éxtasis esporádicamente	67,5	73,5	74,0
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir habitualmente	50,5	58,5	55,9
Consumir tranquilizantes/pastillas para dormir esporádicamente	37,3	44,7	44,1
Consumir hachís/marihuana habitualmente	59,5	65,3	59,1
Consumir hachís/marihuana esporádicamente	46,2	51,1	47,2
Tomar 5-6 cañas o copas/día	54,4	56,0	51,2
Tomar 5-6 cañas o copas/fin de semana	19,8	21,1	20,7
Fumar un paquete de cigarrillos/día	36,9	39,0	45,2

1. Se ha considerado consumo habitual el consumir una vez por semana o con mayor frecuencia.

2. Se ha considerado consumo esporádico el consumir una vez al mes o con menor frecuencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

las variación según la edad se observa que la mayor percepción de riesgo, tanto entre los hombres como entre las mujeres, se produce en los grupos de edad extremos (40-64 y 15-19 años) (Tabla 2.1.40).

La percepción de riesgo frente al consumo diario de la misma cantidad de alcohol (5 ó 6 vasos o copas) es mucho más elevada. De hecho, casi 9 de cada 10 personas comparten la opinión de que esta conducta puede causar bastantes o muchos problemas. La percepción del riesgo ante el consumo diario aumentó entre 1995 y 1999, y posteriormente ha vuelto a descender. Al igual que sucedía con el consumo durante el fin de semana, las mujeres perciben mayor riesgo que los hombres ante el consumo diario. No se observan grandes diferencias por edad en la percepción del riesgo ante el consumo diario. En 2001 el mayor porcenta-

je de entrevistados que opinaban que consumir a diario 5 cañas/copas podía causar bastantes o muchos problemas se localizaba en el grupo 15-24 años (aproximadamente el 87%), seguido por el de 40-64 años (86%) (Tabla 2.1.41).

■ Percepción de la disponibilidad de drogas

Las drogas ilícitas percibidas por la población de 15-64 años como más accesibles son el cannabis y el éxtasis (en 2001 un 35,0% y un 43,5% respectivamente, consideraban difícil o prácticamente imposible obtenerlas en un plazo de 24 horas), y la menos accesible la heroína (un 49,4% consideraba difícil o prácticamente imposible obtenerla en el mismo plazo). En cualquier caso, las diferencias entre una y otra sustancia no fueron muy grandes (Tabla 2.1.42).

Tabla 2.1.40. Evolución de la proporción de españoles de 15-64 años que piensa que tomarse 5 ó 6 copas durante el fin de semana puede causar bastantes o muchos problemas según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	36,1	42,9	44,8	53,5	47,2	54,6	42,9	56,4
20-24	23,5	33,3	30,7	40,5	33,5	47,2	36,3	39,4
25-29	22,7	35,1	29,7	43,0	37,4	46,0	33,0	49,0
30-34	23,9	37,3	35,6	43,7	35,7	45,5	34,5	42,4
35-39	26,4	41,2	38,0	54,1	34,2	50,9	29,9	46,2
40-65	34,4	54,8	43,5	64,5	47,7	66,5	43,3	60,2
Total	29,8	45,2	39,0	54,5	41,7	56,5	38,6	50,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.41. Evolución de la proporción de españoles de 15-64 años que piensa que tomarse 5 ó 6 copas diariamente puede causar bastantes o muchos problemas según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1995-2001.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	90,0	93,5	93,1	95,2	90,5	95,4	85,2	89,4
20-24	85,5	91,6	86,7	92,6	85,8	93,2	83,7	90,6
25-29	82,0	90,2	85,1	91,3	85,8	90,9	81,6	85,8
30-34	78,8	89,3	84,4	92,6	88,3	92,6	78,8	89,8
35-39	79,7	91,1	82,6	92,4	81,7	91,9	79,3	88,8
40-65	78,5	94,2	83,4	95,0	87,5	95,8	80,9	90,9
Total	81,6	92,5	85,3	93,8	86,8	94,1	81,4	89,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.1.42. Evolución de la proporción de españoles de 15-64 años que considera difícil o prácticamente imposible obtener cada sustancia en 24 horas (porcentajes). España, 1995-2001.

	1995	1997	1999	2001
Heroína	51,4	54,6	53,3	49,4
LSD, ácidos	49,9	52,9	52,6	47,3
Cocaína	49,4	52,2	51,0	45,1
Éxtasis u otras drogas de diseño	47,5	50,1	50,6	43,5
Hachís/marihuana	41,9	42,4	41,9	35,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Los jóvenes de 15-29 años perciben una menor dificultad para acceder a las drogas que la población de más edad. Por ejemplo, en el caso del cánnabis sólo un 24,4% considera difícil o prácticamente imposible conseguirlo en un plazo de 24 horas, y en el caso del éxtasis un 36,3%. Además, los hombres perciben una menor dificultad de acceso que las mujeres (un 19,6% de los hombres de 15-29 años considera difícil o prácticamente imposible conseguir cánnabis en 24 horas, mientras que están en la misma situación un 29,6% de las mujeres. Para el éxtasis las proporciones fueron 32,2% y 40,6%, respectivamente).

En el período 1995-2001 la dificultad de acceso a las sustancias ilícitas ha disminuido. Los mayores descensos se han producido en el caso del cánnabis y los menores en el caso de la heroína. El descenso se ha producido sobre todo en el período 1999-2001 (Tabla 2.1.42).

■ Importancia atribuida al problema de las drogas ilegales

En 2001 un 19,1% de la población española de 15-64 consideraba que el problema de las drogas ilegales no tenía ninguna importancia en su medio residencial, un 34,3% que era algo importante y un 39,3% que era muy importante. La población de 30-64 años percibía ligeramente más problemas (un 40,2% consideraba que era muy importante) que los más jóvenes (37,6%). Por su parte, las mujeres de 15-29 percibían más problemas (un 41,4% consideraba que era un problema muy importante) que los hombres (34%).

En el período 1995-2001 la importancia atribuida al problema de las drogas ha descendido sensiblemente. De hecho, la proporción de españoles de 15-64 años que considera que es un problema muy importante ha pasado de 50,7% en 1995 a 46,4% en 1997, 37,3% en 1999 y 39,3% en 2001.

■ Visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el tráfico o el consumo de drogas ilegales

Se ha preguntado por la frecuencia con que se encuentran en el medio residencial del encuestado algunos fenómenos relacionados con el tráfico o con el consumo más problemático de drogas ilegales (jeringuillas tiradas en el suelo personas inyectándose droga, personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio, personas drogadas caídas en el suelo, y vendedores que ofrecen drogas al encuestado). La observación de estos fenómenos no es tan frecuente como podría parecer. No parece haber grandes diferencias por edad y sexo en la observación de los mismos, salvo a la hora de encontrar vendedores que le ofrecen drogas. Este fenómeno es mucho más directo y concreto, y como tal es más habitual entre los jóvenes de 15-29 años (13% lo encuentra frecuente o muy frecuentemente) que entre la población de 30-64 años (7%). Igualmente, es bastante más habitual entre los hombres de 15-29 años (15,1% dice que lo encuentra frecuente o muy frecuentemente) que entre las mujeres de la misma edad (10,7%) (Tabla 2.1.43)

Tabla 2.1.43. Evolución de la proporción de españoles de 15-64 años que encuentra frecuente o muy frecuentemente en su medio residencial situaciones relacionadas con la oferta o el consumo problemático de drogas ilegales (porcentajes). España, 1997-2001.

	1997	1999	2001
Jeringuillas tiradas en el suelo	15,0	10,6	8,7
Personas inyectándose droga	9,7	7,5	6,0
Personas inhalando o aspirando en papel aluminio	9,1	8,7	6,4
Personas drogadas caídas en el suelo	11,1	9,9	8,9
Vendedores que le ofrecen drogas	9,7	8,8	9,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En el período 1997-2001 ha descendido de forma generalizada la visibilidad de todos estos fenómenos, sobre todo los relacionados con la inyección de drogas. De hecho la proporción de personas de 15-64 años que encuentra jeringuillas tiradas en el suelo frecuente o muy frecuentemente ha pasado de 15% en 1997 a 8,7% en 2001, y la proporción que encuentra con la misma frecuencia personas inyectándose drogas de 9,7% en 1997 a 6% en 2001. En cambio, la frecuencia con la que los entrevistados reciben ofrecimientos de venta de drogas apenas ha descendido (Tabla 2.1.43).

■ Valoración de las intervenciones orientadas a resolver el problema de las drogas ilegales

De las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las cinco más importantes en 2001, a juicio de la población española de 15-64 años, continuaban siendo la educación sobre las drogas en las escuelas (un 88,8% considera que es muy importante), el tratamiento voluntario para dejar las drogas (el 78,1% lo considera muy importante), el con-

trol policial y aduanero (78%), las campañas publicitarias informando sobre el riesgo de las drogas (76,6%) y las leyes estrictas contra las drogas (72,1%). También se valora positivamente la administración médica de metadona a los consumidores de heroína (58,2% considera esta intervención muy importante). Estas opiniones de los ciudadanos coinciden en gran medida con el orden de prioridades de las distintas Administraciones Públicas y organizaciones sociales a la hora de desarrollar intervenciones orientadas a resolver el problema de las drogas (Tabla 2.1.44).

En el período 1997-2001 ha aumentado la importancia concedida a la administración médica de metadona a los consumidores de heroína y a otras intervenciones menos convencionales, como el tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga, la administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos, la legalización del hachís y la marihuana, y la legalización de todas las drogas; pero la importancia de estas medidas no convencionales continúa siendo bastante menor que la concedida a las citadas arriba (Tabla 2.1.44).

Tabla 2.1.44. Evolución de la proporción de españoles que considera muy importante cada acción para intentar resolver el problema de las drogas ilegales (porcentajes). España, 1997-2001.

	1997	1999	2001
Educación sobre drogas en las escuelas	92,1	90,6	88,8
Tratamiento voluntario para dejar la droga	84,3	81,3	79,1
Control policial y aduanero	81,3	78,9	78,0
Campañas publicitarias sobre los riesgos de las drogas	80,5	78,6	76,6
Leyes estrictas contra las drogas	74,0	73,1	72,1
Tratamiento obligatorio para dejar la droga	53,3	53,2	58,2
Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	51,9	57,4	58,2
Administración médica de heroína a los que han fracasado en otros tratamientos	37,9	43,4	48,7
Legalización del hachís y la marihuana	26,1	29,3	34,1
Legalización de todas las drogas	18,7	22,1	23,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

2.2. ESTIMACIONES DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Durante dos décadas la heroína (principalmente administrada por vía intravenosa), ha sido la droga que causaba la gran mayoría de los problemas sociales y sanitarios ligados al consumo de drogas ilegales en España, aunque las encuestas mostraban repetidamente que el consumo de otras drogas como la cocaína estaba más extendido. Actualmente, la heroína ha perdido relevancia, pero continúa siendo una droga con un importante impacto social y sanitario. Además el consumo de cocaína ha emergido como una fuente importante de problemas. Los datos de las encuestas poblacionales relativos a la prevalencia de consumo problemático de heroína o cocaína tienen problemas de validez, y hay poca información adicional al respecto obtenida con métodos indirectos. A comienzos de la década de los noventa se realizaron estimaciones locales del consumo problemático de heroína en Barcelona y Madrid utilizando el método de captura-recaptura y se obtuvieron cifras de prevalencia anual para el período 1990-1993 y el grupo de edad de 15-54 años de 7,2-11,0/1000 en Barcelona y 14,1/1000 en Madrid (Domingo-Salvany et al., 1998; EMCDDA, 1999).

Para el período 1999-2001 se han realizado estimaciones para el conjunto de España con los métodos demográfico y multiplicador de tratamiento. Para obtener la estimación por el método demográfico se multiplicó el número de consumidores de opiáceos (o en su caso cocaína) admitidos a tratamiento por dependencia de drogas por primera vez en la vida en un año dado por el número medio de años de uso de opiáceos (o cocaína) de los admitidos a tratamiento por estas drogas, fuera o no por primera vez en la vida.

Para obtener la estimación por el método multiplicador de tratamiento se dividió el número de sujetos admitidos a tratamiento por dependencia de drogas que consumían opiáceos en un año dado entre la proporción de admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos en 1996 que habían contactado con centros que habían notificado al indicador tratamiento del Plan Nacional sobre Drogas en los 12 meses previos a la admisión (26,2%).

Los resultados de la aplicación de estos métodos se muestran en la Tabla 2.2.1, donde se aprecia claramente que está disminuyendo el número de consumidores problemáticos de opiáceos y paralelamente está aumentando el número de consumidores problemáticos de cocaína.

Como puede observarse, el método demográfico da cifras más bajas que el método multiplicativo de tratamiento para la prevalencia de consumo de opiáceos. De hecho, el método demográfico podría estar afectado por sesgos que den lugar a una infraestimación de la prevalencia. Así, el descenso del número de pacientes que inician su primer tratamiento impediría que se cumpla la asunción del método de que la población es estable. Sin embargo, la estimación de un intervalo de confianza alto para este método, considerando la media de años de carrera de consumo como el doble de la media de los años de consumo de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, ofrece cifras bastante creíbles que superan la cifra estimada con el método multiplicativo. El método demográfico tiene bastantes detractores y, de hecho, no se acepta como válido entre los diferentes métodos propuestos desde el OEDT. Pero no podemos aplicar un método alternativo para el consumo de cocaína, porque hasta el momento no disponemos en España de un multiplicador de tratamiento adecuado. La aplicación del multiplicador de la heroína da cifras bajas que difícilmente son creíbles, sobre todo cuando sabemos los sesgos a que está expuesto el multiplicador.

Por su parte, el método multiplicador de tratamiento tiene dos sesgos que probablemente actúan en un sentido opuesto. Por una parte, el multiplicador puede estar infraestimado porque la proporción de consumidores que inician tratamiento puede haber aumentado desde 1996, debido sobre todo a la extensión de la oferta de tratamientos con metadona. Por otra parte, la citada proporción fue obtenida en una muestra de personas captadas en los centros cuando iniciaban tratamiento, y estas personas tenían seguramente mayor probabilidad de haber iniciado otro tratamiento en los 12 meses previos que los consumidores que se pueden encontrar en la calle. Es difícil saber cuál de los dos sesgos es más importante, y por lo tanto, saber cómo afectan a la estimación final de la prevalencia.

Tabla 2.2.1. Estimación de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos y cocaína. España, 1999-2001.

	MT Opiáceos	MD Opiáceos	MD Cocaína	MD Opiáceos+cocaína	MC Opiáceos+cocaína
1999					
Número	149.244	116.657-189.927	41.993-72.302	158.650-262.229	187.470-217.779
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	5,43	4,17-6,8	1,5-2,59	5,68-9,38	6,71-7,79
Tasa por 1.000 habitantes	3,65	2,86-4,65	1,03-1,77	3,88-6,42	4,59-5,33
2000					
Número	144.198	99.585-156.680	41.639-73.293	141.224-229.973	182.498-214.152
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	5,16	3,56-5,61	1,49-2,62	5,05-8,23	6,53-7,66
Tasa por 1.000 habitantes	3,53	2,44-3,84	1,02-1,79	3,46-5,63	4,47-5,24
2001					
Número	137.107	95.733-145.970	49.038-86.250	144.771-232.220	182.775-219.987
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	4,91	3,43-5,22	1,75-3,09	5,18-8,31	6,54-7,87
Tasa por 1.000 habitantes	3,36	2,34-3,57	1,2-2,11	3,54-5,69	4,47-5,39

MT: Método multiplicador de tratamiento; MD: Método demográfico y MC: Métodos combinados.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

2.3. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, a través de la Dirección General de Alimentación, proporciona desde 1987 información sobre el consumo alimentario en España, obtenida de una encuesta realizada tanto en hogares como en establecimientos de restauración comercial y social. En 2002 la encuesta se realizó en una muestra de 6.000 hogares, 700 establecimientos de hostelería y restauración (hoteles, bares, restaurantes) y 200 establecimientos institucionales (centros de enseñanza, sanitarios, de tercera edad, fuerzas armadas, etc.). La recogida de datos se realizó a través del apunte diario en el caso de los hogares, y del apunte mensual en el caso de los establecimientos, de las compras realizadas y del gasto de estas compras.

Este estudio nos permite conocer la demanda de bebidas alcohólicas en nuestro país, su evolución a lo largo de los años, así como la distribución de la demanda en los diferentes ámbitos de consumo, y el tipo de bebidas que se consumen.

El volumen total de compras de bebidas alcohólicas efectuadas en el 2002 ascendió a 3.652

millones de litros, cantidad algo menor que la de 2001, y que continúa la tendencia descendente de los últimos años (Tablas 2.3.1 y 2.3.2).

El consumo *per capita* ha descendido continuando la tendencia de la última década, pasando de 92,0 litros en 2001 a 90,1 litros en 2002 (Figura 2.3.1). Este descenso se produce en un contexto general de aumento del consumo total alimentario que se ha incrementado en 2002 un 1,9% respecto a 2001. La disminución de la demanda con respecto a 2001 se produjo en el ámbito de la hostelería y restauración cuyas compras se redujeron un 2,2% respecto al año anterior afectando a todas las bebidas. Sin embargo, en los hogares y en las instituciones sociales el volumen de compras de bebidas alcohólicas permaneció estable en su conjunto, si bien disminuyeron las compras de vino.

La mayor parte del consumo (dos tercios del volumen total de compras) tuvo lugar en el ámbito de la hostelería y restauración, no llegando a un tercio el consumo de los hogares (Figura 2.3.2). Las bebidas más compradas fueron la cerveza (60%), seguida del vino (32,8%). La sidra, los licores y otras bebidas

tuvieron un volumen de compras bastante menor (Figura 2.3.3). A pesar del descenso en el volumen de compras, el gasto realizado en el 2002 fue mayor que el del año anterior, ascendiendo a 6.910 millones de euros. Este gasto ha crecido en los últimos años debido a

la subida de los precios (Tabla 2.3.3), siendo la cerveza la bebida en que más ha crecido el gasto. Las distribuciones del gasto según ámbito de consumo o según tipo de bebida fueron similares a las distribuciones análogas del volumen de compras (Figuras 2.3.4 y 2.3.5)

Tabla 2.3.1. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) en los distintos ámbitos de consumo. Años 2000-2002 (millones de litros).

	Productos				Total bebidas alcohólicas
	Vinos	Cervezas	Otras bebidas alcohólicas (licores)	Sidra	
Hogares					
2000	575,46	512,25	44,51	15,04	1.147,26
2001	538,91	530,93	43,03	14,62	1.127,49
2002	523,51	546,52	44,81	15,57	1.130,41
Hostelería					
2000	726,1	1.678,57	149,18	61,81	2.615,66
2001	686,92	1.653,89	158,67	65,04	2.564,52
2002	668,86	1.637,63	136,06	64,66	2.507,21
Instituciones					
2000	8,94	12,22	1,01	0,18	22,35
2001	7,68	6,72	0,42	0,18	15,00
2002	6,91	7,61	0,39	0,14	15,05
Total					
2000	1.310,5	2.203,04	194,7	77,03	3.785,27
2001	1.233,52	2.191,54	202,13	79,84	3.707,03
2002	1.199,28	2.191,76	181,26	80,37	3.652,67
Total per capita					
2001	30,6	54,37	5,01	1,98	91,96
2002	29,57	54,03	4,47	1,98	90,05

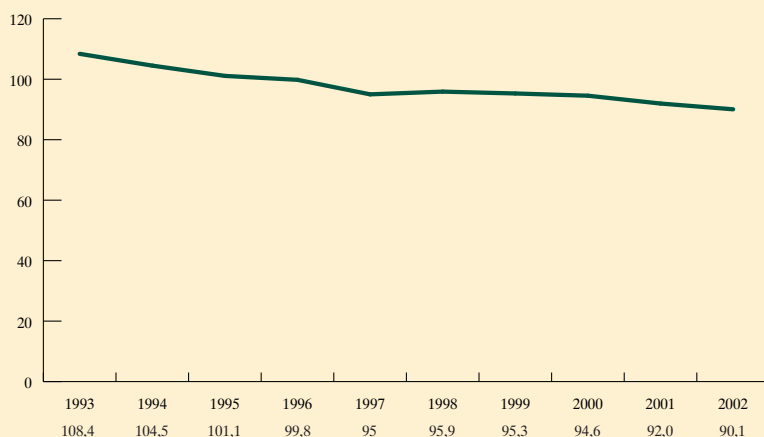
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.3.2. Evolución del volumen total de compras de bebidas alcohólicas. España, 1995-2002 (millones de litros).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Vinos	1.200,5	1.298,2	1.392,4	1.414,7	1.371,7	1.310,5	1.233,52	1.199,28
Cervezas	2.508	2.365,9	2.132,2	2.153,6	2.196,6	2.203	2.191,54	2.191,76
Sidra	48,4	56,1	69,9	71,3	77	77	79,84	80,37
Licores y otras bebidas alcohólicas	217,9	205,6	178,5	173,9	163,9	194,7	202,13	181,26
Total bebidas alcohólicas	3.974,80	3.925,8	3.773,0	3.813,5	3.809,1	3.785,3	3.707,03	3.652,67

Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Figura 2.3.1. Evolución del consumo de bebidas alcohólicas. España, 1993-2002 (litros *per capita*).



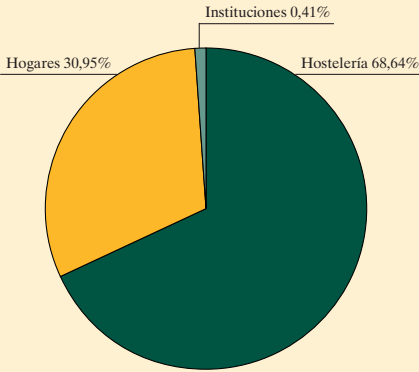
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.3.3. Gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas en España (excepto Ceuta y Melilla) dentro y fuera del hogar. Años 2000-2002 (millones de euros).

	Productos				Total bebidas alcohólicas
	Vinos	Cervezas	Otras bebidas alcohólicas (licores)	Sidra	
Hogares					
2000	879,76	452,50	318,25	18,77	1.669,03
2001	851,91	476,49	328,75	19,19	1.676,34
2002	876,37	512,33	336,12	21,13	1.736,95
Hostelería					
2000	1.569,66	2.001,89	1.357,93	79,26	5.008,74
2001	1.550,27	1.974,70	1.506,76	83,14	5.114,88
2002	1.583,35	2.125,00	1.359,24	84,01	5.151,60
Instituciones					
2000	11,59	14,72	7,48	0,17	33,96
2001	11,83	7,90	3,59	0,23	23,55
2002	10,31	7,61	4,00	0,15	22,06
Total					
2000	2.460,77	2.469,10	1.683,66	98,21	6.711,73
2001	2.414,01	2.459,09	1.839,11	102,57	6.814,78
2002	2.461,03	2.644,94	1.699,36	105,29	6.910,61

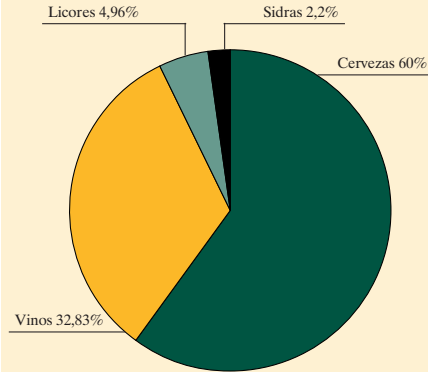
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Figura 2.3.2. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas en litros, según el ámbito de consumo (porcentajes). España, 2002.



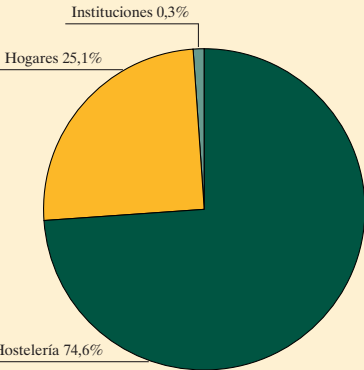
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Figura 2.3.3. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas en litros, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2002.



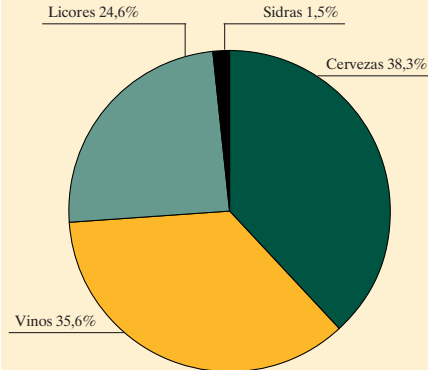
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Figura 2.3.4. Distribución del gasto de bebidas alcohólicas, en los diferentes ámbitos de consumo (porcentajes). España, 2002.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Figura 2.3.5. Distribución del gasto en bebidas alcohólicas, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2002.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

2.4. DEMANDA DIRECTA DE TABACO

A continuación se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía) relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y picadura de pipa), realizadas entre 1992 y 2002 en el terri-

torio peninsular y las Islas Baleares. No se aportan, por tanto, datos referidos a las ventas en las Islas Canarias y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

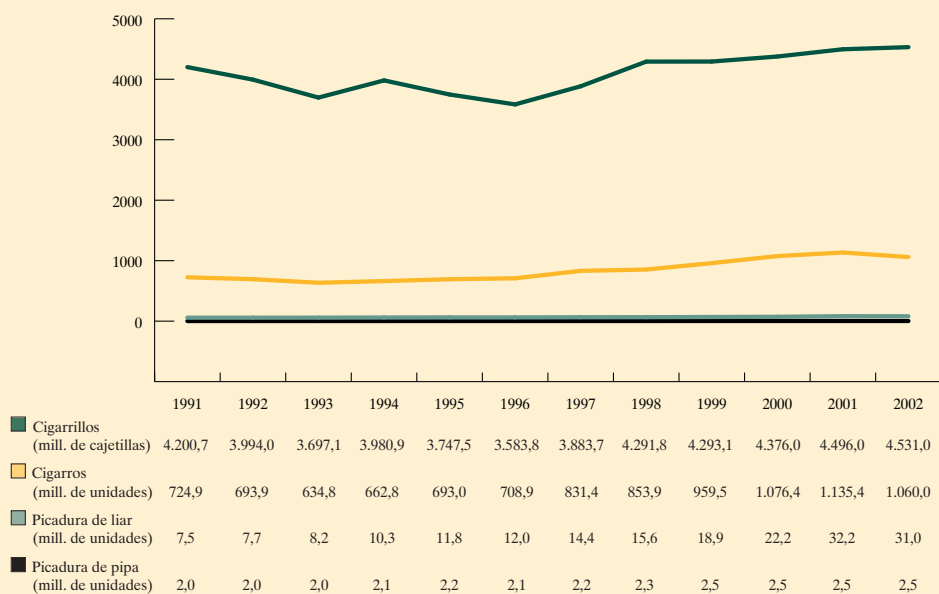
Los cigarrillos es la variedad de labor de tabaco que viene alcanzando los mayores volúmenes de ventas año tras año, de modo que la

mayor parte de los ingresos obtenidos por ventas de tabaco han provenído y provienen de la venta de este tipo de labor, contribuyendo a los mismos, en los últimos 10 años, con porcentajes superiores al 92%. En segundo lugar de ventas se encuentran los cigarrros, que en 1992 aportaron el 7% de los ingresos por ventas de tabaco y en 2002 el 4,5%. Las ventas de picadura de liar y picadura de pipa, por su parte, han sido siempre mucho más exiguas y los ingresos obtenidos con las mismas, en el mejor de los casos (año 2002), no han alcanzado, en conjunto, el 1% del total (Tablas 2.4.1 y 2.4.2).

Sobre la evolución de las ventas de los diversos tipos de labor cabe indicar que, entre 1992 y

2002, todas ellas han aumentado, si bien no al mismo ritmo ni con la misma intensidad. Las ventas de cigarrillos, que hasta 1997 estuvieron sometidas a oscilaciones de signo contrario, a partir de ese año volvieron a aumentar, de modo que en 2002 fueron un 13,4% superiores a las realizadas en 1992. Las ventas de cigarrros y de picadura de liar, por su parte, han venido creciendo año tras año hasta 2001 y aunque disminuyeron en 2002, las ventas de ese año superaron a las de 1992 en un 52,8%, en el caso de los cigarrros y en un 302,6% en el caso de la picadura de liar. Diferente evolución muestran las cifras de venta de la picadura de pipa que, tras aumentar entre 1992 y 1999 a partir de ese año se han estabilizado (Figura 2.4.1).

Figura 2.4.1. Evolución de las ventas de tabacos por tipo de labor. España*, 1991-2002.



* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.4.1. Evolución de las ventas por tipo de labor (millones de euros). España* 1992-2002.

Tipo de labor	1992	1994	Variación 92/94 (%)	1996	1998	Variación 96/98 (%)	2000	2002	Variación 00/02 (%)	Variación 92/02 (%)
Cigarrillos	3.081,9	3.962,6	28,6	4.426,3	6.722,1	51,9	7.541,9	8.956,6	18,8	190,6
Cigarros	231,4	226,3	-2,2	251,2	325,7	29,7	408,2	423,2	3,7	82,9
Picadura de liar	5,6	13,3	135,6	16,6	25,0	50,3	38,5	71,7	86,3	1.172,5
Picadura de pipa	3,3	4,1	23,1	4,8	5,7	18,5	6,6	7,3	10,7	119,9
Total	3.322,2	4.206,4	26,6	4.699,0	7.078,5	50,6	7.995,2	9.458,9	18,3	184,7

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.4.2. Participación en los ingresos de cada tipo de labor (porcentaje). España 1992-2002.

Tipo de labor	1992	1994	Variación 92/94	1996	1998	Variación 96/98	2000	2002	Variación 00/02	Variación 92/02
Cigarrillos	92,8	94,2	1,4	94,2	95,0	0,8	94,3	94,7	0,4	1,9
Cigarros	7,0	5,4	-1,6	5,3	4,6	-0,7	5,1	4,5	-0,6	-2,5
Picadura de liar	0,2	0,3	0,1	0,4	0,4	0,0	0,4	0,8	0,3	0,6
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Total	100	100	0,0	100	100	0,0	100	100	0,0	0,0

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

El incremento experimentado entre los años 1999 y 2002 por las ventas de cigarrillos no es generalizable a todas las Comunidades Autónomas; en algunas de ellas, por el contrario, han disminuido. Tal es el caso de Extremadura (-8,7%), Castilla-La Mancha (-3,7%), Aragón (-2,9), Castilla y León (-1,8%) y Cantabria (-1,1%).

En el resto de comunidades las ventas se han elevado en porcentajes muy variables que van desde el muy modesto 0,1% de Madrid hasta los muy notables de Baleares (66,5%) y Navarra (49,1%) (Tabla 2.4.3).

En el análisis de las variaciones de las ventas anuales por habitante de 15-65 años de los distintos tipos de labor según Comunidad Autónoma (Tabla 2.4.4), se debe tener en consideración el consumo de los turistas o transeúntes, que afectaría en mayor medida a Baleares y otras comunidades de la costa mediterránea. Por lo tanto, las cifras de ventas anuales por habitante según Comunidad Autónoma no son directamente comparables sin efectuar algún tipo de corrección.

Centrándonos en las ventas anuales de cigarrillos por habitante, cabe mencionar que éstas crecieron en el periodo 1992-2002 en 13,3 cajetillas por habitante, al pasar de 154,2 cajetillas en 1992 a 164,5 en 2002. Por Comunidad Autónoma, y dejando a un lado Baleares por la razón antes expuesta, son Valencia (199,8 cajetillas), Navarra (190,5), Cataluña (174,9) y Murcia (172,8) las que registran mayores volúmenes de ventas por habitante, mientras que los mayores incrementos en el periodo 1992-

2002 se han producido en Navarra (57,9), País Vasco (29,7), Galicia (25), Cataluña (23,3) y Andalucía (21,3).

Por su parte, las ventas anuales de cigarrillos por habitante también han aumentado en el referido periodo en 12,5 unidades por habitante. Las Comunidades con mayores ventas de cigarrillos por habitante fueron La Rioja, Navarra y Cataluña, siendo en las dos últimas donde se han producido los mayores incrementos de ventas en el periodo 1992-2002.

Por lo que respecta a la picadura de liar, sólo es apreciable el incremento de las ventas anuales por habitante en Baleares (10,2 bolsas) y en la Comunidad Valenciana (2,3 bolsas). En el resto de Comunidades es es los incrementos no sobrepasan la unidad, o bien las ventas tienden a mantenerse o disminuir. Las ventas anuales de picadura de pipa por habitante mantienen aún una mayor estabilidad (Tabla 2.4.4).

En resumen, los cigarrillos representan un 94,7% de los ingresos por la venta global de tabaco, seguidos de los cigarrillos puros, con una cuota del 4,5% de los ingresos. Entre los años 1992 y 2002 las ventas de cigarrillos crecieron globalmente un 1,9%, mientras que las de los cigarrillos descendieron en un 2,5%. Las ventas anuales por habitante en ese mismo periodo crecieron en 13,3 cajetillas, situándose en 167,5 cajetillas. Una evolución similar siguieron las ventas anuales por habitante de cigarrillos que crecieron en 12,5 unidades, situándose en 39,2 unidades. En las restantes variedades de tabaco no se aprecian variaciones significativas en las cifras de ventas por habitante.

Tabla 2.4.3. Volumen de ventas anuales de cigarrillos, según Comunidad Autónoma (millones de cajetillas). España*, 1992-2002.

CCAA	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Variación 1992/2002 (%)
Andalucía	704,8	640,6	675,0	642,2	608,7	667,8	744,5	762,1	784,6	814,9	829,9	17,7
Aragón	139,3	131,6	137,5	132,6	123,4	132,2	142,4	137,2	136,4	135,9	135,2	-2,9
Asturias	102,6	95,8	107,6	97,0	86,9	96,8	108,4	103,6	108,2	110,4	108,3	5,6
Cantabria	61,7	56,1	60,8	56,6	53,7	57,7	63,1	61,2	60,4	62,2	61,0	-1,1
Castilla-La Mancha	194,5	180,8	191,8	177,2	167,7	180,7	193,0	187,3	185,6	188,1	187,3	-3,7
Castilla y León	248,7	230,2	254,0	232,0	241,2	234,2	260,9	247,4	243,1	247,3	244,2	-1,8
Cataluña	640,3	600,1	638,0	608,0	601,4	640,0	705,3	725,9	731,5	756,6	775,7	21,1
C. Valenciana	496,8	468,4	504,3	479,4	465,5	498,4	533,3	541,2	559,4	570,4	581,5	17,0
Extremadura	126,2	117,4	124,9	117,2	110,4	117,9	125,8	120,6	118,5	118,3	115,2	-8,7
Galicia	191,7	177,2	198,1	181,7	155,4	184,7	220,9	216,4	226,6	237,8	235,1	22,6
Baleares	114,5	114,8	128,5	124,7	122,5	130,1	144,5	164,2	187,4	193,6	190,6	66,5
La Rioja	28,2	26,1	28,8	26,6	25,1	27,1	30,2	28,9	28,0	28,9	28,6	1,4
Madrid	608,0	544,2	576,4	541,5	530,0	570,2	616,9	603,4	600,3	609,6	608,4	0,1
Murcia	120,0	113,4	121,1	116,8	114,0	123,8	133,9	135,4	136,2	140,5	143,1	19,3
Navarra	49,1	47,8	57,6	55,0	56,0	60,3	67,2	66,0	65,8	70,0	73,2	49,1
País Vasco	167,9	152,6	176,5	159,0	148,8	161,7	201,4	192,2	203,7	211,7	213,4	27,1
Total	3.994,3	3.697,1	3.980,9	3.747,5	3.610,5	3.883,6	4.291,7	4.293,0	4.375,7	4.496,0	4.530,8	13,4

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.4.4. Ventas anuales de tabaco *per capita*, según Comunidad Autónoma. España*, 1992-2002.

CCAA	Cigarrillos (cajetillas)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (bolsas)			Picadura de pipa (bolsas)		
	1992	2002	Variación	1992	2002	Variación	1992	2002	Variación	1992	2002	Variación
Andalucía	142,1	163,4	21,3	10,3	22,4	12,1	0,1	1,0	0,8	0,1	0,1	0,0
Aragón	177,4	167,5	-10,0	38,0	49,8	11,9	0,6	0,5	-0,1	0,1	0,1	-0,1
Asturias	140,4	147,5	7,1	35,0	43,4	8,4	0,4	0,3	-0,1	0,1	0,1	-0,1
Cantabria	168,4	163,5	-4,9	34,9	49,7	14,8	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
C.-La Mancha	173,6	162,9	-10,6	28,4	36,8	8,4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
C. y León	149,1	149,2	0,1	48,3	56,1	7,7	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0
Cataluña	151,6	174,9	23,3	31,0	50,4	19,4	0,5	1,3	0,8	0,1	0,1	0,0
C. Valenciana	180,8	199,8	19,0	21,7	33,0	11,3	0,5	2,8	2,3	0,1	0,1	0,1
Extremadura	176,7	165,4	-11,3	16,7	32,1	15,5	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Galicia	102,6	127,6	25,0	15,8	27,8	11,9	0,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Baleares	225,3	320,5	95,2	44,1	62,4	18,3	1,8	12,0	10,2	0,2	0,5	0,3
La Rioja	150,0	150,9	-8,1	79,5	80,7	1,2	0,6	0,2	-0,4	0,0	0,0	0,0
Madrid	170,0	155,6	-14,4	17,4	24,5	7,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Murcia	158,6	172,8	14,3	17,4	27,7	10,2	0,1	0,5	0,3	0,0	0,1	0,1
Navarra	132,5	190,5	57,9	70,4	99,4	29,0	0,3	1,2	0,9	0,0	0,1	0,1
País Vasco	113,9	143,6	29,7	62,6	80,3	17,7	0,3	0,7	0,4	0,1	0,1	0,0
Media nacional	154,2	167,5	13,3	26,7	39,2	12,5	0,3	1,1	1,1	0,1	0,1	0,0

Nota : Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población entre 15 y 65 años.

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

3

Indicadores de prevención

Las Comunidades Autónomas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas han continuado realizando la sistematización de la información sobre los programas de prevención. Con tal finalidad, se han ido elaborando de forma consensuada, unas fichas para recoger información sobre los programas de los diferentes ámbitos de la prevención. En el año 1999 se sistematizó la información sobre los programas de prevención escolar. En 2000, se continuó con los programas de ámbito familiar, y en 2001, con la de los programas de prevención con menores, y de ocio y tiempo libre.

Presentamos a continuación los datos sobre los programas de prevención con menores y de ocio y tiempo libre que hemos recogido en el año 2001. Estos datos deben interpretarse como una aproximación a la realidad en estos ámbitos, ya que al ser el primer año que se recoge, no todas las Comunidades Autónomas han podido facilitar dicha información.

3.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN CON MENORES

Todas las Comunidades Autónomas que han enviado información, cuentan con programas preventivos para jóvenes en situación de riesgo. Estos jóvenes suelen proceder de barrios de actuación preferente.

La mayoría de programas son diseñados *ad hoc* para ellos. Así, tenemos que el 67% de los programas que se realizan son indicados, y los restantes, selectivos.

La Administración Local es la responsable del 75% de los programas que se realizan, correspondiendo el otro 25% a las Comunidades Autónomas.

El mayor número de programas va dirigido a los jóvenes de entre 14 y 16 años (Figura 3.1.1).

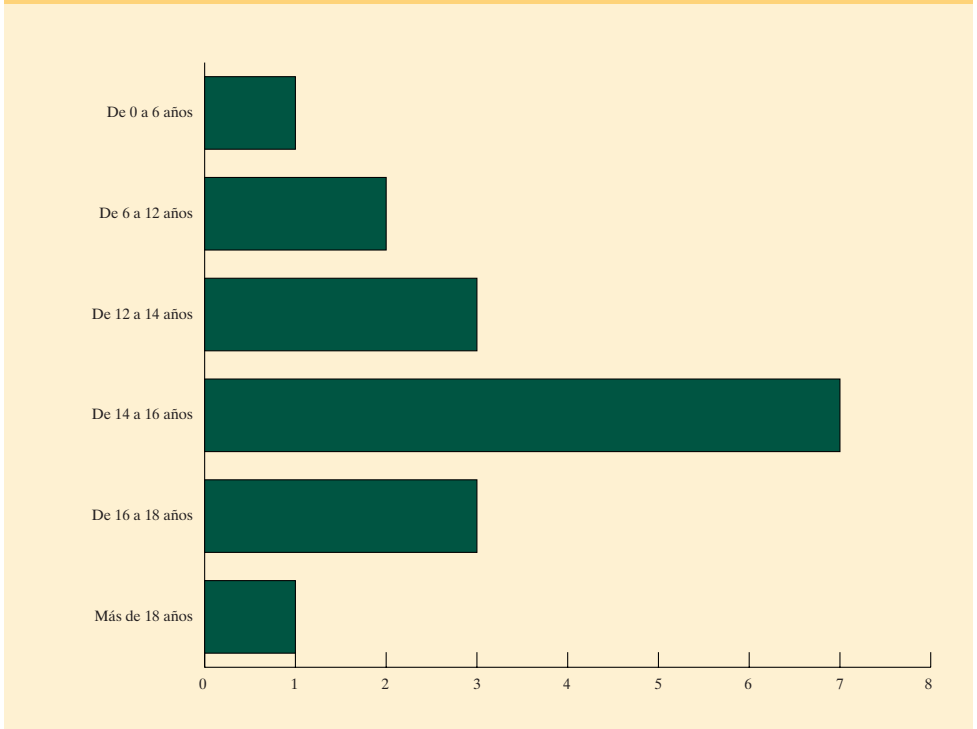
Los factores de riesgo que más frecuentemente motivan la intervención con estos menores son:

- **A nivel personal:** haberse iniciado en el consumo de drogas y tener comportamientos antisociales.
- **A nivel familiar:** pertenecer a familias muy conflictivas y, en muchos casos, con problemas de alcoholismo.
- **A nivel escolar:** sufrir fracaso escolar, tener problemas de conducta y dificultad en el proceso de socialización.
- **Del entorno en el que viven:** proceder de zonas con alta disponibilidad de drogas, de entornos con una alta deprivación social y con mucha delincuencia (Figura 3.1.2).

La demanda para entrar en estos programas se realiza principalmente a través de las ONGs, de los Servicios Sociales del Ayuntamiento y del Sistema Educativo.

En cuanto a las características técnicas, cabe resaltar que el 50% de los programas que se aplican se ajustan a los criterios de calidad establecidos por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas. Por otro lado, el 33% de los materiales didácticos utilizados también se ajustan a esos criterios (Figura

Figura 3.1.1. Rango de edades de los destinatarios de los programas.



3.1.3). Intervienen un promedio de 3 profesionales en cada programa. La mitad de estos profesionales han recibido una formación específica en prevención de las drogodependencias, que en la mayoría de los casos está homologada por alguna institución educativa. Un 36% de programas han realizado tanto la evaluación del proceso como la de resultados (Figura 3.1.4). El grado de consecución de los objetivos es medio-alto. En los programas se realizan principalmente actividades de orientación y asesoramiento a las familias de los menores, de ocio y tiempo libre para los menores y de desarrollo personal (Figura 3.1.5).

Las principales dificultades encontradas en la aplicación de los programas son:

- Captación e implicación de los jóvenes en el programa.
- Falta de colaboración por parte de los menores.
- Comportamiento conflictivo de los menores: intimidación verbal, rechazo, falta de atención, interrupciones, faltas de asistencia...
- Tiempo de intervención.
- Contratos de educadores.

Figura 3.1.2. Factores de riesgo que con más frecuencia motivan la intervención con los menores.



Las Comunidades Autónomas consideran que para desarrollar y mejorar los programas de prevención con menores en riesgo se debería: trabajar con grupos más reducidos, utilizar metodologías más activas y participativas, que las instituciones con responsabilidad hacia este

colectivo tengan una más estrecha coordinación y cooperación, intervención en el absentismo así como una intervención más selectiva con las familias de alto riesgo. En el año 2001 han participado en los diferentes programas 11.276 menores.

Figura 3.1.3. Porcentaje de materiales didácticos que se ajustan a los criterios establecidos por la conferencia sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.

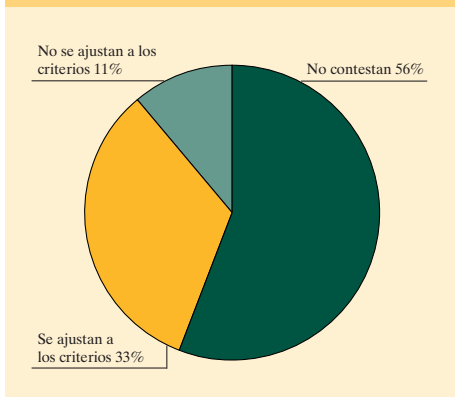


Figura 3.1.4. Evaluaciones realizadas en los diferentes programas.

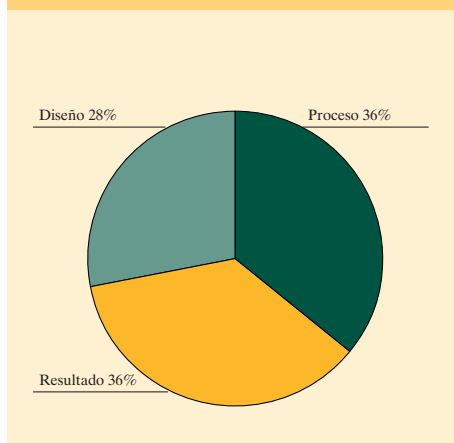
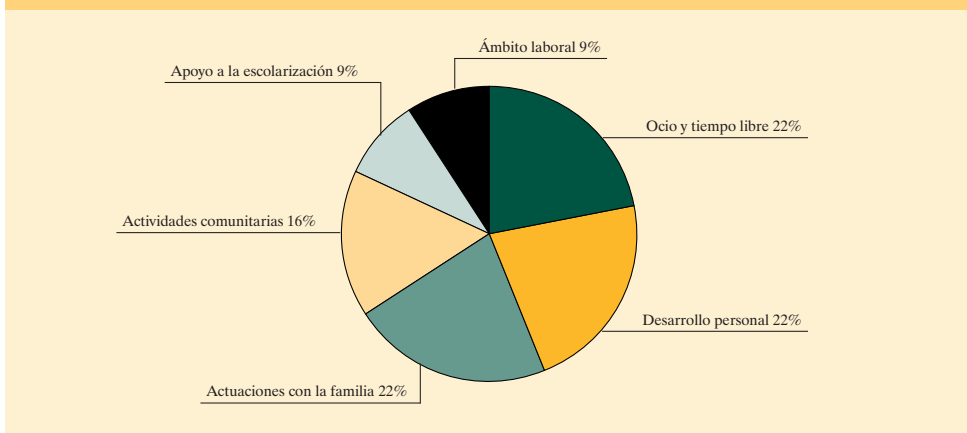


Figura 3.1.5. Actividades desarrolladas en los programas



3.2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

El 90% de los programas de prevención que se han desarrollado durante el año 2001 son programas destinados a una población universal. Los adolescentes son el grupo más implicado en estos programas (Figura 3.2.1), que se llevan a cabo principalmente en horario de tarde (Figura 3.2.2). La mayoría de los programas, el 67%, se realizan durante el fin de semana. Las

instalaciones municipales son los lugares donde mayoritariamente se aplican (Figura 3.2.3).

Las actividades deportivas son las más ofertadas, seguidas de actividades lúdicas diversas (Figura 3.2.4).

El 73% de los monitores encargados de los diferentes programas, han recibido una formación específica en prevención de drogodependencias. En el año 2001 han participado 541.846 personas.

Figura 3.2.1. Porcentaje de grupos y/o población implicada en los programas.

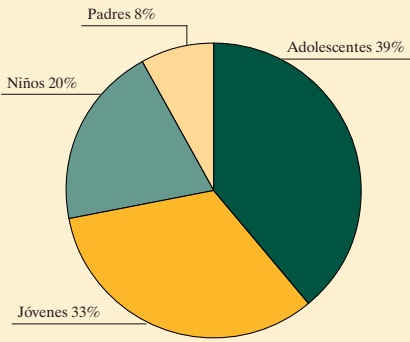


Figura 3.2.2. Momento del día en que se realizan las actividades.

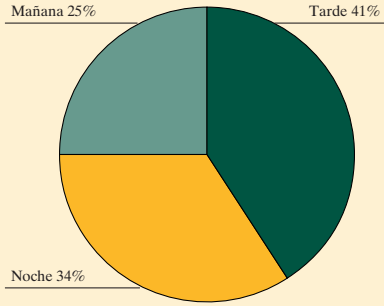


Figura 3.2.3. Lugares donde se aplican los programas.

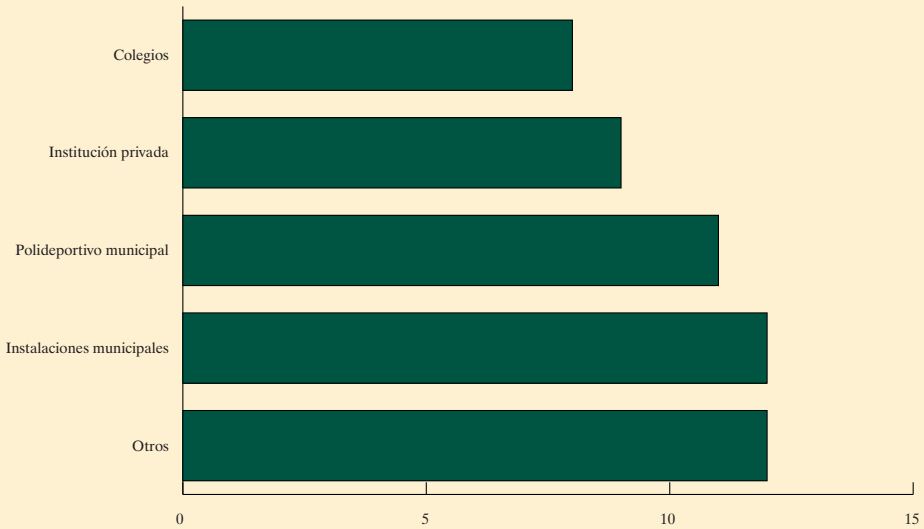
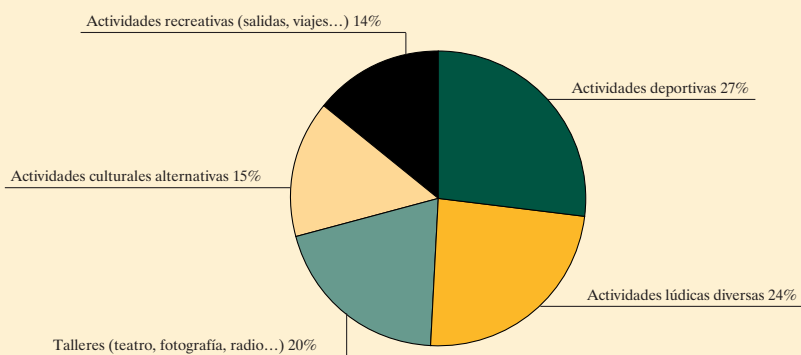


Figura 3.2.4. Tipos de actividades que se realizan en los programas de ocio y tiempo libre.



4

Indicadores asistenciales

4.1. INDICADOR ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En 2001 se notificaron 49.376 admisiones a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 492 centros declarantes de las 17 Comunidades Autónomas y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas fue prácticamente idéntico al de 2000 (49.487), e inferior al de 1999 (51.191 casos) y 1998 (54.338). Este descenso o estabilización rompe la tendencia al ascenso ininterrumpido que se observó entre 1987 y 1998, y puede atribuirse fundamentalmente al impacto de tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opiáceos), que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales.

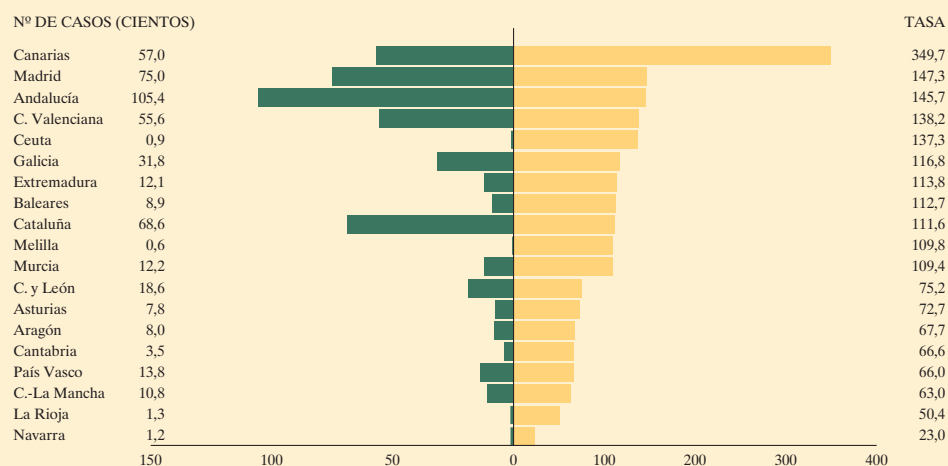
En 2001 la tasa global de admisiones fue de 123,9 casos por 100.000 habitantes y la correspondiente al grupo de edad de 15 a 39 años de 271,3/100.000. Las comunidades con mayores tasas fueron Canarias, Madrid y Andalucía, y las más bajas Navarra y La Rioja (Figura 4.1.1). Las diferencias interautonómicas pueden responder tanto a diferencias de base en el consumo problemático de drogas, como a desigualdades en la oferta y utilización de servicios, como incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento en 2001 se debieron a heroína (68,3%), aunque el número

de tratamientos por cocaína es ya muy importante (9.367 admisiones, 19% del total), llegando a superar el 20% del conjunto de tratados en las comunidades de Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, País Vasco, Navarra y Madrid, y el 40% de los admitidos por primera vez en las mismas comunidades citadas, excepto Madrid. La proporción de tratamientos por otras sustancias psicoactivas es bajo: cánnabis (7,4%), opiáceos distintos a heroína (2,4%), hipnosedantes (1%), éxtasis (0,7%), anfetaminas (0,5%), alucinógenos (0,2%) e inhalables volátiles (0,1%). Tres de cada cuatro tratamientos por opiáceos distintos a heroína (890) se atribuyeron a abuso o dependencia de metadona (cuyo significado es confuso) y 66 a codeína. Los hipnosedantes responsables de casi todos los tratamientos fueron las benzodiazepinas, y de ellas, la que motivó con mucha diferencia más tratamientos fue el alprazolam (Trakimazin^R). Entre las anfetaminas, la sustancia a la que se atribuyeron un mayor número de tratamientos fue al sulfato de anfetamina y entre los alucinógenos, al LSD. No obstante, el peso de las distintas drogas varía mucho según se trate o no de casos con tratamiento previo (Figura 4.1.2). De hecho, si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, el peso de drogas como la cocaína (34%) o el cánnabis (16,9%) es mucho mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor (42,4%).

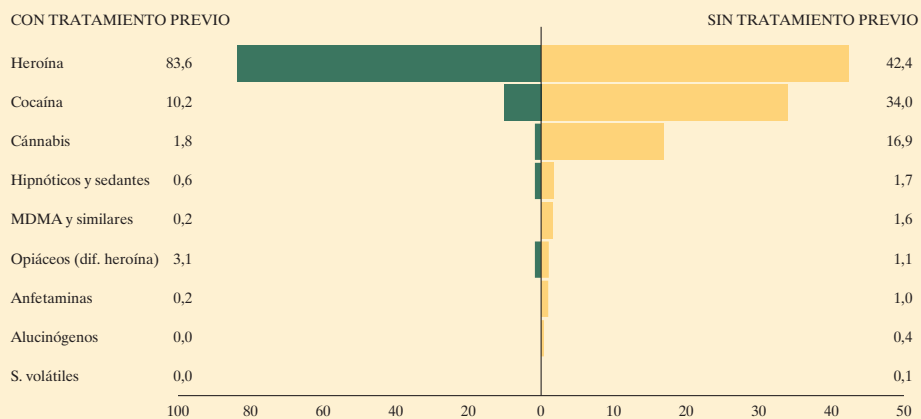
Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante en los últimos años, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida

Figura 4.1.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (números absolutos y tasas por 100.000 habitantes). España, 2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.2. Droga que motiva el tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (porcentajes). España, 2001.



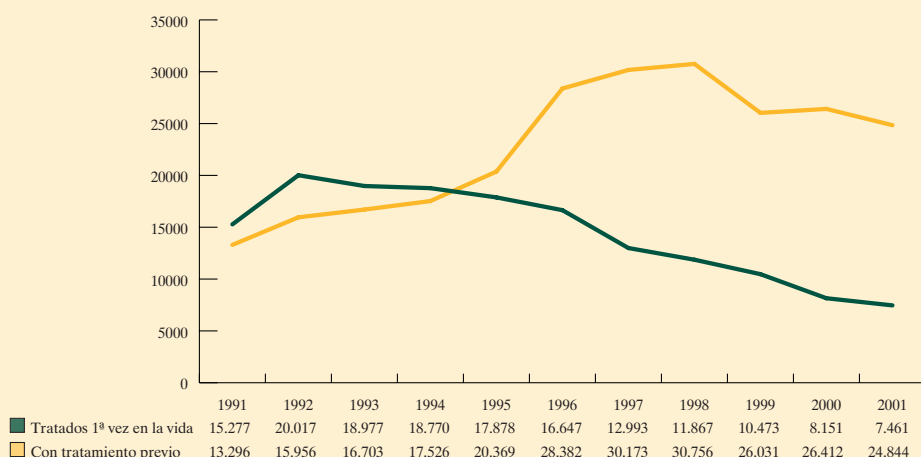
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

a partir de 1992. En cambio, las admisiones a tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir de 1998 (Figura 4.1.3). Por lo que respecta a la evolución de las admisiones a tratamiento por cocaína, se constata un aumento suave entre 1991 y 1995 y un fuerte aumento entre 1996 y 1999. A partir de dicho año se rompe la tendencia ascendente (8.977 admisiones en 1999, 8.522 en 2000 y 9.367 en 2001), debido a la estabilización de los casos sin tratamiento previo (Figura 4.1.4). El número de admisiones a tratamiento por cannabis se ha multiplicado por 2,3 entre 1996 y 2001 (Figura 4.1.5). También ha aumentado considerablemente el número de tratamientos por hipnosedantes, a expensas sobre todo de los tratados por primera vez (Figura 4.1.6). En el mismo período el número de admisiones por éxtasis ha aumentado ligeramente, mientras que el número de admitidos por anfetaminas o alucinógenos ha permanecido relativamente estable (Figura 4.1.7).

La gran mayoría (84,7%) de los admitidos a tratamiento en 2001 fueron varones (Tabla 4.1.1). La proporción más alta de varones se observó entre los tratados por sustancias volátiles (93,3%) y cannabis (90,1%), y la más baja entre los tratados por hipnosedantes (56%) (Tabla 4.1.2). Entre los tratados por primera vez la proporción de varones fue algo menor que en los previamente tratados (Tabla 4.1.1).

La edad media de los tratados en 2001 fue 31,5 años (29,0 en los tratados por primera vez y 32,8 años en los tratados previamente (Tabla 4.1.1). La edad media más baja se observó en los tratados por sustancias volátiles (22,9 años), éxtasis (21,4) y cannabis (24,1), y la más alta entre los tratados por hipnosedantes (34,5 años) (Tabla 4.1.2) (Figura 4.1.8). Entre los tratados de 20 y más años predominaron los tratamientos por heroína, mientras que en los más jóvenes predominaron los tratamientos por cannabis. De hecho, en los menores de 15

Figura 4.1.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España. 1991-2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.4. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España, 1991-2001.

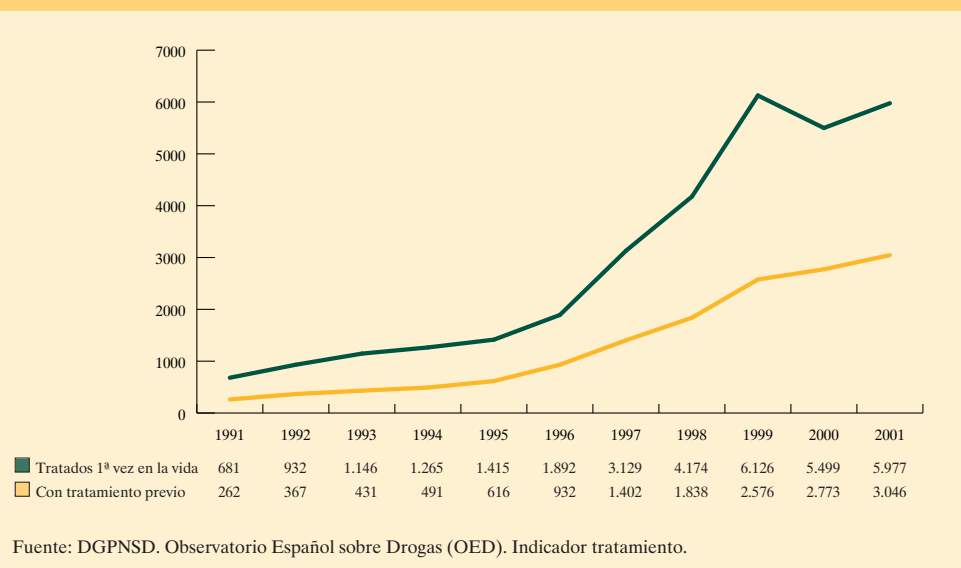


Figura 4.1.5. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2001.

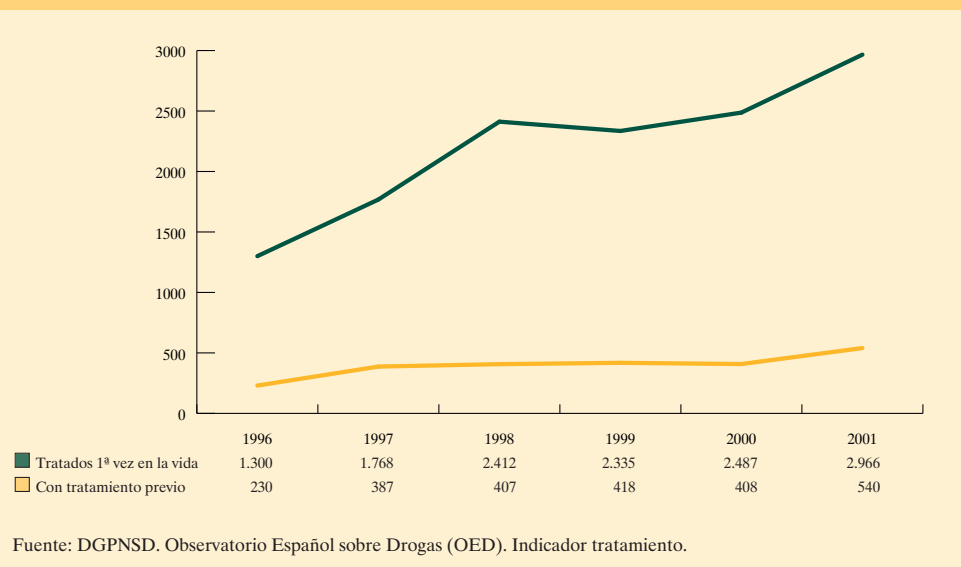
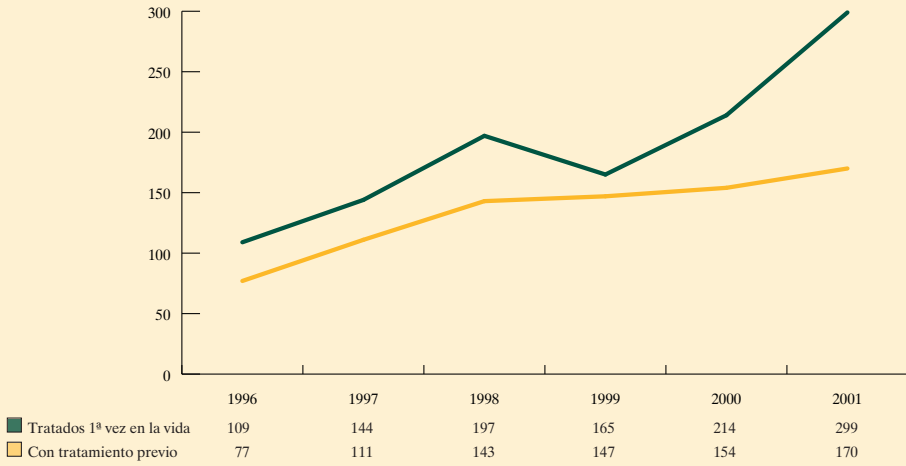
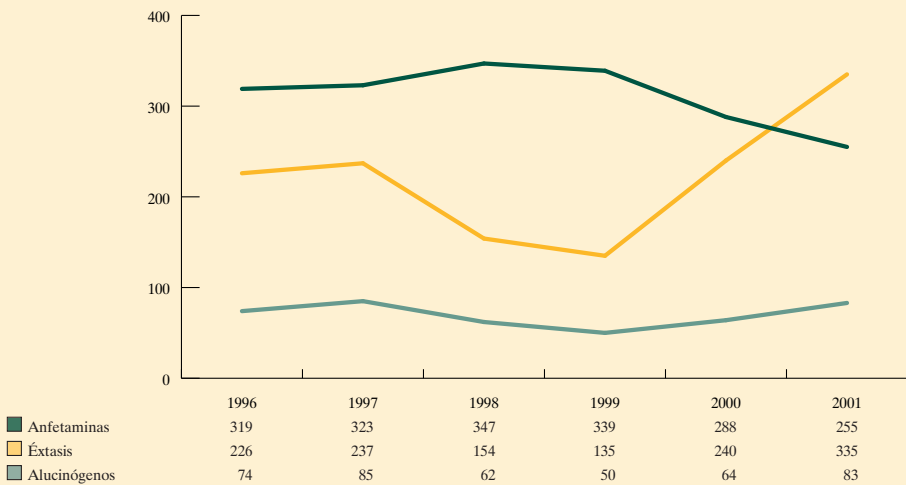


Figura 4.1.6. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnose-dantes (números absolutos). España, 1996-2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.7. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos en España, 1996-2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Tabla 4.1.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo y sexo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 2001.

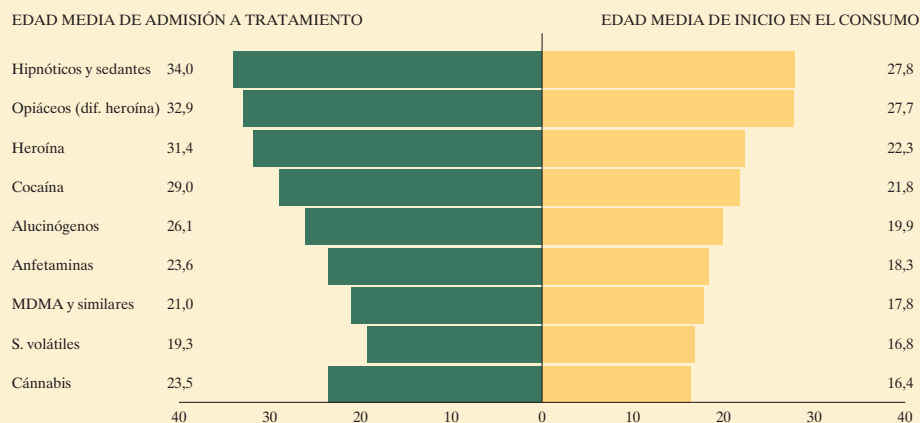
	Total	Tto. previo*		Sexo	
		Sí	No	Hombre	Mujer
Nº admisiones a tratamiento notificadas	49.376	29.730	17.591	41.813	7.527
Realización previa de otro tratamiento					
Sí	62,8	–	–	63,0	62,1
No	37,2	–	–	37,0	37,9
Edad media (años)	31,50	32,85	29,03	31,61	30,94
Sexo (%)					
Hombres	84,7	85,0	84,6	–	–
Mujeres	15,3	15,0	15,4	–	–
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	11,8	12,6	10,8	11,8	11,6
Primaria - 5º EGB	35,8	38,5	32,0	36,8	30,4
B. Elemental - EGB - ESO	32,3	31,0	34,2	32,3	32,3
FP - BUP - otros	16,8	15,1	18,9	16,0	20,8
Estudios medios y superiores	3,3	2,8	4,2	3,1	4,8
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	38,1	33,5	46,1	40,3	25,7
Parado, no habiendo trabajado	7,5	8,0	6,7	6,5	13,0
Parado, habiendo trabajado	37,9	43,0	29,9	38,0	37,9
Otros	16,5	15,5	17,4	15,2	23,4
Droga principal de admisión a tratamiento (%)					
Heroína	68,3	83,6	42,4	68,0	69,6
Otros opiáceos*	2,4	3,1	1,1	2,2	3,5
Cocaína	19,0	10,2	34,0	19,4	16,7
Anfetaminas	0,5	0,2	1,0	0,5	0,8
MDMA y derivados	0,7	0,2	1,6	0,6	0,9
Hipnóticos y sedantes	1,0	0,6	1,7	0,7	2,9
Cánnabis	7,4	1,8	16,9	7,9	4,8
Alucinógenos	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Otras sustancias	0,5	0,2	0,9	0,5	0,6
Edad media al inicio del consumo (años)	20,78	20,55	21,18	20,71	21,18
Vía principal de consumo (%)					
Oral	5,2	4,6	6,2	4,6	9,0
Fumada	26,4	21,7	32,2	26,4	26,4
Inhalada	32,1	37,6	24,1	32,2	31,0
Esnifada	16,8	10,0	29,0	16,8	16,4
Inyectada	17,4	22,9	8,0	17,8	15,5
Otras	2,1	3,3	0,5	2,2	1,7
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)					
Heroína	3,1	2,8	3,1	3,0	3,4
Otros opiáceos	7,7	9,7	4,3	7,4	9,7
Cocaína	55,6	62,5	41,6	55,5	56,1
Anfetaminas	3,3	2,2	5,2	3,3	3,2
MDMA y derivados	3,6	1,7	7,0	3,7	3,1
Hipnóticos y sedantes	16,2	19,1	10,2	15,6	19,2
Cánnabis	36,7	35,0	39,4	37,9	29,6
Alucinógenos	2,3	1,4	3,4	2,3	2,2
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1
Alcohol	34,5	29,2	43,7	35,7	27,9
Otras sustancias	17,3	16,8	18,5	16,8	20,2
Tiempo desde última inyección (%)					
Menos de 30 días	17,0	21,1	9,7	17,4	14,9
Un mes - un año	6,5	8,8	2,7	6,4	7,0
Uno - cuatro años	9,8	13,7	3,4	9,8	10,0
Cinco años o más	9,7	13,2	4,0	9,6	10,4
Nunca	56,9	43,2	80,2	56,8	57,7
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	13,8	18,4	5,7	13,0	18,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,9	23,7	20,6	21,8	22,8
Negativo (sin análisis últimos 6 meses, sin fecha análisis)	25,1	29,8	16,6	25,5	22,9
Sin análisis o resultado desconocido	39,2	28,1	57,1	39,7	36,4

* El número de casos con y sin tratamiento previo pueden no sumar el total debido a los casos en los que la variable "Realización previa de algún tratamiento" es desconocida.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

Fuente: DGNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 4.1.8. Edad media de los admitidos a tratamiento y edad media al inicio del consumo, entre los tratados por primera vez, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

años los tratamientos por cánnabis representaron el 62,1% del total de tratamientos, y en los de 15-19 años el 46,4% (66% y 46,4%, si se consideran sólo los tratamientos por primera vez en la vida). Por otra parte, entre los tratados por primera vez menores de 25 años el número de tratamientos por cocaína superó al número de tratamientos por heroína. La edad media de los admitidos a tratamiento ha aumentado mucho entre 1991 y 2001. Así, entre los tratados por heroína por primera vez en la vida ha pasado de 25,7 años en 1991 a 31,4 años en 2001 (Figura 4.1.9) y entre los tratados por cocaína por primera vez de 26,6 a 29 años (Figura 4.1.10).

La mayoría de los admitidos a tratamiento en 2001 (79,9%) habían completado un nivel de estudios de EGB o inferior (Tabla 4.1.1). El nivel de estudios tiende a mejorar ligeramente con el paso del tiempo, pero continuaba presen-

tando diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2001 las mayores proporciones de personas con estudios de BUP o superiores completados correspondieron a los tratados por éxtasis (30,6%), cánnabis (30,0%), alucinógenos (29,3%), anfetaminas (28,5%) y cocaína (28,4%), y los más bajos a los tratados por sustancias volátiles (13,7%) y heroína (16,3%) (Tabla 4.1.2).

Un 45,4% de los admitidos a tratamiento en 2001 estaban parados, siendo esta proporción más alta entre los que habían sido tratados previamente. Como sucedía con el nivel de estudios, la proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo las cifra más alta a heroína (52,6%) y las más bajas a cánnabis (25,5%), anfetaminas (27,6%) y éxtasis (27,7%) (Tablas 4.1.1 y 4.1.2).

Tabla 4.1.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y medias). España, 2001.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hipnosedantes	Cánnabis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras***
Nº admisiones a tto. notificadas	33.702	1.186	9.367	255	335	491	3.674	83	30	253
Realización de algún tratamiento previo										
Sí	76,9	82,6	33,8	29,1	15,0	36,2	15,4	14,8	28,6	30,3
No	23,1	17,4	66,2	70,9	85,0	63,8	84,6	85,2	71,4	69,7
Edad media (años)	32,82	33,89	29,82	25,00	21,43	34,47	24,13	26,00	22,93	31,66
Sexo (%)										
Hombres	84,4	77,8	86,6	77,6	80,6	56,0	90,1	83,1	93,3	81,0
Mujeres	15,6	22,2	13,4	22,4	19,4	44,0	9,9	16,9	6,7	19,0
Máximo nivel de estudios completado (%)										
Sin estudios	14,3	9,9	6,3	3,6	4,0	11,3	5,0	11,0	20,7	19,2
Primaria - 5º EGB	38,8	40,1	29,0	28,6	23,5	36,1	26,6	29,3	41,4	31,0
B. Elemental - EGB - ESO	30,6	30,9	36,3	39,3	41,9	25,5	38,4	30,5	24,1	27,1
FP - BUP - otros	13,8	15,9	23,6	22,2	27,5	21,1	24,0	25,6	10,3	15,3
Estudios medios y superiores	2,5	3,1	4,8	6,3	3,1	6,1	6,0	3,7	3,4	7,4
Situación laboral principal (%)										
Trabajando	31,3	42,6	58,5	48,8	45,3	29,7	45,7	39,5	17,2	34,7
Parado, no habiendo trabajado	8,8	4,6	4,2	6,9	7,0	7,3	5,6	3,7	24,1	5,1
Parado, habiendo trabajado	43,8	33,7	26,7	20,7	20,7	32,6	19,9	27,2	20,7	24,6
Otros	16,1	19,1	10,6	23,6	27,1	30,4	28,8	29,6	37,9	35,6
Edad al inicio del consumo (años)	20,84	25,07	21,61	18,32	17,95	26,93	16,40	19,68	15,74	21,94
Vía principal de consumo (%)										
Oral	1,0	84,2	0,9	66,5	95,1	95,1	2,2	76,9	3,6	33,2
Fumada	24,9	3,0	10,1	2,0	1,5	2,5	96,7	6,4	14,3	25,7
Inhalada	42,5	4,4	15,0	2,4	0,0	0,8	0,9	12,8	82,1	8,4
Esnifada	4,6	1,1	69,4	25,3	2,1	0,4	0,2	0,0	0,0	24,8
Injectada	24,2	5,7	4,1	3,3	0,0	0,4	0,0	3,8	0,0	3,7
Otras	2,9	1,5	0,4	0,4	1,2	0,8	0,1	0,0	0,0	4,2

Tabla 4.1.2. Continuación

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hipnosedantes	Cánnabis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras***
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)										
Heroína	0,0	19,5	12,2	4,5	2,3	12,6	6,4	1,7	21,7	5,0
Otros opiáceos	10,1	0,0	1,5	2,5	0,4	8,3	0,6	0,0	0,0	1,0
Cocaína	71,9	35,1	0,0	44,4	49,6	29,1	42,8	47,5	21,7	20,0
Anfetaminas	1,8	1,3	7,4	0,0	12,8	2,4	9,0	11,9	4,3	3,0
MDMA y derivados	1,0	0,7	11,3	16,7	0,0	2,0	12,9	11,9	8,7	3,0
Hipnóticos y sedantes	19,8	19,9	6,9	7,6	2,7	0,0	3,9	0,0	8,7	4,0
Cánnabis	35,8	33,8	47,5	61,6	64,0	31,9	0,0	67,8	65,2	47,0
Alucinógenos	1,3	0,2	4,4	11,1	5,0	2,8	8,2	0,0	8,7	4,0
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,2	1,5	0,4	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0
Alcohol	25,1	29,7	63,4	49,0	46,9	49,2	58,0	33,9	43,5	61,0
Otras sustancias	16,2	30,0	18,7	17,2	14,3	29,5	23,0	32,2	21,7	0,0
Tiempo desde última inyección (%)										
Menos de 30 días	22,8	13,4	5,3	6,3	1,0	2,5	1,0	1,7	0,0	2,5
Un mes - un año	8,3	12,9	2,5	2,7	2,0	3,9	0,5	6,9	0,0	5,4
Uno - cuatro años	12,6	28,4	2,4	0,9	1,3	6,5	1,3	5,2	4,2	3,4
Cinco años o más	12,6	12,4	3,3	1,8	0,7	6,0	1,9	1,7	4,2	4,4
Nunca	43,7	32,9	86,5	88,4	95,0	81,1	95,3	84,5	91,7	84,3
Estado serológico frente al VIH (%)										
Positivo	18,1	21,5	3,5	2,0	0,6	10,2	1,7	8,4	0,0	2,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	23,9	18,5	21,1	15,7	11,0	19,3	9,1	21,7	16,7	22,5
Negativo (sin fecha análisis)	28,0	27,0	20,3	12,5	13,1	16,3	14,1	18,1	10,0	11,5
Sin análisis o resultado desconocido	30,1	33,0	55,1	69,8	75,2	54,2	75,1	51,8	73,3	64,0

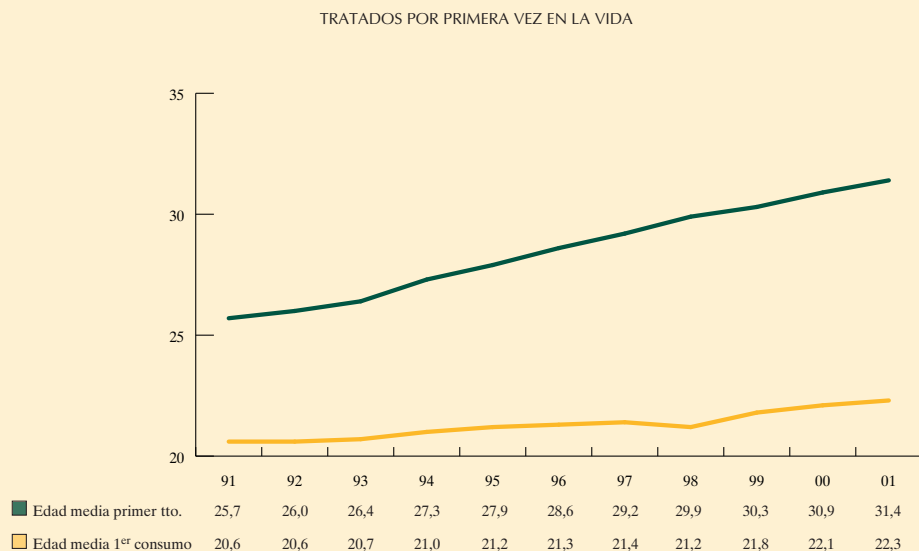
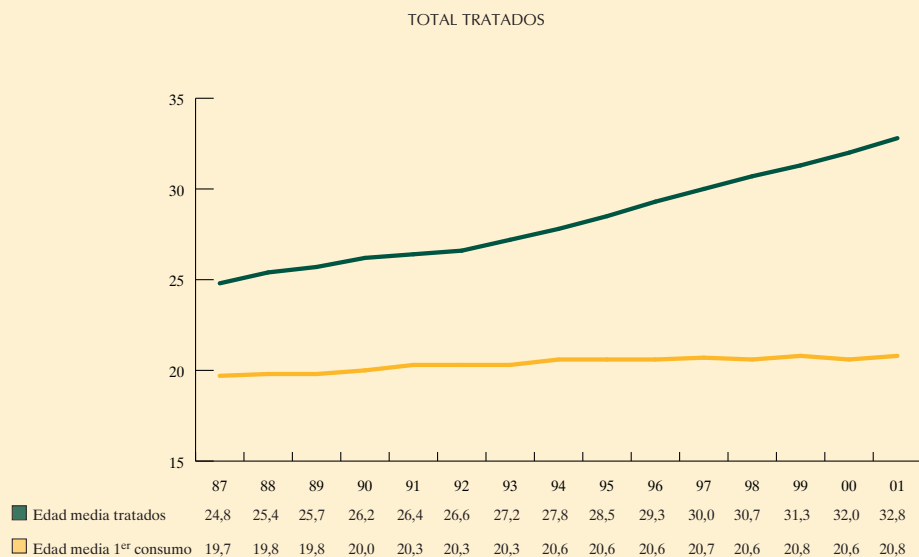
* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

*** En este grupo se ha incluido el resto de las sustancias psicoactivas que no corresponden a las otras categorías, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

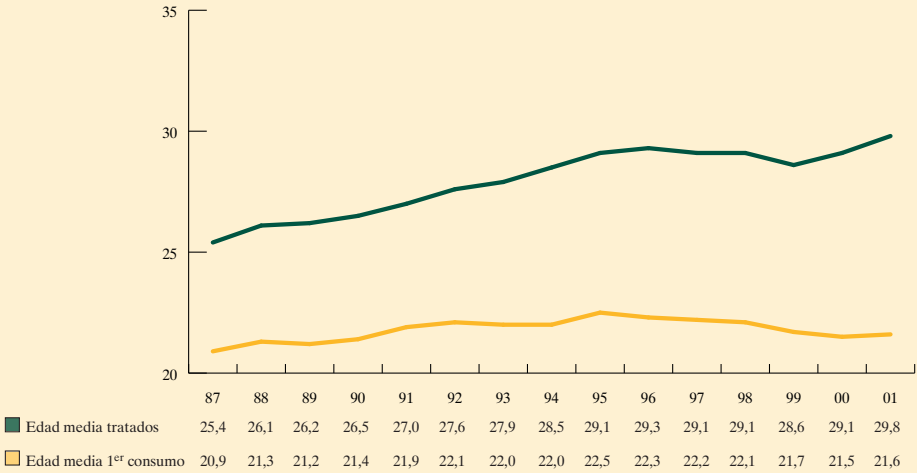
Figura 4.1.9. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína en España, 1987-2001.



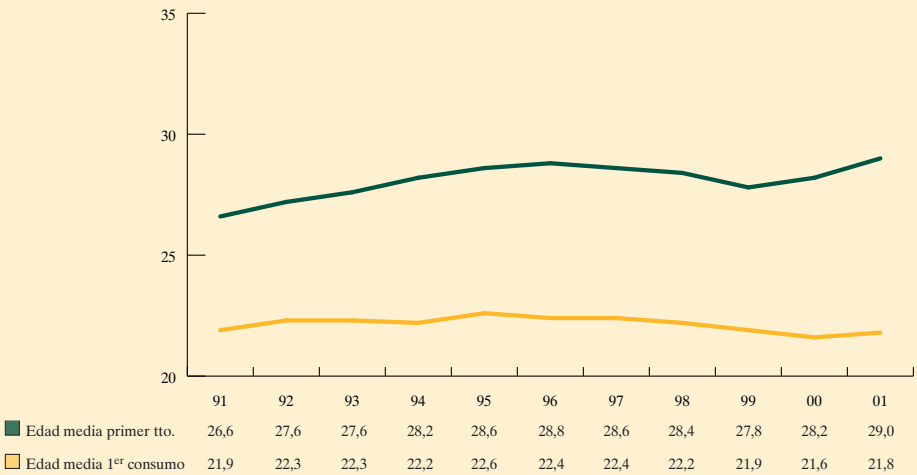
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.10. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por cocaína en España, 1987-2001.

TOTAL TRATADOS



TRATADOS POR PRIMERA VEZ EN LA VIDA



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

La edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 20,8 años, siendo más alta en los tratados por primera vez (21,2 años) que en los previamente tratados (20,6 años), y en las mujeres (21,2 años) que en los hombres (20,7 años). El 44,4% de los hombres y el 41,6% de las mujeres habían iniciado el consumo de dicha droga antes de los 18 años. Además, un 21,3% de los hombres y un 19,9% de las mujeres lo había hecho entre los 18 y los 20 años. Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades más tempranas a inhalables volátiles (15,7 años), cánnabis (16,4 años) y éxtasis (17,9 años), y las más tardías a hipnosedantes (26,9 años) y opioides distintos a heroína (25,1 años) (Tablas 4.1.1 y 4.1.2, Figura 4.1.8). En el período 1991-2001 ha aumentado ligeramente la edad media de inicio en el consumo de heroína, sobre todo entre los tratados por primera vez, entre los que pasó de 20,6 años en 1991 a 22,3 años en 2001 (Figura 4.1.9). En cambio la evolución de la edad media de inicio en el consumo de los tratados por cocaína no ha sido tan clara. Aumentó ligeramente entre 1991 y 1995 (pasando en el caso de los tratados por primera vez de 21,9 a 22,6 años), descendió entre 1995 y 2000 (de 22,6 a 21,6 años para los tratados por primera vez), y en 2001 (21,8 años) parece que se rompe la tendencia descendente (Figura 4.1.10).

En los tratados por primera vez el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por esta droga fue de 7,8 años, observándose los más bajos en los tratados por sustancias volátiles (2,4 años), éxtasis (5,0 años) u opiáceos diferentes a heroína (5,1 años), y los más altos en los tratados por heroína (9,1 años), otras drogas psicoactivas (8,7 años) o cocaína (7,2 años). Las mujeres suelen acudir antes a tratamiento (6,7 años) que los hombres (8,1 años).

Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2001 la vía de administración de esta droga predominante durante los 30 días previos a la admisión fue la pulmonar o fumada (“chinos”), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada y por la intranasal o esnifada. De hecho, la vía fumada fue la más frecuente para

el 67,4% de los tratados y la inyectada para el 24,2%. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), la magnitud de este descenso comenzó y fue mucho más intenso en el caso de los inyectores, cuyo número llegó a descender 5,6 veces entre 1991 y 2001. Ello ha motivado que en la última década se haya producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que consumían esta droga principalmente por vía inyectada pasó de 50,3% en 1991 a 17,5% en 2001, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% a 74,9% (Figura 4.1.11). El análisis por Comunidad Autónoma confirma esta tendencia. En 1991 la mayoría de las comunidades presentaban alta proporción (>60%) de tratados por primera vez que usaban preferentemente la inyección para consumir heroína, siendo baja dicha proporción sólo en algunas comunidades, como Canarias y Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2001 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2001 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína. La vía fumada predominaba en buena parte de España, excepto en algunas comunidades del nordeste (Navarra, Aragón, Cantabria, Baleares y Cataluña). Once comunidades estaban por debajo del 20% en cuanto a la proporción de sujetos que usaban preferentemente la inyección y sólo cuatro estaban por encima del 40%: Navarra (50%), Aragón (46,7%), Cantabria (42,2%) y Baleares (40,5%) (Figuras 4.1.12 y 4.1.13).

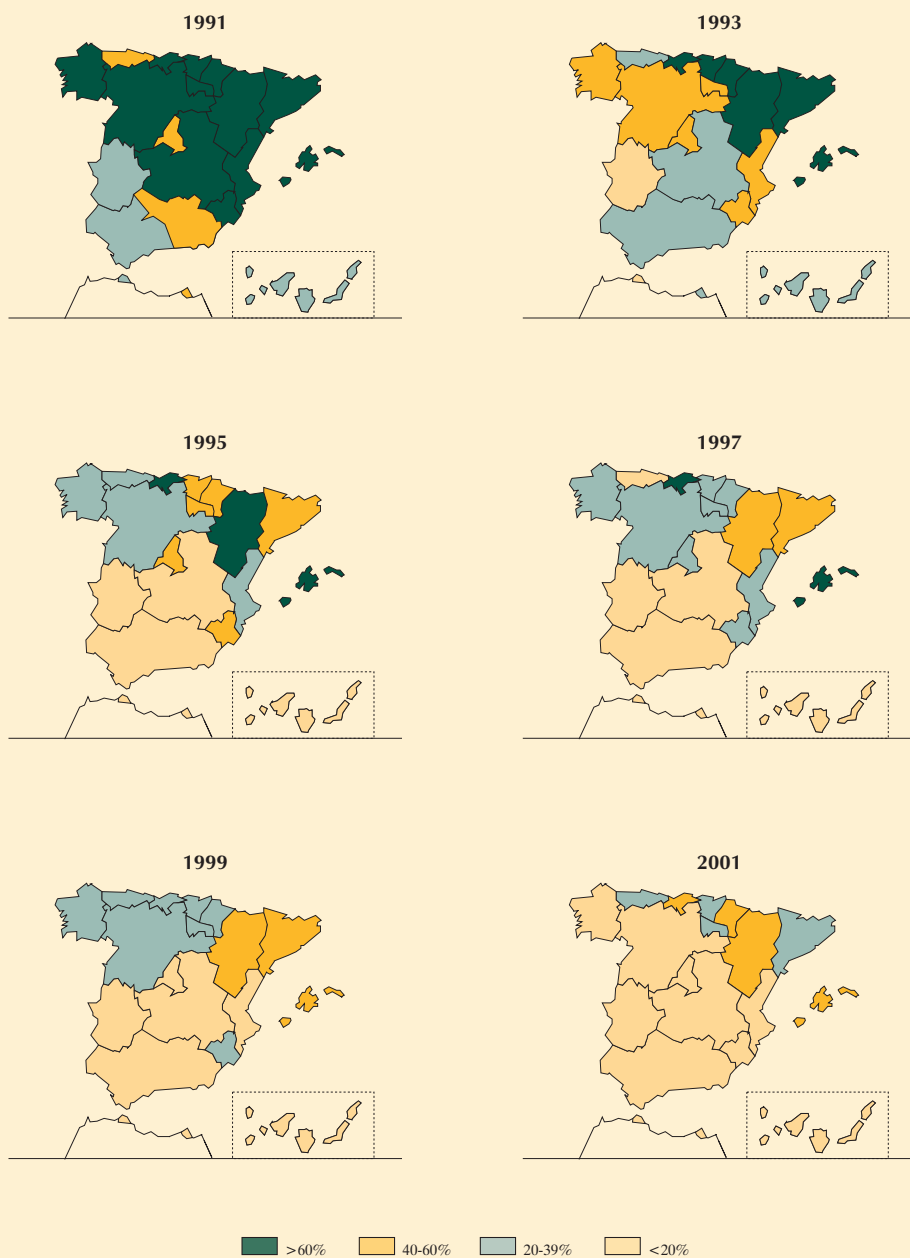
Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2001 la vía predominante de administración de esta droga fue la esnifada (69,4%), seguida de la fumada (25,1%) y la inyectada (4,1%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2001 ha aumentado el uso de

Figura 4.1.11. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2001.



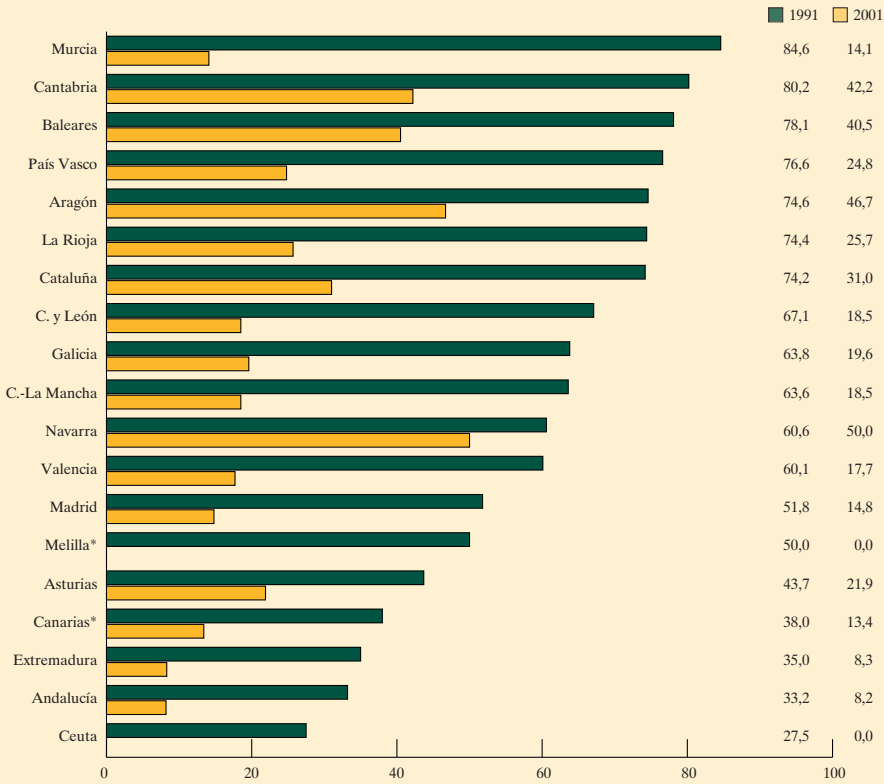
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.12. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral (%). España, 1991-2001.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.1.13. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral (%). España, 1991-2001.



* En la Comunidad Autónoma de Canarias y en la Ciudad de Melilla se presentan los datos de 1992 en lugar de los de 1991, bien porque en 1991 no se recogieron (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores. En Ceuta, en 2001 no se registraron admisiones a tratamiento por heroína cuya vía principal de administración fuese parenteral.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

la vía esnifada, ha disminuido el de la inyectada y se ha mantenido el de la fumada. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por cocaína que usaron esta droga preferentemente por vía esnifada pasó de 55,4% en 1991 a 75,2% en 2001, la de los que usaron la vía inyectada de 19,2% a 1,6% y la de los que usaron la fumada de 24,4% a 21,9%. Sin embargo, esta conclusión puede ser engañosa.

Para comprender mejor la evolución de los tratamientos por cocaína conviene fijarse no sólo en la evolución de las proporciones que usan cada vía de administración sino también en la evolución del número absoluto de tratados que usa cada vía. Así, puede observarse que el aumento espectacular del número de tratamientos por cocaína entre 1991 y 1999 se debió sobre todo al incremento del número de

consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4.777 en 1999 y 4.413 en 2001. Estos datos sugieren también que, a pesar de la estabilidad de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada, en España podría estarse desarrollando una epidemia de uso problemático de *crack* (cocaína fumada). De hecho, entre 1991 y 2001 los tratamientos por *crack* se multiplicaron por 12,2 pasando de 188 a 2.296 casos anuales. Sin embargo, el aumento de los tratados por *crack* estaría enmascarado por el aumento simultáneo y de mayor magnitud de los tratados por cocaína esnifada. Así, entre 1991 y 2001 los tratados por cocaína esnifada se multiplicaron por 16, mientras los tratados por *crack* se multiplicaban por 12,2 (Figura 4.1.14). Se desconoce en qué medida el aumento de problemas por *crack* se debe a la influencia de los consumidores o ex-consumidores de heroína. Aunque los tratamientos por *crack* se producen principalmente en personas que no han usado heroína en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, no se sabe si estas personas son consumidores actuales de metadona o ex-consumidores de heroína. En cualquier caso, se ha observado una asociación positiva entre la proporción de tratamientos por *crack* en las distintas Comunidades Autónomas y la proporción de tratamientos por heroína fumada. A la hora de juzgar estos datos hay que mantener también una cierta cautela porque se ha observado que a menudo los consumidores y los profesionales usan términos como “inhalar” cuyo significado con respecto a la vía de absorción de las sustancias administradas no es unívoco, ya que con él unas veces (o unas personas) se refieren a la vía fumada (administración de gases o vapores con absorción broncopulmonar) y otras veces (u otras personas) a la vía esnifada (administración de polvo con absorción nasofaríngea).

Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motivó el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno el indicador tratamiento incluye la variable “tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó droga”. Al distribuir los admitidos a tratamiento por heroína en 2001 según esta variable, se

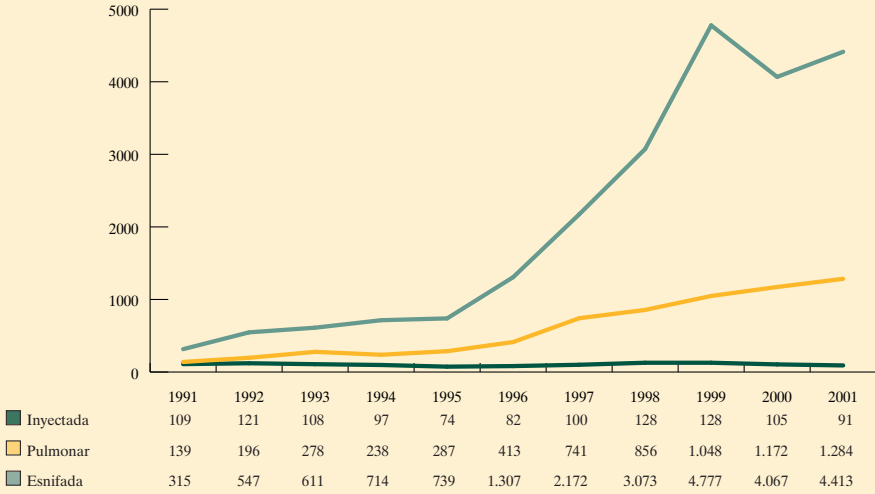
observa que un 43,7% no se habían inyectado nunca (*nunca-inyectores*), un 25,2% se habían inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (*ex-inyectores*), y un 31,1% se habían inyectado en los 12 meses previos (*inyectores actuales*) (Tabla 4.1.2). Entre 1996 y 2001 descendió la proporción de inyectores actuales entre los tratados por heroína, pasando de un 49,6% en 1996 a un 31,1% en 2001. Lo mismo sucedió en los tratados por cocaína, donde esta proporción pasó de 20,8% en 1996 a 7,7% en 2001. Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2001, se encontró una proporción importante de inyectores actuales entre los tratados por opioides diferentes a heroína (26,3%). En los tratados por el resto de las drogas la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (9%), alucinógenos (8,6%), hipnosedantes (6,4%), éxtasis (3%), cánnabis (1,5%) e inhalables volátiles (0%).

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. La mayor parte de los admitidos a tratamiento en 2001 había consumido alguna otra droga (drogas secundarias), además de la que motivó el tratamiento (droga principal), en los 30 días previos a la admisión. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias más citadas fueron cocaína (en el 71,9% de los casos), cánnabis (35,8%), alcohol (25,1%) e hipnosedantes (19,8%). Por su parte, entre los tratados por cocaína las drogas secundarias más citadas fueron alcohol (63,4%), cánnabis (47,5%), heroína (12,2%) y éxtasis (11,3%) (Tabla 4.1.2). En el período 1996-2001 disminuyó claramente la proporción de tratados por cocaína que citó consumo de heroína (22,9% en 1996 y 12,2% en 2001) o hipnosedantes (12,4% y 6,9%). En 2001, el alcohol, el cánnabis, el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos se citaron con mayor frecuencia en los tratados por primera vez por cocaína que en los previamente tratados por esta droga, mientras que sucedió lo contrario con la heroína y los hipnosedantes.

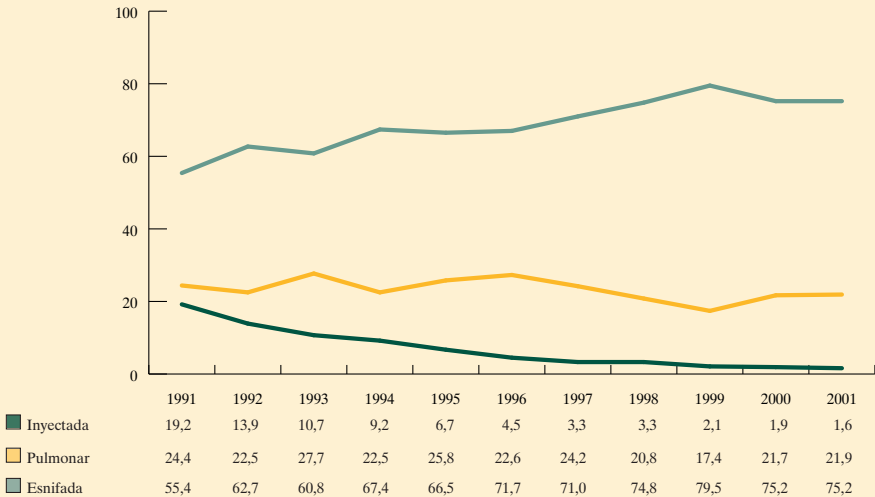
Un 62,8% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2001 dijeron que habían sido previamente tratados por la misma droga principal.

Figura 4.1.14. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2001.

NÚMEROS ABSOLUTOS



PORCENTAJES



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Dicha proporción fue mucho más alta entre los tratados por opiáceos diferentes a la heroína (82,6%) o por heroína (76,9%) que entre los tratados por otras drogas, donde los previamente tratados eran una minoría: hipnosedantes (36,2%), cocaína (33,8%), anfetaminas (29,1%), sustancias volátiles (28,6%), cánnabis (15,4%), éxtasis (15,0%) y alucinógenos (14,8%).

En 2001 la proporción de admitidos a tratamiento para los que se desconocía el estado serológico frente al VIH fue muy importante (39,2%), siendo más alta entre los tratados por primera vez (57,1%) que entre los previamente tratados (28,1%). Los resultados han de tomarse, pues, con bastante cautela. Por otra parte, la proporción de desconocidos difiere mucho según la droga principal y el hecho de haberse o no inyectado drogas, por lo que ha de realizarse un análisis diferenciado según estos factores. En estas circunstancias pueden considerarse dos indicadores: uno sin excluir del denominador a los desconocidos, y que tiene el significado de prevalencia mínima (al menos ese porcentaje está infectado), y otro excluyéndolos (que podría sobreestimar la prevalencia real, ya que seguramente los más expuestos al riesgo tienen mayor probabilidad de hacerse la prueba). Tomando la prevalencia mínima, como se hace en las Tablas 4.1.1 y 4.1.2, las prevalencias de infección por VIH más altas se encuentran entre los tratados por otros opiáceos distintos a heroína (21,5%) o por heroína (18,1%), y las más bajas entre los tratados por inhalables volátiles (0%), éxtasis (0,6%) o cánnabis (1,7%). Entre los inyectores actuales (se habían inyectado en los 12 meses

previos a la admisión a tratamiento) la proporción de sujetos con estado serológico desconocido es bastante menor (25,5%) que entre los que no se inyectan. Por esta razón pueden tomarse las cifras de prevalencia excluyendo a los desconocidos del denominador (que probablemente sobreestiman algo la prevalencia real), como se hace en la Tabla 4.1.3. Procediendo de esta forma, se puede observar que en el año 2001 un 33,7% de los inyectores actuales de drogas eran VIH positivos (34,6% de los previamente tratados y 28,8% de los tratados por primera vez). Entre los inyectores actuales, los que habían consumido recientemente opiáceos (incluyendo tanto los tratados por opiáceos como los tratados por otras drogas con mención de consumo de opiáceos en los 30 días previos a la admisión a tratamiento) tenían una prevalencia de VIH+ mayor que los que no los habían consumido (34,1% y 24,7%). Por otra parte, las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (40,2% y 32,7%, respectivamente). Igualmente, los inyectores de mayor edad tenían mayor prevalencia de infección que los más jóvenes (Tabla 4.1.3). En los últimos años la prevalencia de infección por VIH entre los inyectores actuales de drogas ha descendido ligeramente, pasando de 37,1% en 1996 a 33,7% en 2001. Este descenso afecta tanto a los hombres como a las mujeres, y es algo menos acusado entre los inyectores mayores de 34 años (donde ha pasado de 48,9% a 45,1%) que entre los menores de esa edad. De hecho, entre los inyectores de 25-34 años ha pasado de 39,3% a 30,5% y entre los menores de 25 años de 20,3% a 14,7% (Figura 4.1.15).

Tabla 4.1.3. Distribución de los inyectores* admitidos a tratamiento según el estado serológico (números absolutos y porcentajes). España, 2001.

	Inyección en los últimos 12 meses			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tto. previo		Total	Tto. previo	
		Sí	No		Sí	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	9.854	7.732	1.917	18.041	14.680	3.058
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.539	2.148	351	5.257	4.496	682
Nº de UDVPs con test anti-VIH	7.528	6.215	1.220	14.203	11.986	2.053
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	33,7	34,6	28,8	37,0	37,5	33,2
Hombres	8.474	6.682	1.620	15.374	12.540	2.585
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.107	1.785	290	4.289	3.666	561
Nº de UDVPs con test anti-VIH	6.452	5.350	1.025	12.031	10.176	1.725
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	32,7	33,4	28,3	35,6	36,0	32,5
Mujeres	1.371	1.043	295	2.652	2.129	469
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	430	362	60	966	829	120
Nº de UDVPs con test anti-VIH	1.070	860	194	2.162	1.802	326
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	40,2	42,1	30,9	44,7	46,0	36,8
UDVPs <25 años	1.285	807	444	1.782	1.203	543
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	113	90	23	174	146	28
Nº de UDVPs con test anti-VIH	809	586	213	1.142	866	264
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	14,0	15,4	10,8	15,2	16,9	10,6
UDVPs 25-34 años	4.692	3.783	815	8.215	6.791	1.290
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	1.060	892	151	2.038	1.725	281
Nº de UDVPs con test anti-VIH	3.642	3.056	544	6.517	5.544	903
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	29,1	29,2	27,8	31,3	31,1	31,1
UDVPs >34 años	3.856	3.130	651	7.995	6.654	1.210
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	1.360	1.161	176	3.033	2.616	370
Nº de UDVPs con test anti-VIH	3.065	2.566	458	6.515	5.556	877
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	44,4	45,2	38,4	46,6	47,1	42,2
UDVPs con menos de 2 años de consumo	305	100	198	406	154	243
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	38	27	11	62	42	19
Nº de UDVPs con test anti-VIH	179	82	97	255	124	129
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	21,2	32,9	11,3	24,3	33,9	14,7
UDVPs con 2 ó más años de consumo	9.296	7.444	1.676	17.217	14.204	2.749
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.441	2.072	335	5.082	4.357	655
Nº de UDVPs con test anti-VIH	7.170	5.987	1.104	13.636	11.610	1.885
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	34,0	34,6	30,3	37,3	37,5	34,7
UDVPs consumidores de opiáceos***	9.350	7.440	1.716	17.043	14.118	2.640
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.470	2.092	338	5.081	4.383	619
Nº de UDVPs con test anti-VIH	7.249	6.029	1.131	13.567	11.591	1.820
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	34,1	34,7	29,9	37,5	37,8	34,0
UDVPs no consumidores de opiáceos	504	292	201	998	562	418
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	69	56	13	176	113	63
Nº de UDVPs con test anti-VIH	279	186	89	636	395	233
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	24,7	30,1	14,6	27,7	28,6	27,0

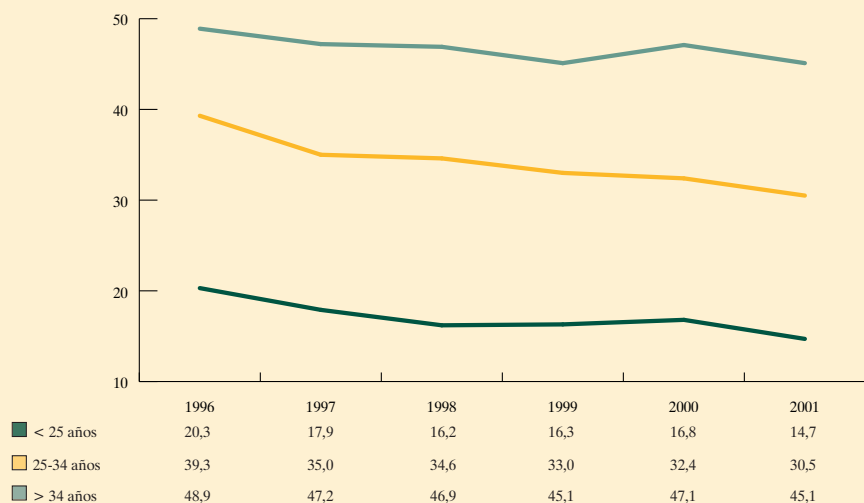
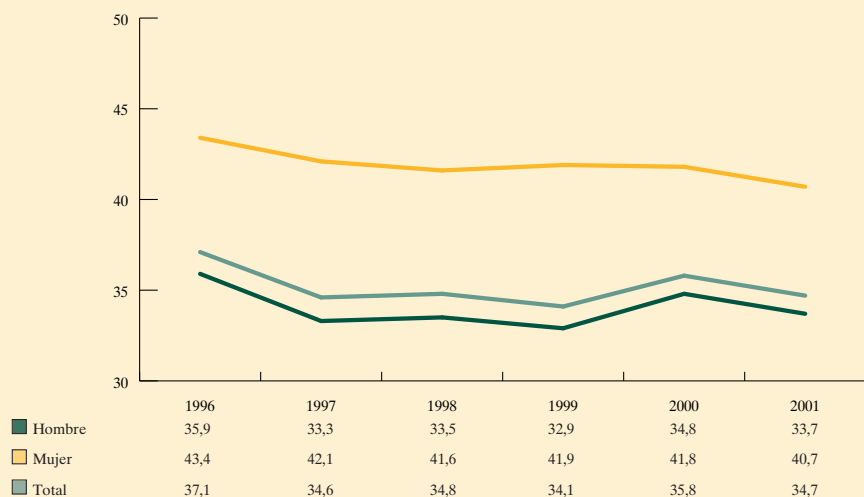
* Consumidores de sustancias por vía parenteral.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que cruzan. La proporción de inyectores que desconocen su estado serológico frente al VIH fue de 25,5% para los inyectores en los últimos 12 meses y 23% para los inyectores alguna vez en la vida.

*** Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos como los admitidos a tratamiento por otras sustancias psicoactivas que han consumido opiáceos en los últimos 30 días previos a la admisión.

Fuente: DGNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 4.1.15. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos al tratamiento, por sexo y por grupo de edad (%). España, 1996-2001.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruzar. La proporción de inyectores que desconocían su estado serológico frente al VIH fue de 34,6% en 1996, 33,5% en 1997, 29,5% en 1998, 29,4 en 1999, 26,9% en 2000 y 25,5% en 2001.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

5

Indicadores sanitarios

5.1. INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En 2001 se recogieron 2.145 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 63 hospitales de 12 Comunidades Autónomas, limitándose la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente. Se trata de urgencias en cuya historia clínica hay expresiones del médico que permiten al recolector de datos relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna sustancia psicoactiva. En este sentido, es muy probable que los datos tengan problemas de validez porque el recolector en bastantes ocasiones ha de decidir basándose en información limitada, ambigua o imprecisa. De hecho, en una proporción importante de urgencias el recolector no halla elementos suficientes en la historia clínica para decidir si se trata o no de una urgencia relacionada directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Además, es muy probable que los médicos utilicen criterios dispares a la hora de relacionar o no un episodio de urgencia con una droga concreta, y que los recolectores interpreten de forma diferente las expresiones que utilizan los médicos para referirse a esta relación. Por este motivo este indicador se ha modificado a partir de 2003.

Para no cometer errores en la interpretación de los datos hay que señalar también que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo, definición que cambió a comienzos de

1996 para pasar a recoger únicamente las urgencias relacionadas directamente con el consumo una semana de cada mes. Además, la cobertura espacial ha sido inestable en el tiempo. En consecuencia, los datos sobre el número de urgencias no son comparables con los de años anteriores sin realizar un estudio pormenorizado. En cambio, las características de las urgencias pueden compararse tomando ciertas precauciones.

En las urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas de 2001 las sustancias cuyo consumo se mencionaba más frecuentemente en la historia clínica fueron cocaína (44,4% de los episodios), alcohol (33,8%) —a pesar de que sólo se recogió cuando se mencionaba junto a alguna otra droga—, heroína (33,5%), hipnosedantes (32,0%) y otros opioides u opioides sin especificar (17,4%). Aparte de las benzodiazepinas no especificadas, los hipnosedantes más citados en la historia clínica fueron: alprazolam (Trakimazin^R), cloracepato dipotásico y lorazepam. Por su parte, el opiáceo diferente a heroína más citado fue la metadona. Hay que reseñar que durante 2001 se registraron 28 urgencias con mención de gammahidroxibutirato (GHB o “éxtasis líquido”) (1,3% de todas las urgencias por reacción aguda a drogas). Todas estas urgencias se produjeron en la ciudad de Barcelona. Además de GHB, en la mayor parte de las mismas se mencionaron también otras drogas como alcohol (50%), MDMA (28,6%) o cocaína (17,9%).

Con respecto a los años anteriores, se observa una disminución importante de las menciones de heroína (61,4% en 1996, 40,5% en 2000 y

33,5% en 2001) y un aumento de las menciones de cocaína, aunque en este último caso se observa un cierto descenso o estabilización en los dos últimos años (27,3% en 1996, 48,1% en 1999, 45,3% en 2000 y 44,4% en 2001). En cualquier caso, a partir de 1999 la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Figura 5.1.1) (Tabla 5.1.1). Incluso, en 2001 las menciones de alcohol —a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas— superan a las de heroína. En los últimos años se han producido también otros cambios en la mención de drogas en urgencias, que podría explicarse, entre otros factores, por una mayor tendencia al policonsumo. Así, la mención de hipnosedantes ha pasado de 25,7% en 1996 a 32% en 2001, la mención de cánnabis de 7,4% a 19,1%, la de éxtasis de 1,6% a 5,2%, y la de anfetaminas de 3,1% a 4,6% (Figura 5.1.2).

Al interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica, y no de que las urgencias hayan sido provocadas por (o estén relacionadas con) el consumo de las mismas. Sin embargo, cuando se consideran exclusivamente las drogas que el médico relaciona con la urgencia, el panorama es parecido, siendo las sustancias citadas con más frecuencia: cocaína (40,5% de las urgencias), heroína (29,2%), hipnosedantes (29,2%) y alcohol (29%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias, la suma puede ser superior al 100%. Considerando la evolución durante el período 1996-2001, se aprecian las mismas tendencias que en el caso de las drogas mencionadas con o sin relación con la urgencia (Tabla 5.1.1).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas, hay que tener en cuenta que presentó una proporción

Figura 5.1.1. Evolución de la proporción de urgencias por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas con mención de heroína o cocaína (%). España, 1996-2001.

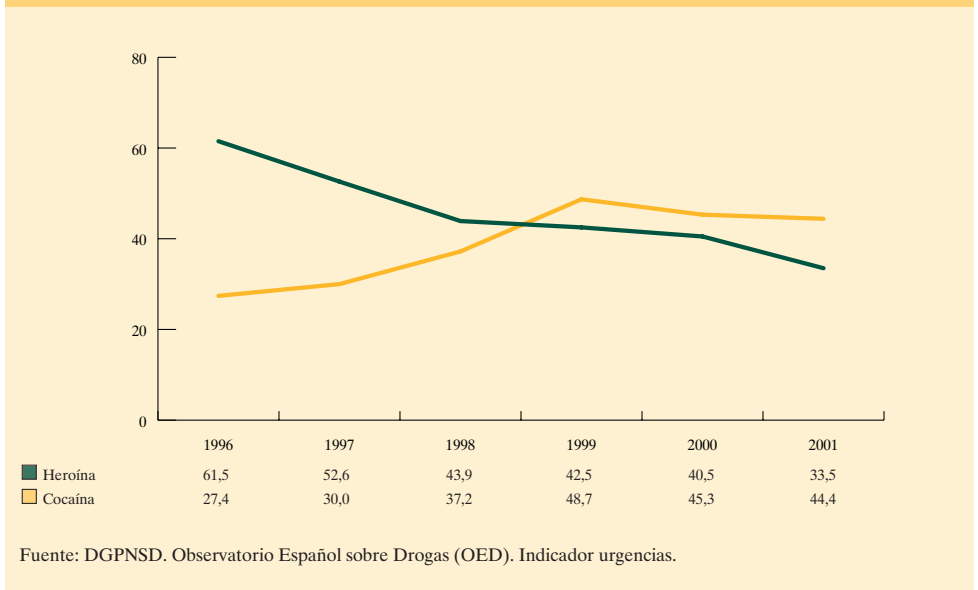


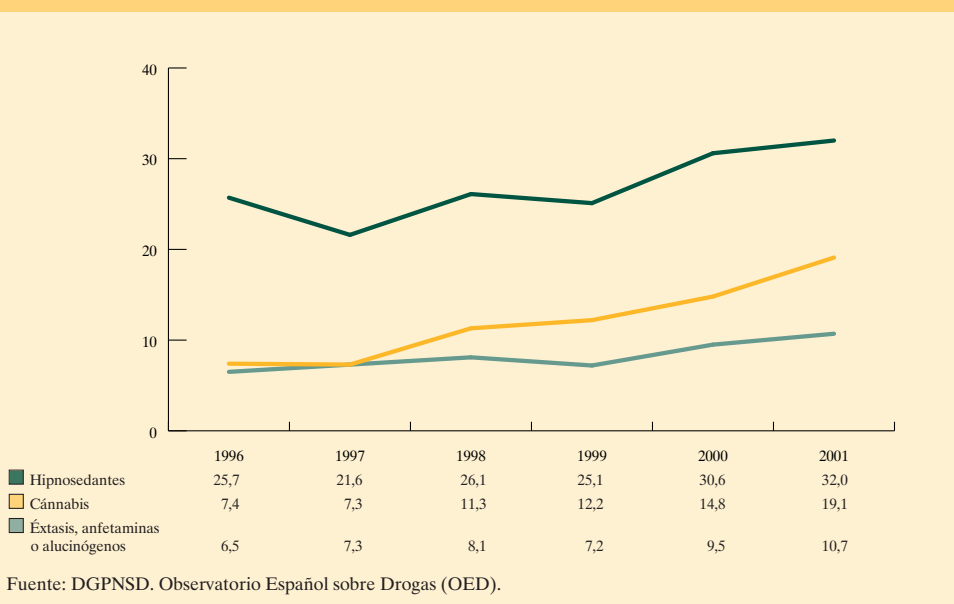
Tabla 5.1.1. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes). España, 1996-2001.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nº de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8
Sexo (%)						
Hombres	78,6	79,2	76,9	76,5	72,6	72,9
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1
Sustancias psicoactivas mencionadas* (%)						
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0
Cánnabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4
S. Volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8
Otras sustancias	51,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)						
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2
Cánnabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6
Diagnóstico (%)						
Sobredosis o intoxicación aguda	34,8	33,0	43,3	44,0	51,6	52,6
Síndrome abstinencia	37,2	41,7	32,0	28,1	17,3	16,2
R. orgánica aguda no infecciosa	16,9	16,3	13,4	14,8	19,2	9,6
Problemas psicopatológico	11,1	9,0	11,4	13,1	11,8	21,6
Condición legal (%)						
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7
No detenido	85,6	77,6	88,3	90,6	93,6	94,3
Resolución de la urgencia (%)						
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4

* Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente, y las sustancias relacionadas con la urgencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 5.1.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas psicoactivas (%). España, 1996-2001.



importante de valores desconocidos, por lo que los resultados hay que tomarlos con bastante cautela. En las urgencias con mención de heroína la vía de administración predominante fue la pulmonar (43,3%), seguida de la parenteral (42,7%), y en las urgencias con mención de cocaína, la pulmonar (47,8%), la intranasal (32,1%) y la inyectada (21,1%). En el período 1996-2001 en las urgencias con mención de heroína ha disminuido el consumo de esta droga por vía inyectada (62,1% en 1996, 54,6% en 2000 y 42,7% en 2001) y ha aumentado el consumo por vía pulmonar (36,7% en 1996, 44,2% en 2000 y 43,3% en 2001). En las urgencias con mención de cocaína, se observa también una tendencia a disminuir rápidamente el uso de esta droga por vía inyectada (50,4% en 1996) y a aumentar su uso por vía pulmonar (28,0% en 1996).

En 2001 la mayor parte de los pacientes con urgencias por drogas seguían siendo varones (72,9%), pero su proporción ha descendido algo (78,6% en 1996). Como en años anteriores las urgencias con mención de hipnosedantes (65,1%) presentan una menor proporción de varones que el resto (Tablas 5.1.1 y 5.1.2). La edad media de las personas con urgencias por drogas fue 29,8 años, con tendencia al aumento, aunque en el último año ha descendido algo con respecto al año anterior (27,8 años en 1996, 30,3 años en 2000 y 29,8 años en 2001). La edad media más baja se observa en los atendidos por éxtasis (23,2 años), anfetaminas (24,4 años) y alucinógenos (24,6 años) (Tablas 5.1.1 y 5.1.2). La mayor parte de las urgencias siguen resolviéndose con alta médica (79,1%), sin que se observen cambios importantes a lo largo de los años.

Tabla 5.1.2. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según la sustancia mencionada (número absoluto, media y porcentaje). España, 2001.

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.	Hipnóticos y sedantes	Cámbis	Alucinógenos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios	712	465	943	97	111	680	405	52	19	717	60
Edad media (años)	31,5	31,8	30,0	24,4	23,2	31,1	26,4	24,6	28,7	30,3	31,1
Sexo (%)											
Hombres	79,2	75,5	77,9	70,1	67,6	65,1	79,8	75,0	78,9	74,4	51,7
Mujeres	20,8	24,5	22,1	29,9	32,4	34,9	20,2	25,0	21,1	25,6	48,3
Diagnóstico (%)											
Sobredosis o intoxicación aguda	42,7	51,5	46,7	72,2	51,8	70,5	47,5	42,3	26,3	69,9	66,7
Síndrome abstinencia	31,2	22,6	14,0	4,1	1,8	13,0	5,0	3,8	0,0	7,4	3,3
R. orgánica aguda											
no infecciosa	11,1	10,3	11,5	2,1	8,2	4,3	12,5	9,6	0,0	7,2	6,7
R. psicopatológica aguda	15,1	15,6	27,8	21,6	38,2	12,2	35,0	44,2	73,7	15,4	23,3
Condición legal (%)											
Detenido	10,5	7,7	5,8	2,1	2,7	6,3	2,5	0,0	0,0	2,0	1,7
No detenido	89,5	92,3	94,2	97,9	97,3	93,7	97,5	100,0	100,0	98,0	98,3
Resolución urgencia (%)											
Alta médica	76,6	73,8	78,4	84,5	79,8	77,7	81,8	88,2	83,3	79,9	69,5
Alta voluntaria	9,3	8,5	7,9	5,2	6,4	8,4	5,3	0,0	5,6	8,5	6,8
Ingreso hospitalario	9,2	11,6	7,7	4,1	4,6	8,5	8,1	5,9	11,1	5,8	10,2
Muerte en urgencias	0,0	0,4	0,0	1,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Traslado a otro centro	4,9	5,6	6,1	5,2	9,2	5,1	4,8	5,9	0,0	5,4	13,6

Nota: Los porcentajes de las sustancias psicoactivas están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las ocho drogas recogidas, incluyendo tanto las sustancias consumidas habitual y, esporádicamente, como las sustancias relacionadas con la urgencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

5.2. SIDA E INFECCIÓN POR VIH EN INYECTORES DE DROGAS

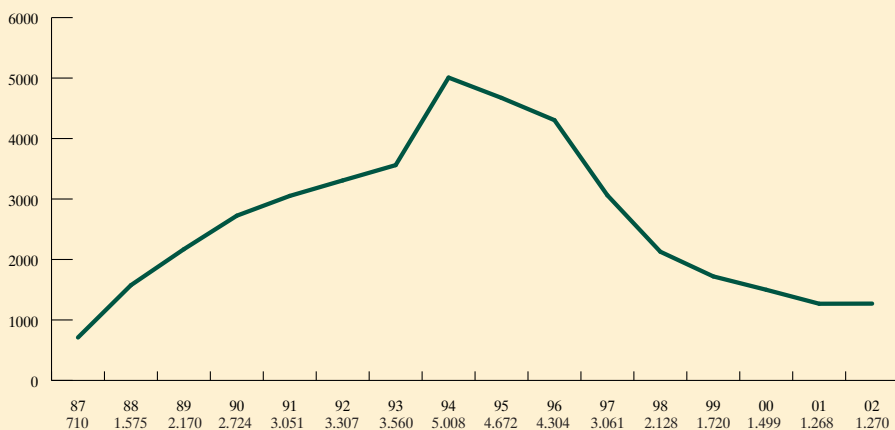
Desde la segunda mitad de los años noventa el sida y la infección por VIH continuó siendo uno de los principales problemas asociados con el uso de drogas en España. Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, hasta el 31 de diciembre de 2002 se habían diagnosticado en España un total de 65.025 casos de sida, de los que 41.877 (64,4%) estaban relacionados con la inyección de drogas. Se estima que en 2002 se diagnosticaron en España 2.437 nuevos casos de sida (datos corregidos por retraso en la notificación), de los que un 52,1% (53,9% entre los hombres y 45,5% entre las mujeres) se atribuyeron a la inyección de drogas. Esta proporción ha descendido en los últimos años, tras el máximo alcanzado en 1990 (69,6%), y paralelamente ha aumentado la proporción atribuible a relaciones heterosexuales.

El número anual de nuevos diagnósticos de sida asociados a la inyección (incidencia anual)

ha descendido de forma importante entre 1994 y 2001. Sin embargo, en 2002 da la impresión de que se ha producido una estabilización en el número de casos (1.268 en 2001 y 1.270 en 2002) (Figura 5.2.1). El descenso 1994-2001 puede atribuirse al conjunto de los avances de la lucha contra el sida (tratamientos de mantenimiento con metadona, prevención de conductas de riesgo de inyección, diagnóstico precoz, nuevos tratamientos antirretrovirales, etc.) y al abandono de la inyección como forma mayoritaria de administración de la heroína. Por otra parte, la estabilización actual de la incidencia de sida en niveles todavía elevados parece indicar que el impacto de los nuevos tratamientos antirretrovirales ha tocado techo y se necesita activar las intervenciones preventivas para evitar nuevas infecciones.

A continuación se describe más detalladamente el grupo de casos de sida asociados a la inyección de drogas diagnosticados en 2001, que es el grupo con mayor interés para nosotros. Su edad media fue de 36,6 años observándose una

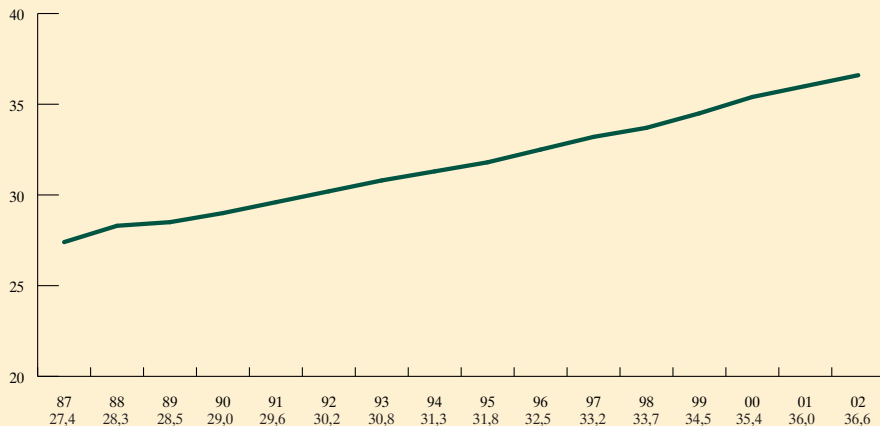
Figura 5.2.1. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa. España, 1987-2001*.



* Fecha de actualización: 31 de diciembre de 2002. Debido al retraso en la notificación, se han corregido las cifras de los años 2000, 2001 y 2002. Estas estimaciones pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

Figura 5.2.2. Evolución de la edad media de los nuevos casos de sida diagnosticados cada año asociados al uso de drogas por vía intravenosa. España, 1987-2001*.



* Fecha de actualización: 31 de diciembre de 2002.

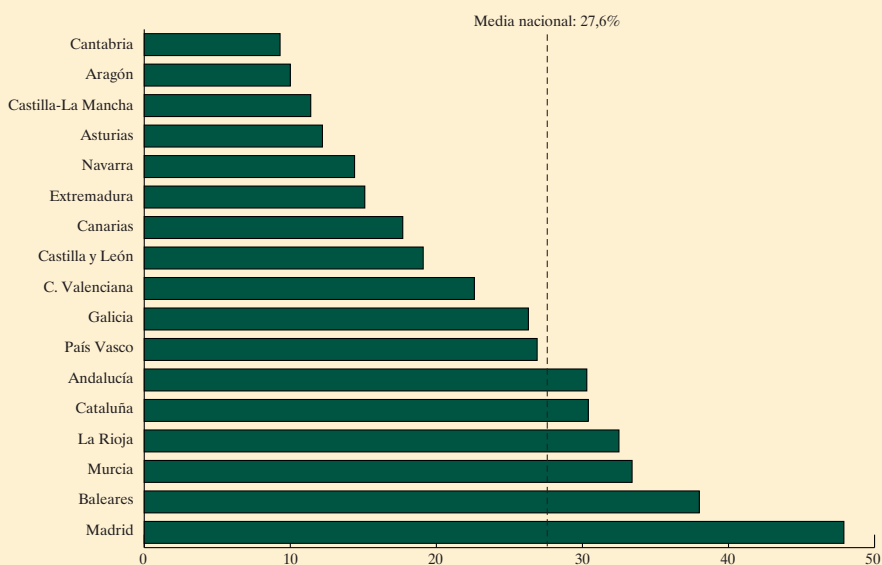
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

tendencia al envejecimiento progresivo (26,5 años en 1985, 29 años en 1990, 31,8 en 1995, 35,5 años en 2000 y 36,6 en 2002) (Figura 5.2.2). Las diferencias interautonómicas en el número de casos diagnosticados por millón de habitantes siguen siendo bastante pronunciadas, siendo en 2001, Madrid (47,9/1.000.000), Baleares (38,0/1.000.000), Murcia (33,4/1.000.000) y La Rioja (32,5/1.000.000) las Comunidades Autónomas con tasas más elevadas, y Cantabria (9,3/1.000.000), Aragón (10/1.000.000) y Castilla-La Mancha (11,4/1.000.000) las comunidades con tasas más bajas (Figura 5.2.3). España y Portugal siguen siendo los países europeos con mayor incidencia de sida asociado a la inyección de drogas. En 2002, España y Portugal presentaron una tasa de casos de sida diagnosticados en inyectores de drogas de 36 casos por millón de habitantes, seguidos por Ucrania (20/1.000.000) e Italia (11/1.000.000).

A la hora de interpretar los datos procedentes del Registro Nacional de Sida hay que tener en cuenta que el Registro Nacional de Sida es acu-

mulativo y sufre un cierto retraso en la notificación, por lo que las cifras pueden sufrir algunas modificaciones posteriormente. Además, no debe olvidarse que este registro contabiliza solamente los nuevos casos de sida diagnosticados en cada período y no las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El sida suele ser una consecuencia tardía de la infección por VIH. Por lo tanto, los datos de este registro pueden no reflejar la incidencia actual de nuevas infecciones por el VIH. En este sentido, algunas Comunidades Autónomas cuentan con sistemas que registran las nuevas infecciones por VIH. Los datos de estos sistemas indican que en Navarra y La Rioja la incidencia de nuevas infecciones en inyectores de drogas, tras el máximo alcanzado en la segunda mitad de los ochenta disminuyó rápidamente hasta 1996, año a partir del cual se observan signos de estabilización o descenso muy lento. En 2000-2001 la proporción que supusieron los inyectores de drogas sobre el total de infectados por el VIH fue del 27% en Navarra, 56% en La Rioja y 16% en Canarias.

Figura 5.2.3. Casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa diagnosticados en 2001, según Comunidad Autónoma (tasa por millón de habitantes).*



* Fecha de actualización: 31 de diciembre de 2002. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

Hay pocos estudios que reflejen con claridad la evolución de la prevalencia de infección por VIH en inyectores de drogas. La mayor parte de los estudios son puntuales o referidos a muestras muy pequeñas. Recientemente se han publicado datos de infección en personas que se han realizado el test serológico frente a VIH en diez centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH ubicados en nueve ciudades diferentes. El número de inyectores de drogas a los que se ha realizado análisis ha descendido enormemente, pasando de 830 en 1992 a 85 en 2001; mientras que en el mismo período la prevalencia de infección por VIH en este grupo pasó de 38,4% a 23,5%. Hay que tener en cuenta que las cifras de infección en personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba infraestiman la prevalencia real porque habitualmente no

incluyen a las personas que ya saben que están infectadas. Sin embargo, pueden ser sensibles para detectar cambios temporales en la transmisión del VIH.

Por otra parte, el indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas muestra que en los últimos años la prevalencia de infección por VIH entre los inyectores recientes (se habían inyectado en los 12 previos a la admisión a tratamiento) ha descendido ligeramente, pasando de 37,1% en 1996 a 33,7% en 2001. Este descenso afecta tanto a los hombres como a las mujeres, y es algo menos acusado entre los inyectores mayores de 34 años (donde ha pasado de 48,9% a 45,1%) que entre los de 25-34 años (entre los que ha pasado de 39,3% a 30,5%) y los menores de 25 años (entre los que ha pasado de

20,3% a 14,7%). Además, los datos de 2001 indican que las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (40,2% y 32,7%, respectivamente). No obstante, a la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que entre un 25% y un 30% de los inyectores admitidos a tratamiento desconocía su estado serológico frente a VIH.

En conclusión la simulación del comportamiento de la epidemia con modelos matemáticos permite estimar que la transmisión del VIH en inyectores de drogas se habría producido de forma abrupta en la década de los ochenta (alcanzando la máxima incidencia entre 1985 y 1987, con cifras de 12.000-15.000 nuevas infec-

ciones anuales en inyectores). A partir de entonces se habría producido un descenso mantenido de la incidencia, más lento en los últimos años, hasta cifras de menos de 1.000 nuevas infecciones anuales a finales de los noventa.

Aunque se siguen produciendo nuevas infecciones, no hay evidencias claras de que recientemente se hayan producido aumentos destacables de la incidencia. Sin embargo, como se ha señalado, entre los inyectores la prevalencia de infección por VIH y de conductas de riesgo (compartir material de inyección, relaciones vaginales o anales sin protección) continúan siendo muy elevadas, por lo que es necesario mantener los programas preventivos que han venido desarrollándose.

6

Indicadores de inserción-reinserción

6.1. INDICADORES DE REINSECCIÓN SOCIAL

Los programas y servicios desarrollados durante el año 2001 por el Plan Nacional sobre Drogas, en el área de la incorporación social, son los que se presentan en la Tabla 6.1.1. Estos datos corresponden a la información proporcionada por 18 Comunidades y Ciudades Autónomas y el Ayuntamiento de Madrid, lo que hace que no sean comparables con los del año 2000.

Como en años anteriores, los programas pueden agruparse en tres grandes categorías.

Programas de formación/educación. El número de usuarios de estos programas fue de 15.189. En esta categoría continúa la consolidación de las actividades dirigidas a la información, orientación y entrenamiento para la búsqueda de empleo. También se mantiene la tendencia de que la mitad de los drogodependientes que participaron en programas de formación (53%), lo hayan hecho en este tipo de actividades encaminadas al empleo.

Programas de integración laboral. Los programas de integración laboral han contado en el año 2001 con un total de 4.772 beneficiarios. Todo este tipo de programas tienen el objetivo de proporcionar un empleo remunerado a drogodependientes que se encuentran en un proceso estable de rehabilitación. Se agrupan en cuatro grupos: “talleres artesanos”, fundamentalmente de manualidades; “programas especiales de empleo”, promovidos por el Instituto Nacional de Empleo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y por las Administraciones Locales (Ayuntamientos) y financiados, fre-

cuentemente, por el Fondo Social Europeo; “contratos subvencionados en empresas” y “promoción del autoempleo” (trabajo autónomo, cooperativas). Los “programas especiales” continúan siendo la mayor bolsa de empleo y proporcionaron trabajo a 2.592 drogodependientes en rehabilitación.

Recursos de apoyo residencial. Se proporcionó vivienda a más de 2.500 drogodependientes y se mantiene la tendencia de años anteriores que consolida los pisos, tutelados por un monitor, como el recurso residencial más utilizado.

Se recogen también en la Tabla 6.1.1 los Centros con programas de incorporación social, que actúan como centros de referencia de los programas que, en algunos casos, se desarrollan en el propio centro. No se indica el número de usuarios de estos centros, ya que los beneficiarios de los programas de incorporación social se encuentran reflejados en la misma tabla, como beneficiarios de la formación, la integración laboral o los recursos residenciales.

Comité de Reinserción Social

En enero del año 2001 se constituyó el Comité de Reinserción Social, integrado por técnicos de los Planes Autonómicos de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja y Valencia y de la Subdirección General del PNSD Rioja, y coordinado por el Director Técnico del Plan Riojano de Drogodependencias.

Objeto de trabajo de dicho Comité fue el revisar los Objetivos e Indicadores de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, que se refieren a la reinserción social de drogodependientes y preparar los instrumentos necesarios para efectuar el seguimiento de dichos indicadores. Para ello, se redefinieron programas y objetivos de la reinserción social de drogodependientes, se elaboró una tipología de los programas y recursos de que se dispone en las Comunidades Autónomas y se experimentó un nuevo fichero para la recogida de datos, que se generalizará en el año 2003.

Entre los principales problemas detectados por el grupo, está, por una parte, el conocimiento real de los programas y dispositivos de reinserción social que están funcionando en cada Comunidad Autónoma y, por otra, la cuantificación de los drogodependientes que han utilizado cada año programas y recursos de rein-

serción social. Estos programas, en su mayoría, no son específicos para drogodependientes. Incluyen otros colectivos de personas con problemas de exclusión social y los drogodependientes no son “etiquetados” como tales, cuando acceden a los mismos. De ello se derivan las dificultades para obtener datos estadísticos fiables que muestren su número y características. Para conocer el perfil socio-demográfico de los drogodependientes usuarios de programas de reinserción social, la propuesta del grupo es la elaboración de estudios multicéntricos, a partir de los servicios y programas existentes.

Se estableció también por el Comité la importancia que tiene el trabajar con una mayor coordinación y colaboración con la Red de Servicios Sociales Generales, ya que la mayor parte de los drogodependientes obtienen recursos económicos, formación y empleo a través de dicha red.

Tabla 6.1.1. Programas de incorporación social. Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios. España, 2001.

	Nº de programas y/o centros	Nº de usuarios
Centros terapéuticos con actividades y/o programas	221	
Centros de actividades y/o programas (sin tratamiento)	75	
Centros residenciales de tratamiento con programas (comunidades terapéuticas)	72	
Recursos de apoyo residencial	97	2.533
Programas de formación	431	15.189
Programas de integración laboral	341	4.772

Fuente: DGPNSD. Datos correspondientes a los Planes de Drogas de las Comunidades y Ciudades Autónomas (excepto País Vasco) y al Ayuntamiento de Madrid.

7

Indicadores de mortalidad

7.1. MORTALIDAD DIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS

7.1.1. Indicador mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas del Plan Nacional sobre Drogas

Este indicador recoge 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) en personas de 15-49. Se habla de reacción aguda y no de “sobredosis”, porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica. En realidad en estas muertes pueden estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo, que sobrepasan ampliamente el concepto de sobredosis farmacológica. A veces incluso la muerte puede sobrevenir por una complicación derivada del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, una muerte por convulsiones desarrolladas durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

El valor del indicador en cada área monitorizada se estima mediante el número de fallecidos que se ajustan a la definición señalada, registrados anualmente por la Comunidad Autónoma correspondiente tras el cruce de las fuentes forenses y toxicológicas que aportan información para dicha área.

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 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.

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.
2. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo no se excluirán 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.
3. 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 se descartarán las muertes por las siguientes causas:
 - a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (sida, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
 - b. Homicidio, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas o se haya producido en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas. También se excluyen las muertes por homicidio mediante el empleo de sustancias psicoactivas.
 - c. 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.

d. Suicidio de cualquier tipo (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc.), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.

e. Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.

f. Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.

g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

En 2001 se recogieron 496 muertes por reacción aguda tras el consumo sustancias psicoactivas procedentes de 119 partidos judiciales, con una población de 19.800.071 habitantes (49% de la población española). La distribución de estas muertes según área geográfica se muestra en la Tabla 7.1.1. La gran mayoría de las muertes se obtuvieron de los Institutos Anatómico Forenses (IAF), aunque algunas fueron registradas por médicos forenses agrupados en otras entidades (clínicas forenses), o por forenses individuales. Los resultados de los análisis toxicológicos se obtuvieron principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante se recogió en otros laboratorios forenses o toxicológicos. La calidad de la información ha aumentado de forma importante en los últimos años. De hecho, la proporción de casos con resultados de análisis toxicológicos disponibles fue de un 65,9% en 1993, 82,1% en 1995, 88,1% en 1998, 97,7% en 2000 y 96,6% en 2001.

Del conjunto de fallecidos un 85,5% eran varones. Su edad media fue de 33,9 años. La mayoría de los que se tenían información sobre el estado civil estaban solteros (70,3%). Un 5,7% presentaba fuertes evidencias de suicidio y un 5,9% algún indicio o sospecha. Un 52,3% de los casos con información para esta variable presentaba signos recientes de venopunción, lo

Tabla 7.1.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas* en varias ciudades** españolas, según el año de fallecimiento (números absolutos). España, 1990-2001.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Badajoz	1	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3	1
Barcelona	132	159	160	151	125	150	148	130	113	121	101	89
Barakaldo	-	15	8	11	10	9	7	10	11	10	6	7
Bilbao	23	25	40	26	32	39	43	21	20	17	13	20
Cartagena	5	4	8	3	8	10	14	6	0	7	4	3
Coruña (A)	-	-	-	7	6	10	14	11	9	13	21	9
Donostia - S. Sebastián	-	12	6	15	13	12	12	10	18	11	10	5
Getafe	-	3	5	1	3	3	2	3	0	2	2	3
Granada	-	28	29	19	14	22	9	-	-	-	-	13
Leganés	-	7	0	5	8	4	2	2	1	1	1	6
Lugo	-	-	-	2	0	0	2	1	6	3	1	0
Madrid	227	285	255	179	146	132	140	122	98	90	106	93
Majadahonda	-	5	4	1	2	2	1	2	0	1	4	2
Málaga	-	20	20	15	9	7	12	-	-	-	-	19
Murcia	5	14	9	6	9	3	4	14	12	9	-	4
Ourense	-	-	-	2	6	3	5	5	1	2	2	7
Palma Mallorca	0	22	27	31	31	37	38	51	38	42	50	41
Palmas G. Canaria	-	1	14	13	7	4	7	-	-	7	4	5
Pamplona - Iruña	-	18	13	9	10	12	9	6	7	5	12	7
Ponferrada	-	1	5	6	3	4	1	2	4	3	1	0
Pontevedra	-	-	-	10	11	4	5	6	4	7	7	5
Ribeira	-	-	-	0	3	5	1	3	4	4	0	1
Santiago Compostela	-	-	-	8	6	3	7	7	5	7	2	3
Sevilla	11	26	20	23	17	21	40	-	-	-	-	27
Valencia	38	50	74	47	52	35	32	25	23	14	19	23
Valladolid	-	9	14	8	20	11	15	15	12	13	13	6
Vigo	-	-	-	16	26	8	17	19	22	15	8	5
Zaragoza	24	34	9	18	16	18	27	24	17	16	16	16

* Entre 1990 y 1995 sólo se recogieron las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

** La demarcación geográfica de las grandes ciudades coincide con la del Partido Judicial. Cuando se trata de poblaciones de un menor número de habitantes, el Partido Judicial incluye la ciudad y ciertos municipios de áreas cercanas.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

que sugiere que al menos la mitad murieron tras inyectarse drogas. Un 46,5% de los fallecidos con resultados serológicos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) fueron seropositivos, aunque la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable fue muy elevada (58%) (Tabla 7.1.2).

Como en años anteriores, en 2001 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando ampliamente los opioides o sus metabolitos. De hecho, entre los casos con análisis toxicológico disponible un 86,8% fueron positivos a opioides, 52,7% a benzodiacepinas, 51,7% a cocaína, 35,3% a alcohol y 18,7% a cánnabis. El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 5% (Figura 7.1.1, Tabla 7.1.3). Se encontró una proporción muy alta de analíticas positivas a

cocaína en Valencia (73,0%), Murcia (69,2%), y Palma de Mallorca (66,7%).

Se registraron 43 muertes (8,7%) en que se detectaron exclusivamente opioides y 207 (41,7%) en que se detectaron opioides y no cocaína. Por su parte, se registraron 16 muertes (3,2%) en cuyos análisis toxicológicos se detectó exclusivamente cocaína y 39 (7,9%) en que se detectó cocaína y no opioides. La razón del número de muertes en que se detectaron opioides y no cocaína frente al número en que se detectó cocaína y no opioides fue 5,3. Esta cifra, sin embargo, puede no representar adecuadamente la contribución real de la heroína y la cocaína a la mortalidad en España porque una proporción importante (y desconocida) de muertes por cocaína pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense.

Figura 7.1.1. Evolución de los hallazgos de drogas en los análisis toxicológicos realizados en muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (%). España*, 1987-2001.

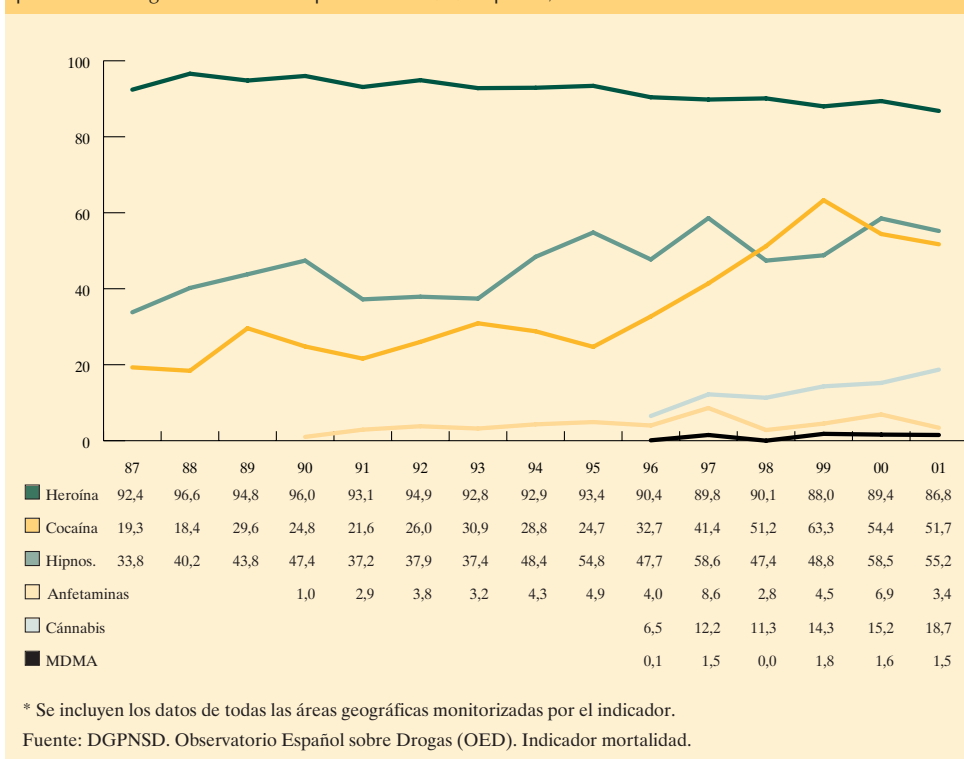


Tabla 7.1.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes). España, 2001.

	Seis ciudades*	Otras áreas**	Total
Número de fallecidos	267	229	496
Sexo (%)			
Varones	82,3	89,1	85,5
Mujeres	17,7	10,9	14,5
Edad media (años)	34,2	33,5	33,9
Grupo de edad (años) (%)			
15-19	1,5	1,8	1,6
20-24	5,7	8,1	6,8
25-29	13,7	19,3	16,3
30-34	31,2	25,1	28,4
35-39	24,7	26,0	25,3
40-44	17,5	15,2	16,5
≥ 45	5,7	4,5	5,1
Estado civil (%)			
Soltero	71,1	68,1	70,3
Casado	13,9	17,4	14,8
Separado/Divorciado	10,8	14,5	11,8
Viudo	4,1	0,0	3,0
Procedencia del cadáver (%)			
Domicilio	49,8	58,3	53,5
Hotel-Pensión	4,7	2,5	3,7
Calle	21,2	19,1	20,3
Local público	3,1	3,5	3,3
Hospital	11,0	7,5	9,5
Cárcel	3,5	2,5	3,1
Otra	6,7	6,5	6,6
Evidencias de consumo reciente (%)			
Sí	92,0	83,3	87,7
No	8,0	16,7	12,3
Evidencia de suicidio (%)			
Fuerte evidencia	6,8	4,3	5,7
Indicios/sospecha	4,0	8,5	5,9
Ninguna evidencia	89,2	87,2	88,4
Signos recientes de venopunción (%)			
Sí	56,1	48,3	52,3
No	43,9	51,7	47,7
Muerte causada por patología previa agravada por consumo sust. psicoactivas (%)			
Sí	48,9	23,2	37,4
No	51,1	76,8	62,6
Anticuerpos anti-VIH (%)			
Positivo	47,2	46,1	46,7
Negativo	52,8	53,9	53,3

* Datos de las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

** Datos de todas las áreas citadas en la tabla 7.1.1, excluyendo las seis grandes ciudades citadas anteriormente.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 7.1.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de fallecidos por reacción aguda, según área geográfica de fallecimiento (números absolutos y porcentajes). 2001.

	Andalucía ^a		Zaragoza ^b		P. Mallorca ^c		Canarias ^g		Barcelona ^d		C. Valenciana ^e	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	62	87,3	16	100,0	32	82,1	21	80,8	81	94,2	20	87,0
Cocaína	40	56,3	0	0,0	26	66,7	15	57,7	44	51,2	17	73,9
Barbitúricos	2	2,8	0	0,0	7	17,9	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Benzodiacepinas	34	47,9	0	0,0	19	48,7	10	38,5	53	61,6	17	73,9
Anfetaminas	1	1,4	0	0,0	7	17,9	0	0,0	0	0,0	5	21,7
MDMA y deriv.	0	0,0	0	0,0	1	2,6	2	7,7	2	2,3	1	4,3
Cánnabis	15	21,1	0	0,0	13	33,3	1	3,8	40	46,5	9	39,1
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sust. volátiles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Alcohol	2	2,8	0	0,0	28	71,8	12	46,2	36	41,9	1	4,3
Casos analizados	71		16		39		26		86		23	

	País Vasco ^g		Galicia ^g		C. Madrid ^f		R. Murcia ^g		Otros ^h		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	34	89,5	29	85,3	89	79,5	12	92,3	17	94,4	413	86,8
Cocaína	11	28,9	17	50,0	57	50,9	9	69,2	10	55,6	246	51,7
Barbitúricos	1	2,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	12	2,5
Benzodiacepinas	25	65,8	19	55,9	57	50,9	4	30,8	13	72,2	251	52,7
Anfetaminas	2	5,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,4
MDMA y deriv.	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	7	1,5
Cánnabis	7	18,4	0	0,0	3	2,7	0	0,0	1	5,6	89	18,7
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S. volátiles	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Alcohol	13	34,2	0	0,0	69	61,6	4	30,8	3	16,7	168	35,3
Casos analizados	38		34		112		13		18		476	

Nota: No se dispone de los análisis toxicológicos de 20 fallecidos. Cada caso puede presentar resultados positivos para varias drogas, por lo que el total de casos analizados (476) es muy inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas. Estos resultados corresponden a muestras biológicas, y no sólo a las muestras de sangre.

a. Incluye los Partidos Judiciales de las provincias de Sevilla, Granada y Málaga.

b. Sólo incluye el Partido Judicial de Zaragoza.

c. Sólo incluye el Partido Judicial de Palma de Mallorca.

d. Sólo incluye el Partido Judicial de Barcelona.

e. Sólo incluye el Partido Judicial de Valencia.

f. Incluye varios Partidos Judiciales de la C. de Madrid, además del municipio de Madrid.

g. Incluye todos los Partidos Judiciales de la Comunidad Autónoma.

h. Incluye el resto de Partidos Judiciales monitorizados por el indicador y que no están incluidos en las categorías presentadas previamente.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

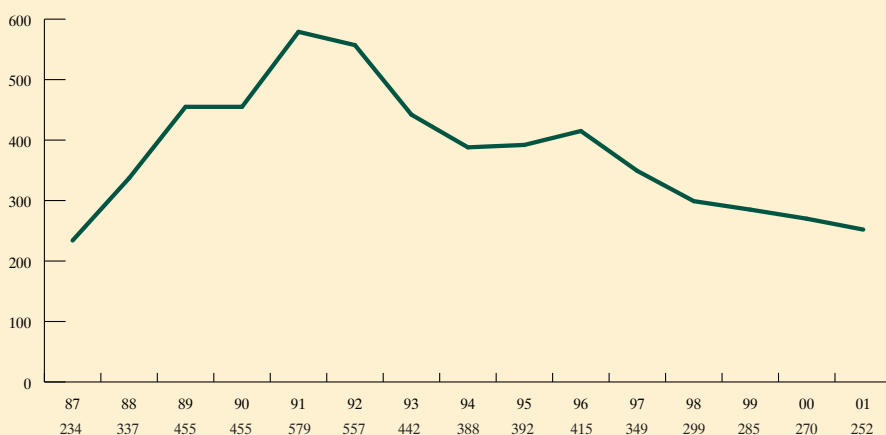
Aunque se detectó cánnabis en una proporción de muertes relativamente elevada, nada permite suponer que esta droga ha contribuido a la muerte. De hecho, en 2001 no se registró ninguna muerte por reacción aguda a drogas en que se detectara exclusivamente cánnabis. En cambio, hubo dos muertes en que se detectaron exclusivamente MDMA u otras feniletilaminas, aunque en un caso existían fuertes evidencias de suicidio. Además, se registró una muerte en que se detectaron exclusivamente anfetaminas, y otra en que se detectaron exclusivamente sustancias volátiles.

Se aprecian algunas diferencias geográficas importantes en cuanto a la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Así, las ciudades de Palma de Mallorca (9,5 muertes por 100.000 habitantes) y Barcelona (5,9/100.000) muestran tasas excepcionalmente altas en relación al resto de las áreas monitorizadas, donde las tasas son menores (3,5/100.000). Es muy probable que estas diferencias sean atribuibles en gran medida a que en el nordeste de la península y Baleares continúa predominando el uso de la vía inyectada para consumir heroína.

Aunque en las ciudades con un número pequeño de casos, el número anual de muertes puede variar por efecto del azar, si se observa la serie desde 1990 se puede apreciar que en la gran mayoría de las áreas monitorizadas el número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido de forma importante en los últimos años, siendo en este sentido la ciudad de Palma una excepción (22 muertes en 1991, 37 en 1995, 42 en 1999, 47 en 2000 y 41 en 2001) (Tabla 7.1.1). Si nos referimos sólo a las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína en las seis grandes ciudades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza), para las que se dispone de una serie temporal más larga, se puede apreciar que su número aumentó de forma continua entre 1987 y 1991, y descendió posteriormente (Figura 7.1.2).

La proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran opioides o sus metabolitos (atribuibles en su gran mayoría al consumo de heroína) ha descendido de forma lenta desde 1983. Igualmente, ha disminuido, aunque de forma más acentuada, la proporción de muertes en que se detectan

Figura 7.1.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en seis grandes ciudades* españolas (números absolutos), 1987-2001.



* Las muertes corresponden a los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

exclusivamente opiáceos, pasando de 21,6% en el período 1983-1989 a 9,1% en 1998-2001. Por su parte, la proporción de fallecidos en que se detectan opiáceos y no cocaína ha disminuido poco, pasado de 43,7% en el período 1983-1989 a 38,8% en 1998-2001 (Figura 7.1.3). Por otra parte, ha aumentado progresivamente la edad media de los muertos en que están implicados los opiáceos, pasando de 25,1 años en 1983 a 33,8 años en 2001.

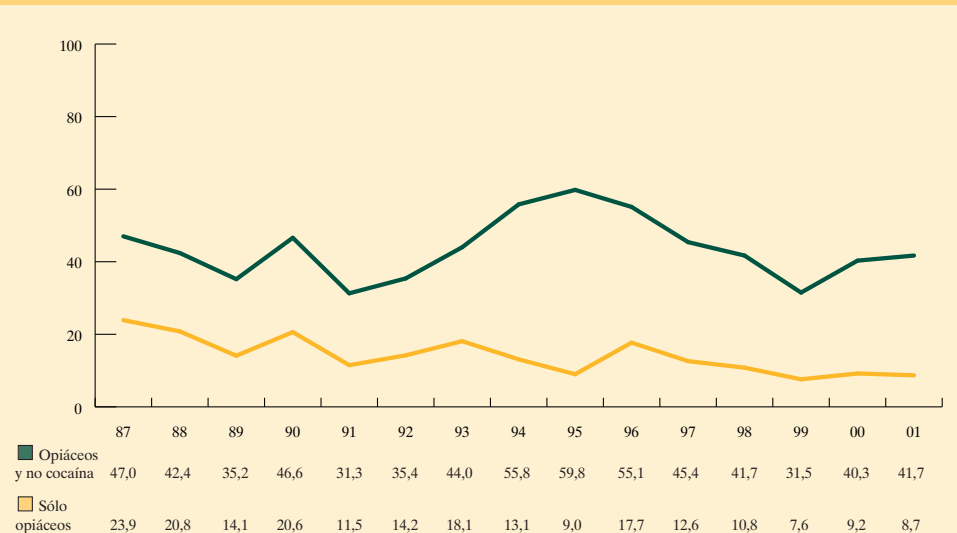
Por lo que respecta a la metadona, aunque su presencia aislada sigue siendo escasa, en los últimos años ha aumentado considerablemente su presencia en las muertes en que se detectan opiáceos o cocaína (Tabla 7.1.4).

Al contrario de lo que sucede con los opiáceos, la proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran cocaína o sus metabolitos ha aumentado considerablemente

desde 1983, especialmente entre 1995 y 1999 (Figura 7.1.1). Han aumentado tanto la proporción de casos en que se encuentra exclusivamente cocaína (que pasó de 0,6% en el período 1983-1989 a 4,1% en 1998-2001) como la proporción en que se detecta cocaína y no opiáceos (que pasó de 1,2% en el período 1983-1989 a 7,5% en 1998-2001) (Figura 7.1.4). Combinando los datos de los opiáceos y de la cocaína, puede apreciarse que en la última década ha disminuido mucho la razón entre el número de muertes positivas a opiáceos y negativas a cocaína y el número de muertes positivas a cocaína y negativas a opiáceos, pasando de 37,7 en 1983-1989 a 5,1 en 1998-2001.

En los últimos años ha aumentado también la proporción de muertes en que se detectan benzodiacepinas o sus metabolitos (29,7% en 1987, 43,8% en 1996 y 52,7% en 2001), y la proporción en que se detecta cánnabis (pasando de

Figura 7.1.3. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente opiáceos u opiáceos sin cocaína (%). España*, 1987-2001.



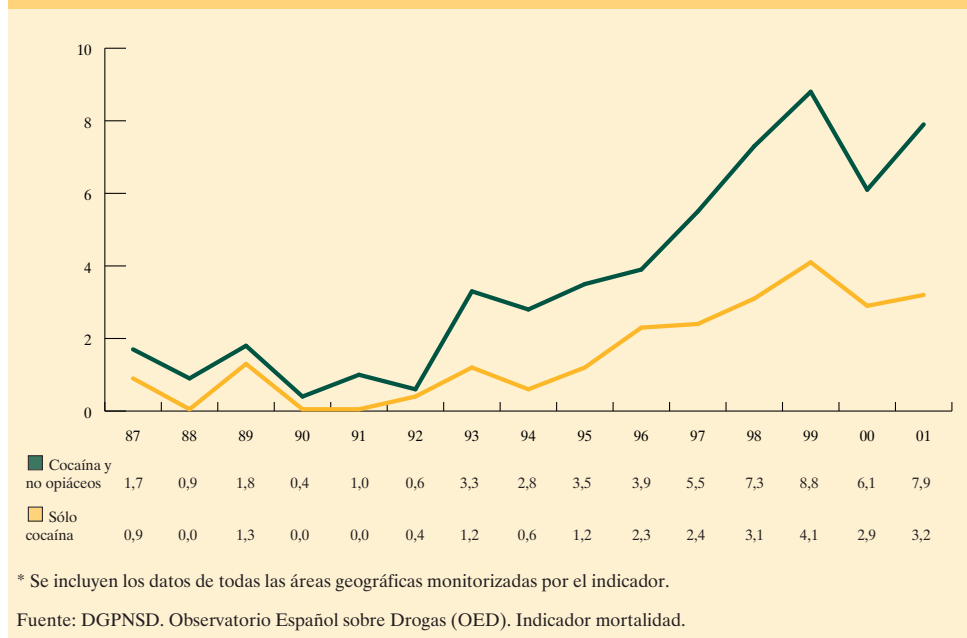
* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

Tabla 7.1.4. Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (RASUPSI) en España, 1996-2001.

	% de muertes RASUPSI en que se detecta sólo metadona	% de muertes RASUPSI con opiáceos en que se detecta metadona	% de muertes RASUPSI con cocaína en que se detecta metadona
1996	1,5	15,8	11,9
1997	0,9	15,5	11,2
1998	0,9	18,8	14,3
1999	0,4	26,3	19,0
2000	1,2	28,1	22,5
2001	2,7	40,1	28,5

Figura 7.1.4. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente cocaína o cocaína sin opiáceos (%). España*, 1987-2001.



6,5% en 1996 a 18,7% en 2001). En cambio, no se aprecia una tendencia clara en el caso de las anfetaminas y el éxtasis (Figura 7.1.1).

Por su parte, la proporción de muertos por reacción aguda a drogas en que el forense aprecia signos recientes de venopunción ha

pasado de 89,6% en 1996 a 75,3% en 1999, y 55,2% en 2001, aunque la validez de este indicador probablemente no es elevada. Otro indicador que nos puede dar una cierta idea del comportamiento de la epidemia de VIH/sida entre los inyectores es la evolución de la prevalencia de infección por VIH entre los muertos

por reacción aguda a opiáceos o cocaína (la mayoría de ellos inyectores). Esta prevalencia mostró una tendencia descendente entre 1996 y 2000, pasando de 52,3% en 1996 a 48,1% en 1999, y 47,1% en 2000, pero en 2001 volvió a aumentar (49,2%). Estas cifras, sin embargo, pueden estar afectadas por variaciones en la cobertura del indicador y en la proporción de fallecidos en que se realiza el test. En Madrid, donde estos factores pueden considerarse más estables, se aprecia un descenso continuado entre 1988 y 2001, pasando de 76% en 1988 a 48% en 1996 y 42% en 2001.

7.1.2. Estimación del número de muertes relacionadas con el consumo de drogas en el conjunto de España

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) define las muertes relacionadas con las drogas como aquéllas causadas directamente por el consumo de drogas de abuso, señalando que estas muertes ocurren generalmente poco después del consumo de la sustancia. Por otra parte, el OEDT sólo recoge las muertes relacionadas con el consumo de drogas de abuso típicas (de comercio ilegal), como opiáceos, cocaína, anfetaminas, cánnabis y alucinógenos, excluyendo tabaco, alcohol, disolventes volátiles y medicamentos psicoactivos como los hipnosedantes. Recientemente el Grupo de Expertos del OEDT para este Indicador ha recomendado que en el futuro estas muertes se extraigan del Registro General de Mortalidad (RGM) en todos los Estados Miembros de la Unión Europea. Por este motivo a continuación se realiza una estimación del número de muertes relacionadas con las drogas en el conjunto de España utilizando el RGM, pero corrigiendo la subestimación de este registro.

En España el RGM es elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y los Departamentos de Estadística de las Comunidades Autónomas a partir del Boletín Estadístico de Defunción (BED), un documento que acompaña al Certificado Oficial de Defunción, que es muy parecido a dicho certificado. El INE publica una estadística de causas de muerte basada en la codificación de la causa básica o funda-

mental de la muerte del BED, según las normas establecidas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). A partir de 1998 se codifica según la décima revisión de dicha clasificación (CIE-10). Para que todos los Estados Miembros UE recojan información comparable, el OEDT ha elaborado un documento (The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002, <http://www.emcdda.eu.int>) donde se señalan los criterios para recoger las muertes directamente relacionadas con las drogas a partir del RGM. En concreto, señala los códigos de causa de muerte CIE-9 o CIE-10 que deben ser considerados para computar estas muertes. En el caso de la CIE-10 estos códigos son: F11-F12, F14-F16 y F19 (Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, excepto alcohol, tabaco, sedantes o hipnóticos y disolventes volátiles), X42 (Envenenamiento accidental por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte), X62 (Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte), e Y12 (Envenenamiento por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte, de intención no determinada). En el caso de los códigos X e Y, el OEDT recomienda su combinación con los códigos T (T40.0_9, T43.6), que especifican el tipo de droga implicada, pero lamentablemente en España no se codifican las muertes empleando códigos T.

A pesar de las recomendaciones del OEDT, en España un estudio referido al período 1984-1993 (Brugal et al., *Gac Sanit* 1999; 13(2):82-87) demostró que no era adecuado estimar la mortalidad directamente relacionada con drogas a partir de las Estadísticas de Mortalidad según Causa extraídas del RGM, porque dichas estadísticas infraestimaban mucho esta mortalidad. Este desajuste se atribuyó a que con frecuencia en el RGM las muertes directamente relacionadas con las drogas y por otras “causas externas” no se registran y codifican adecuadamente. Estas muertes precisan de un estudio y un dictamen del juez y del médico forense, para establecer su causa, pero a menudo los resultados definitivos del estudio médico-legal no se incorporan al BED ni sir-

ven para corregir la causa de muerte que figura inicialmente en este documento. En consecuencia, si antes de codificar estas causas de muerte según la CIE, no se recupera la información del estudio médico-legal, no podrán incluirse en las rúbricas adecuadas y resultarán infraestimadas en el RGM.

Con el fin de evaluar si la situación seguía siendo la misma en 1999-2000, se ha realizado una nueva evaluación, comparando el número de muertes directamente relacionadas con las drogas registradas por el RGM y por el indicador mortalidad del Plan Nacional sobre Drogas. En esta ocasión el estudio se refirió a un área mucho más amplia constituida por 4 Comunidades Autónomas (Comunidad de Madrid, Región de Murcia, País Vasco y Galicia) y 10 ciudades (Badajoz, Barcelona, Cáceres, Las Palmas de Gran Canaria, Palma de Mallorca, Pamplona, Ponferrada, Valencia, Valladolid y Zaragoza). Los datos de muertes del RGM para esas áreas fueron solicitados al Instituto Nacional de Estadística, que hubo de

efectuar una tabulación *ad hoc*. Los resultados indican que la situación ha mejorado algo, pero el RGM continúa infraestimando en cierta medida las muertes directamente relacionadas con las drogas. De hecho, en el período 1999-2000 el RGM (seleccionando los códigos de causa de muerte propuestos por el OEDT) registró en ese área 468 muertes en personas de 15-49 años y el indicador mortalidad del Plan Nacional sobre Drogas 878 (1,88 veces más). Multiplicando el índice corrector de la infranotificación del RGM calculado por el número de muertes directamente relacionadas con drogas para el conjunto de España extraídas del RGM (www.ine.es/inebase/cgi/) se puede obtener una estimación del número total de muertes directamente relacionadas con las drogas en España (Tabla 7.1.5). Cuando se utiliza la selección de códigos propuestos por el OEDT (selección b_1), el número anual de muertes estimado en todas las edades es de 1.035. Si en vez de considerar dicha selección, se utiliza otra (selección b_2), que además de los códigos propuestos por el OEDT incluye el

Tabla 7.1.5. Estimación de las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas en España, 1999-2000.

	Todas las edades	15 - 49 años
Selección b_1		
Nº medio anual de muertes RGM	552	539
Índice corrector de subestimación	1,88	1,88
Nº anual de muertes estimado	1.035	1.011
Muertes por 100.000 habitantes	2,53	4,71
Mortalidad proporcional (%)	0,28	4,15
Selección b_2		
Nº medio anual de muertes RGM	733	707
Índice corrector de subestimación	1,35	1,35
Nº anual de muertes estimado	990	954
Muertes por 100.000 habitantes	2,42	4,45
Mortalidad proporcional (%)	0,27	3,91

Notas:

La selección b_1 es la propuesta por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías e incluye los siguientes códigos CIE-10: F11-F12, F14-F-16, F19, X42, X62 e Y12.

La selección b_2 incluye todos los códigos de la selección b_1 más el X44.

Las muertes relacionadas con las drogas del RGM para el conjunto de España se obtuvieron de: www.ine.es/inebase/cgi/

Mortalidad proporcional = (muertes relacionadas con las drogas/muertes por todas las causas)*100

Las poblaciones para el cálculo de las tasas se obtuvieron del Censo de Población de 2001 (www.ine.es/censo2001).

código X44 (Envenenamiento accidental por, o exposición a, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados) se obtiene una estimación ligeramente diferente, pero que no se aparta mucho de la citada (990) (Tabla 7.1.5). Esta segunda selección se justifica para recoger las “sobredosis” sin apellido o no especificadas, que en España son relativamente numerosas. Por otra parte, cuando se realizan estimaciones extrapolando los datos de muertes del área monitorizada por el indicador del Plan Nacional sobre Drogas (que representa menos del 50% de la población) al conjunto de la población española, se obtienen cifras algo superiores a las presentadas, que sin duda están algo supraestimadas porque se obtienen aplicando tasas de muertes por drogas de áreas muy urbanizadas (que son las que predominan en el grupo monitorizado) a áreas menos urbanizadas.

En cualquier caso, hay que recordar que ninguna de las estimaciones realizadas incluye las muertes relacionadas con las drogas que no llegan a ser reconocidas o registradas por los médicos en los certificados oficiales de defunción ni a ser objeto de investigación judicial y forense. Estas muertes podrían tener bastante importancia en el caso de algunas drogas como la cocaína.

7.2. MUERTES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS

Desde 1998 el Instituto Nacional de Toxicología realiza un estudio anual sobre los conductores y peatones fallecidos en accidentes de tráfico, desde el punto de vista toxicológico-forense. En 2001 se investigaron 1.447 conductores y 288 peatones fallecidos, y en el 2002 1.441 conductores y 262 peatones.

La mayor parte de los conductores fallecidos eran hombres (90,5% y 89,6% en 2001 y 2002 respectivamente) y el grupo de edad más numeroso era el comprendido entre 21-30 años para ambos sexos (Tabla 7.2.2). Alrededor del 45% de los accidentes tuvieron lugar durante el fin de semana o días festivos, sin embargo los datos del año 2002 muestran que en los grupos más jóvenes los accidentes tuvieron lugar mayoritariamente en el fin de semana (el 54% de los accidentes para el grupo de 21 a 30 años). Estas características son similares a las de años anteriores.

Los análisis efectuados sobre estos conductores permitieron detectar alcoholemias positivas (superiores o iguales a 0,3 g/l) en el 42,4% de casos en el 2001 y en el 37,5% de casos en el

Tabla 7.2.1. Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2002.

	1998	1999	2000	2001	2002
Número de fallecidos analizados	1.090	1.191	1.363	1.447	1.441
Sexo (%)					
Hombres	91,5	91,7	91,3	90,5	89,6
Mujeres	8,5	8,3	8,6	9,4	10,3
Procedencia del cadáver (%)					
Vía pública	–	86,0	86,2	87,2	90,9
Hospital	–	14,0	13,8	11,1	9,1

Tabla 7.2.2. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, según sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1999-2002.

	1999			2000			2001			2002		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
≤ 20	9,6	6,5	9,3	9,8	14,5	10,2	11,1	9,2	10,9	7,8	8,4	7,8
21 - 30	29,6	35,5	30,1	32,7	34,5	32,8	30,3	33,6	30,4	31,4	33,6	31,6
31 - 40	20,6	24,7	20,9	21,9	18,2	21,6	20,7	17,6	20,4	21,5	20,3	21,4
41 - 50	15,8	15,1	15,7	13,5	20,0	14,0	15,5	20,6	16,0	12,9	15,4	13,2
51 - 60	9,4	6,5	9,1	10,0	6,4	9,7	11,3	10,7	11,2	12,0	10,5	11,8
>60	15,0	11,8	14,8	12,0	6,4	11,6	11,1	8,4	10,9	14,4	11,9	14,1
Total	1.012	93	1.105	1.184	110	1.294	1.232	131	1.363	1.292	149	1.441

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología. Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información que aparece abajo.

Tabla 7.2.3. Distribución de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico según nivel de alcoholemia. España, 2001-2002.

Niveles de alcoholemia	2001 Nº de casos	2001 Porcentaje	2002 Nº de casos	2002 Porcentaje
Negativa	833	57,6%	901	62,5%
Positiva	614	42,4%	540	37,5%
≥ 0,5 g/l	482	33,3%	460	32,3%
<0,5 g/l	132	9,1%	74	5,2%

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.
Casos tomados a partir de 0,3 g/l.

2002, siendo este porcentaje muy superior en hombres (45,3% en 2001 y 39,6% en 2002) que en mujeres (14,5% en 2001 y 18,7% en 2002).

Además de alcohol también se detectaron drogas ya sea solas o combinadas con alcohol y/ o medicamentos psicótrpos y medicamentos psicótrpos solos o con alcohol y/o drogas. En total un 47,8% de los conductores fallecidos en el 2001 presentaron análisis positivos a alguna sustancia psicoactiva, cifra muy similar a la del año 2000 (47,7%). En el 2002 esta cifra se redujo a un 42,5% (Tabla 7.2.4).

Las sustancias diferentes del alcohol más detectadas fueron en ambos años la cocaína, seguida del cánnabis, y las benzodiazepinas. Es interesante observar la evolución seguida desde el año 1999 con respecto al cánnabis, cuya presencia se ha incrementado en los conductores fallecidos (de un 2,5% en 1999 pasan a un 3,9% en 2002). El éxtasis por su parte disminuyó en el 2002 respecto a los dos años anteriores (Tabla 7.2.5).

Los peatones fallecidos en 2001 y 2002 presentaron las mismas características que en años

Tabla 7.2.4. Conductores fallecidos en accidentes de tráfico en los que se detectaron alcohol, otras drogas y psicofármacos (número y porcentaje). España, 1999-2002.

Sustancias consumidas	1999	2000	2001	2002
Alcohol etílico (solo)	378 (31,7%)	492 (36%)	529 (36,5%)	443 (30,7%)
Alcohol y otras drogas de abuso	52 (4,3%)	48 (3,5%)	58 (4%)	77 (5,3%)
Alcohol y psicofármacos/medicamentos	11 (0,9%)	16 (1,1%)	20 (1,4%)	15 (1,04%)
Alcohol, otras drogas y psicofármacos	5 (0,4%)	6 (0,4%)	7 (0,4%)	5 (0,3%)
Otras drogas distintas al alcohol	33 (2,7%)	47 (3,45%)	42 (2,9%)	41 (2,8%)
Drogas (no alcohol) y psicofármacos	18 (1,5%)	12 (0,8%)	9 (0,6%)	7 (0,4%)
Psicofármacos/medicamentos	20 (1,6%)	29 (2,1%)	28 (1,9%)	25 (1,7%)
Subtotal análisis positivos	517 (43,4%)	650 (47,7%)	693 (47,8%)	613 (42,5%)
Análisis con resultados negativos*	674 (56,6%)	713 (52,3%)	754 (52,1%)	828 (57,5%)
Total cadáveres analizados	1.191	1.363	1.447	1.441

* Aquellos en los que no se identificó ni alcohol u otras drogas y psicofármacos/medicamentos.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.2.5. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico según tipo de sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2002.

	1999		2000		2001		2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico	446	37,4	562	41,2	614	42,4	540	37,4
Opiáceos*	29	2,4	31	2,3	17	1,1	19	1,3
Cocaína	62	5,2	65	4,8	60	4,1	76	5,3
Anfetamina	6	0,5	6	0,4	7	0,5	7	0,5
MDMA y derivados	5	0,4	12	0,9	16	1,1	6	0,4
Cánnabis	28	2,5	39	2,9	43	3,0	56	3,9
Barbitúricos	1	0,1			2			
Benzodiazepinas	41	3,4	50	3,6	44	3,0	40	2,8
Antipsicóticos	0	0,0			1		1	
Antidepresivos	6	0,5	8	0,6	17	1,1	5	0,3
Total análisis	1.191		1.363		1.447		1.441	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

anteriores (Tabla 7.2.6). La mayoría eran hombres y el grupo de edad más numeroso fue el de mayores de 60 años (Tabla 7.2.7). La mayor parte de los accidentes de los peatones fueron en día laborable, debido especialmente al grupo de edad de mayores de 60 años.

El 38,5%(2001) y el 39,3% (2002) de los peatones presentaron alcoholemias positivas. Además del alcohol también se detectaron cocaína, opiáceos y cánnabis en algunos peatones (Tabla 7.2.9). Los análisis fueron positivos a alguna sustancia en un 41,7% de peatones en

el año 2001, cifra también muy similar a la del 2000 y en un 40,8% en el 2002 (Tabla 7.2.8).

La tasa de alcoholemia que predomina tanto en el 2001 como en el 2002 en los conductores fallecidos y en los peatones atropellados fue superior a 1,5g/l, sin diferencia de edad ni de sexo (si bien este predominio fue mayor en el grupo entre 21-30 años en 2002), excepto en los conductores fallecidos mayores de 61 años. Ello nos lleva a concluir la existencia de una fuerte relación entre los accidentes de tráfico con víctimas mortales y el consumo de alcohol.

Tabla 7.2.6. Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2002.

	1998	1999	2000	2001	2002
Número de análisis	155	229	250	288	262
Sexo					
Hombres	74,8	91,7	80,4	80,2	75,9
Mujeres	25,2	8,3	19,6	19,7	24,0
Procedencia del cadáver					
Vía pública	-	71,2	74,8	80,5	61,8
Hospital	-	28,8	25,2	19,4	38,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información. La procedencia del cadáver hace referencia al lugar físico donde se produjo el fallecimiento.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.2.7. Distribución de los peatones fallecidos en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1999-2002.

	1999			2000			2001			2002		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
≤ 20	5,8	6,4	6,0	6,4	4,3	6,0	6,4	3,6	5,8	7,2	7,1	7,1
21 - 30	9,9	4,3	8,7	11,7	10,9	11,5	13,6	5,4	12,0	11,0	17,9	12,7
31 - 40	10,5	8,5	10,1	14,4	10,9	13,7	17,7	8,9	15,9	16,0	8,9	14,3
41 - 50	22,2	8,5	19,3	13,3	6,5	12,0	12,7	12,5	12,7	13,8	7,1	12,2
51 - 60	13,5	12,8	13,3	12,2	6,5	11,1	13,2	10,7	12,7	12,2	8,9	11,4
>60	38,0	59,6	42,7	42,0	60,9	45,7	36,4	58,9	40,9	39,8	50,0	43,1
Total	171	47	218	188	46	234	220	56	276	181	56	237

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información que aparece abajo.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.2.8. Peatones atropellados en accidentes de tráfico en que se ha detectado alcohol y otras sustancias psicoactivas (número y porcentaje). España, 1999-2002.

Sustancias consumidas	1999	2000	2001	2002
Alcohol etílico (sólo)	79 (34,5%)	94 (37,6%)	101 (35,1%)	97 (37,0%)
Alcohol y otras drogas	2 (0,8%)	4 (1,6%)	10 (3,5%)	6 (2,2%)
Otras drogas (sólo)	8 (3,5%)	6 (2,4%)	9 (3,1%)	4 (1,5%)
Alguna sustancia (subtotales)	89 (39%)	104 (41,6%)	120 (41,7%)	107 (40,8%)
Ninguna	140	146 (58,4%)	168 (58,3%)	155 (59,2%)
Total	229	250	288	262

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.2.9. Distribución de los peatones fallecidos en accidente de tráfico según tipo de sustancia psicoactiva detectada en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2002.

	1999		2000		2001		2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol etílico	81	35,4	98	39,2	111	38,5	103	39,3
Opiáceos*	6	2,6	3	1,2	10	3,5	3	1,1
Cocaína	7	3,1	6	2,4	10	3,5	6	2,3
Cánnabis	2	0,9	2	0,8	5	1,7	4	1,5
Total análisis	229		250		288		262	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

8

Indicadores de oferta de drogas

8.1. SUSTANCIAS INTERVENIDAS

En el año 2002 se ha producido un gran aumento de las incautaciones de éxtasis, *speed* y en menor medida de hachís, de acuerdo a los datos aportados por la Unidad Central de Inteligencia Criminal del Ministerio del Interior. Por el contrario han descendido respecto al año anterior las incautaciones de heroína, cocaína y LSD (Tabla 8.1.1).

Las incautaciones de éxtasis pasaron de 860.164 pastillas en el 2001, cifra similar a la del año 2000 y que suponían ya un fuerte incremento respecto a años anteriores, a 1.396.142 pastillas en el 2002 lo que supone un incremento del 62,3% (Figura 8.1.1). También han tenido un fuerte incremento las incautaciones de otras sustancias como el *speed* o las anfetami-

Tabla 8.1.1. Evolución de las incautaciones de diversas sustancias en España, 2000-2002.

	2000	2001	2002
Heroína (Kg)	485	631	275
Cocaína (Kg)	6.165	33.680	17.617
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.809
LSD (dosis)	7.542	26.535	893
MDMA (pastillas)	891.562	860.164	1.396.142
<i>Speed</i> (gr.)	23.412	18.685	55.642

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

nas, presentes en similares contextos de consumo (Figura 8.1.2 y Tablas 8.1.1 y 8.1.2).

El hachís es la droga más incautada (564.809 Kg. en 2002) y la que da lugar también a mayor número de decomisos (Figura 8.1.6). Tanto la cantidad como el número de decomisos continúan creciendo, prosiguiendo la tendencia de toda la década (Figura 8.1.3).

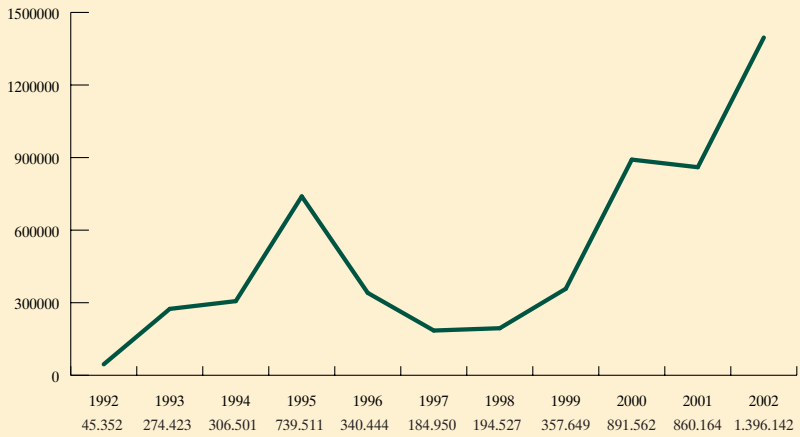
En el año 2002 se han incautado 17.617 Kg. de cocaína, cantidad inferior a la del año pasado (año espectacular en cuanto a la gran cantidad de cocaína incautada) pero muy importante si la comparamos con otros años. En este caso además el número de decomisos, que refleja mejor la línea de actuación ya que está menos sujeto al éxito o fracaso de alguna operación importante, ha crecido en un 11% respecto al 2001 (Figuras 8.1.4 y 8.1.6).

La heroína ha registrado un descenso tanto en cantidad incautada (Tabla 8.1.1 y Figura 8.1.5) como en el número de decomisos. Éstos últimos siguen una línea descendente (Figura 8.1.6) en los últimos años, acorde con el menor consumo de esta sustancia y su presencia menor por tanto en el mercado.

Las incautaciones de LSD también han descendido. Este descenso es mayor respecto a la cantidad que en cuanto al número de decomisos.

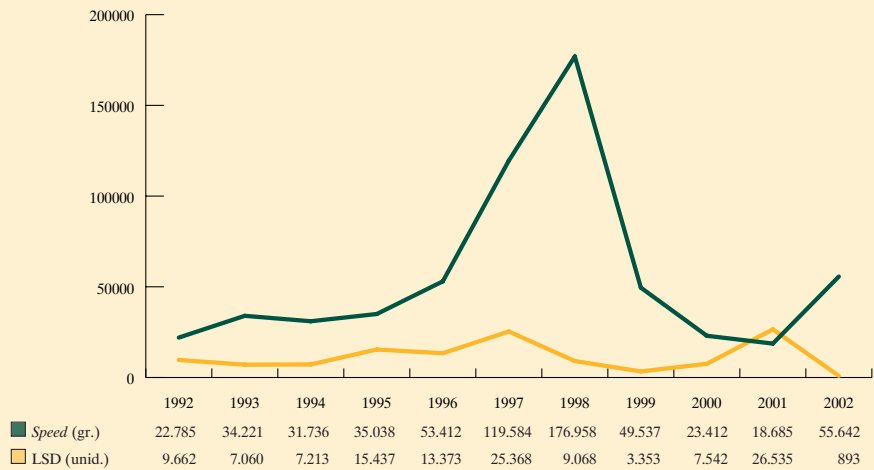
En general podemos observar que las intervenciones policiales respecto a las sustancias psicoactivas se corresponden bastante con las tendencias del consumo y en consecuencia con el mercado de las drogas.

Figura 8.1.1. Evolución del MDMA intervenido en España (unidades), 1992-2002.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1.2. Evolución del speed y LSD intervenido en España, 1992-2002.



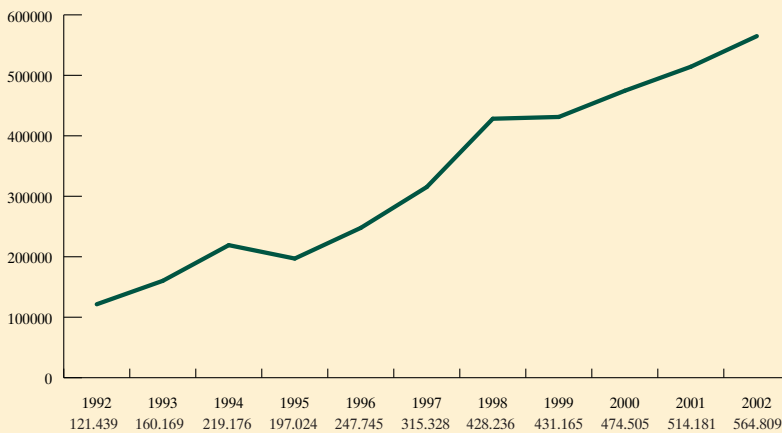
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Tabla. 8.1.2. Fármacos y diversos psicotrópicos decomisados en España (unidades), 2000-2002.

	2000	2001	2002
Anfetaminas	40.696	11.026	31.427
Buprex	3	3.365	1.404
Contugesic	558	192.476	513
Rohipnol	1.520	1.355	582
Trankimazin	8.568	141.361	19.161
Tranxilium	1.109	1.695	1.357
Valium	159	42.143	166
Deprancol	-	71	-
G.H.B. (cc)	6.825	213.153	1.332
Otros psicotrópicos	80.338	1.943.461	118.452

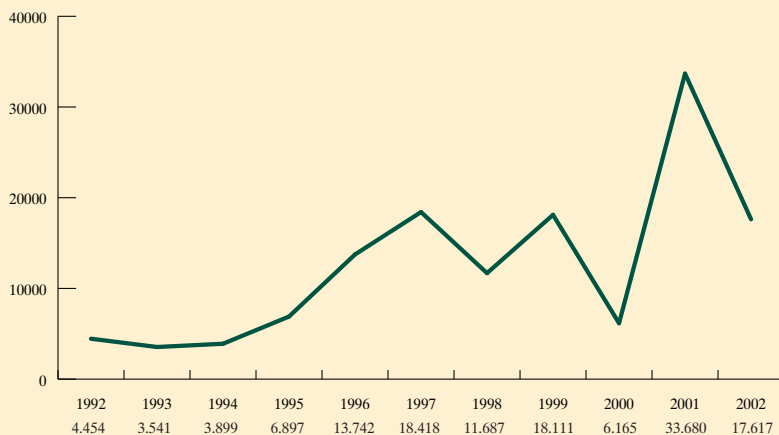
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1.3. Evolución del hachís intervenido en España (kilos), 1992-2002.



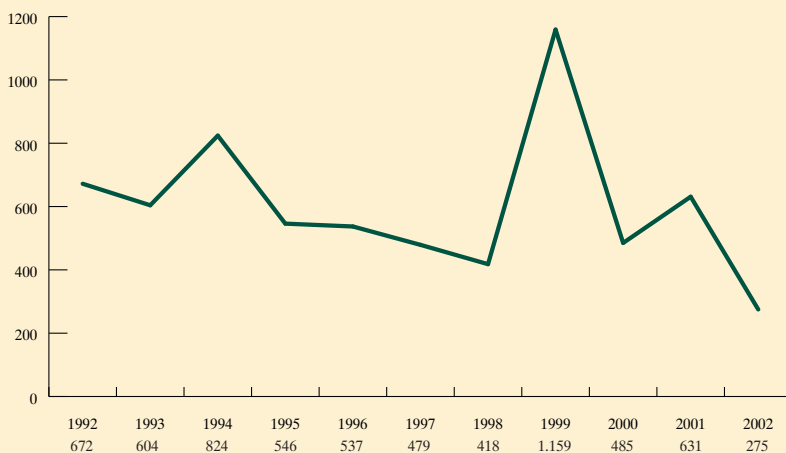
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1.4. Evolución de la cocaína intervenida en España (kilos), 1992-2002.



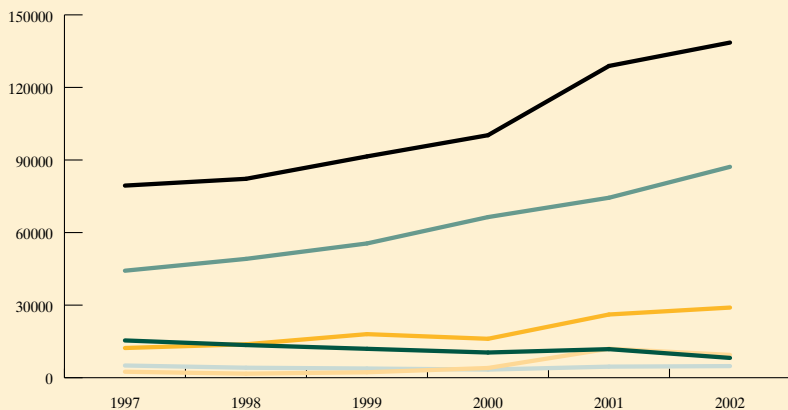
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1.5. Evolución de la heroína intervenida en España (kilos), 1992-2002.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1.6. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 1997-2002.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

8.2. VARIACIONES EN LA PUREZA Y PRECIO DE LAS SUSTANCIAS

Los datos que se presentan en la Tabla 8.2.1 se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas durante los dos semestres del año 2002, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Se observa un ligero descenso del primer al segundo semestre de sustancias como el éxtasis, el LSD o el *speed* (el Kg.) y un ascenso también ligero del precio de la cocaína y la heroína.

Sin embargo, analizando la evolución del precio de estas sustancias en un periodo más amplio, observamos que mientras que el precio del LSD y el *speed* ha ascendido desde 1997 (1.000 ptas. para las dosis de ambas sustancias) al 2002 (superior a 1.400 ptas. la dosis de ambas) el precio del éxtasis por el contrario ha descendido (2.300 ptas. en el primer semestre de 1997 a 1.814 ptas en el segundo semestre del 2002).

El precio del resto de las sustancias se ha mantenido bastante estable en el periodo comprendido entre 1997 y 2002, salvo oscilaciones en coyunturas concretas.

Tabla 8.2.1. Pureza y precio de las sustancias decomisadas en España. Primer y segundo semestre 2002.

PRIMER SEMESTRE							
	Dosis			Gramo		Kilogramo	
	Pureza	Peso	Precio	Pureza	Precio	Pureza	Precio
Heroína	26%	114 mgr.	9,01 euros	34%	63,18 euros	54%	42.854 euros
Cocaína	44%	171 mgr.	13 euros	50%	57,56 euros	71%	35.685 euros
Grifa					2,86 euros		1.134 euros
Hachís					3,88 euros		1.427 euros
Aceite					12,72 euros		2.559 euros
LSD			9,11 euros				
<i>Speed</i>			8,61 euros		25,63 euros		17.631 euros
Éxtasis (unidad)			11,57 euros				
Otros fármacos (unid.)			3,44 euros				
SEGUNDO SEMESTRE							
	Dosis			Gramo		Kilogramo	
	Pureza	Peso	Precio	Pureza	Precio	Pureza	Precio
Heroína	25%	101 mgr.	9,52 euros	34%	64,50 euros	51%	43.743,79 euros
Cocaína	42%	179 mgr.	13,30 euros	50%	59,03 euros	71%	33.455,42 euros
Grifa					2,85 euros		1.078,35 euros
Hachís					4,29 euros		1.387,24 euros
Aceite					11,91 euros		2.473,79 euros
LSD			8,54 euros				
<i>Speed</i>			8,78 euros		26,03 euros		17.159,57 euros
Éxtasis (unid.)			10,90 euros				
Otros fármacos (unid.)			3,36 euros				

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

9

Indicadores policiales

9.1. DETENIDOS POR TRÁFICO DE DROGAS

En el año 2002 se han registrado 17.430 detenidos por tráfico de drogas conforme a los datos de la Unidad Central de Inteligencia Criminal. Esta cifra es similar a la del año pasado con un ligero incremento. La evolución seguida desde el año 1997 (Figura 9.1.2) nos muestra que en el año 2000 tuvo lugar un fuerte incremento en el número de detenidos que desde ese año se mantiene estable. Mayor variación se ha producido en cuanto a las sustancias por las que han sido detenidos. Han aumentado las detenciones por cannábicos y cocaínicos y han descendido las de los opiáceos (Tabla 9.1.1).

El cannabis es la sustancia que da lugar al mayor número de detenidos, lo cual se corres-

ponde también con el mayor número de incautaciones y la mayor extensión del consumo. Le sigue la cocaína incluyendo entre ambas el 84% de los detenidos (Figura 9.1.1).

Las Comunidades Autónomas con mayor número de detenidos en términos absolutos son Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia (Tabla 9.1.2).

Si tomamos en consideración las tasas de detenidos por población, destaca la ciudad de Ceuta que constituye un caso especial por su condición estratégica en el tráfico del cannabis, cuya tasa (113 detenidos por 10.000 habitantes) supera con mucho al resto. Le siguen Melilla (10 detenidos/10.000), Canarias (9/10.000) y Baleares y Andalucía (7/10.000) (Tabla 9.1.2).

Tabla 9.1.1. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita, según la sustancia que motivó la detención o denuncia. España, 1998-2002.

Sustancias	1998		1999		2000		2001		2002	
	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.
Opiáceos	2.436	11.321	1.961	9.910	2.243	8.089	1.914	11.145	1.214	5.916
Cocaínicos	3.675	10.151	3.918	13.802	5.377	11.422	5.372	16.196	5.633	25.905
Cannábicos	6.853	42.472	6.465	48.991	7.518	57.395	8.408	78.629	9.042	81.949
Alucinógenos	367	1.024	434	1.346	1.281	2.305	1.200	3.516	1.083	6.185
Psicot./Barbit.	416	2.691	366	2.496	336	2.085	313	2.758	325	1.698
Otros	220	18	286	19	312	6	173	26	133	181
Total	13.967	67.677	13.430	76.564	17.067	81.302	17.380	112.270	17.430	121.834

Nota: No se conocen los datos de la Policía Autónoma Vasca.

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 9.1.1. Distribución por tipo de sustancias de los detenidos y de los denunciados (porcentajes). España, 2002.



Figura 9.1.2. Detenidos por tráfico de drogas. España, 1997-2002.

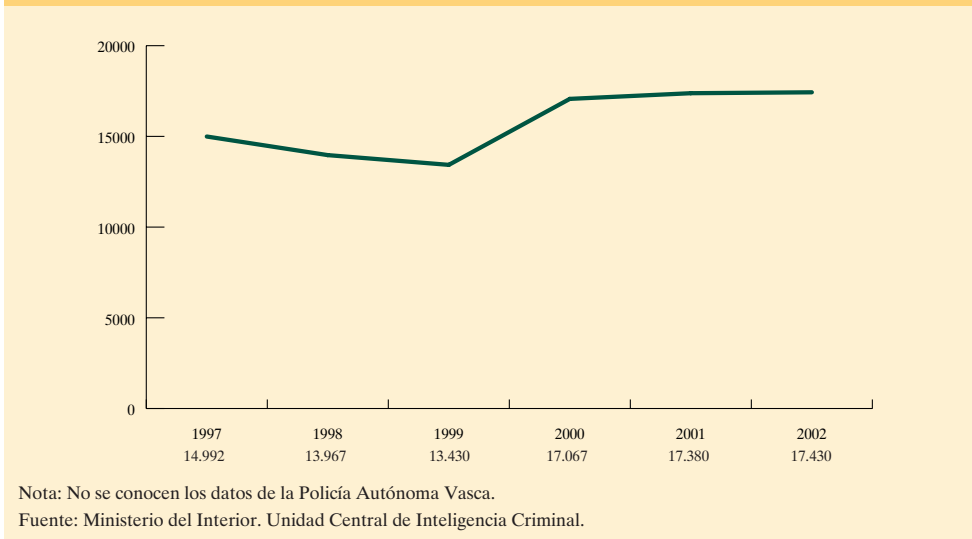


Tabla 9.1.2. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas por Comunidad Autónoma (números absolutos y tasas por 10.000 habitantes). España, 2002.

	Detenidos	Tasa/10.000 hab.	Denunciados	Tasa/10.000 hab.
Andalucía	4.896	6,6	33.762	45,6
Aragón	349	2,9	2.812	23,4
Asturias	278	2,5	1.509	14,0
Baleares	592	6,7	4.742	54,0
Canarias	1.568	8,8	13.072	73,4
Cantabria	210	3,9	3.467	64,5
Castilla-La Mancha	381	2,2	6.633	37,8
Castilla y León	338	1,4	5.859	23,6
Cataluña	3.034	4,8	14.267	22,4
C. Valenciana	1.650	3,9	11.760	28,0
Extremadura	251	2,3	3.305	30,8
Galicia	750	2,7	5.600	20,5
La Rioja	55	2,0	482	17,8
Madrid	1.664	3,1	6.505	12,1
Murcia	299	2,5	2.988	25,1
Navarra	111	2,0	4.033	72,5
País Vasco*	73	0,3	462	2,2
Ceuta	859	113,5	215	28,4
Melilla	72	10,5	361	52,5
Total	17.430		121.834	

* No se conocen los datos de la Policía Autónoma Vasca.

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

En el 2002 los denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas en aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992 ha ascendido a 121.834 lo que supone un incremento del 8,5% respecto al año anterior, continuando con la tendencia alcista de los últimos años (Figura 9.1.3).

El cannabis sigue siendo la sustancia que da lugar al mayor número de denunciados, el 67% de todos los denunciados en el 2002. Le sigue la cocaína que en este año es responsable del 21% de denunciados (Figura 9.1.1). Los denunciados por cocaína se han incrementado mucho respecto al 2001, pasando de 16.196 denunciados a 25.905. Los denunciados por opiáceos en cambio se han reducido casi a la

mitad, también se ha producido un descenso respecto a los psicotrópicos aunque en este caso no tan acusado (Tabla 9.1.1).

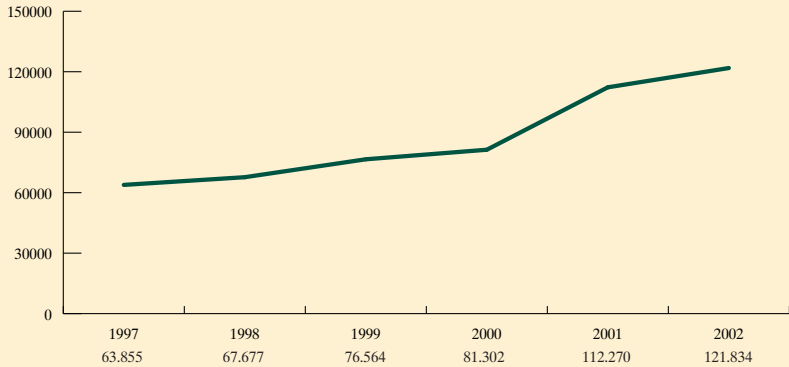
En la Tabla 9.1.2 se puede observar tanto en números absolutos como las tasas por población, la distribución de los denunciados por Comunidades Autónomas. Las Comunidades que presentan mayores tasas son Canarias (73 denunciados por 10.000 habitantes), Navarra (72,5/10.000), Cantabria (64,5/10.000) y Baleares (54/10.000).

El perfil de los detenidos y denunciados en cuanto a sexo es mayoritariamente masculino (87% de los detenidos y el 95% de los denunciados). En cuanto a la edad, la franja de los 19

a 25 años es en ambos casos la mayoritaria, comprende el 34,4% de los detenidos y el 46,9% de los denunciados, si bien la franja de 26 a 40 años incluye también un gran porcentaje de detenidos y denunciados (Figuras 9.1.4 y

9.1.5). Esta estructura es básicamente la misma desde 1995, si bien se observan algunos ligeros cambios en las distintas franjas de edad como por ejemplo un ligero aumento de las edades mayores de 30 años (Figura 9.1.4 y 9.1.5).

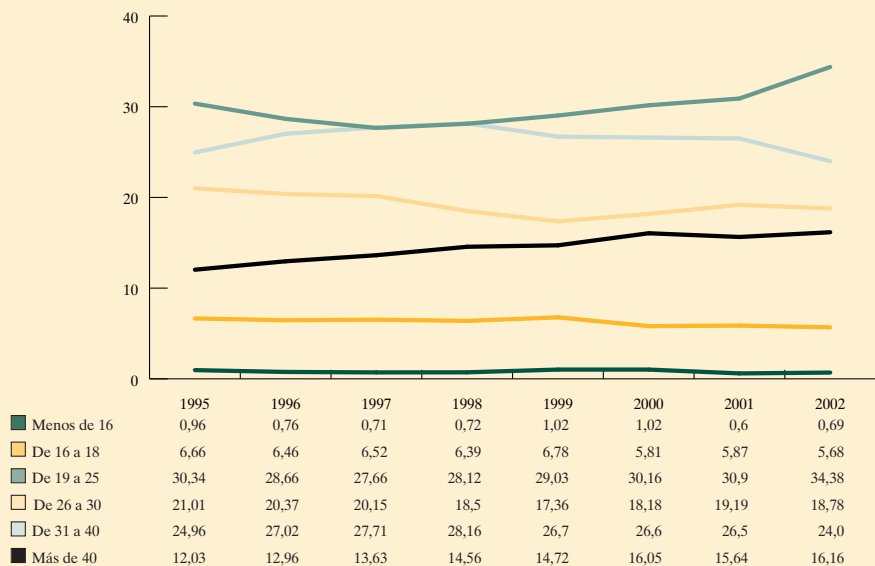
Figura 9.1.3. Denunciados por consumo o tenencia de drogas en España, 1997-2002. Números absolutos.



Nota: No se conocen los datos de la Policía Autónoma Vasca.

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 9.1.4. Evolución de las edades de los detenidos por tráfico de drogas (%). España, 1995-2001.



Fuente: Unidad Central de Inteligencia Criminal. Ministerio del Interior.

Figura 9.1.5. Evolución de las edades de los denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. España, 1995-2001.



9.2. SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CONSUMO DE DROGAS EN LA VÍA PÚBLICA

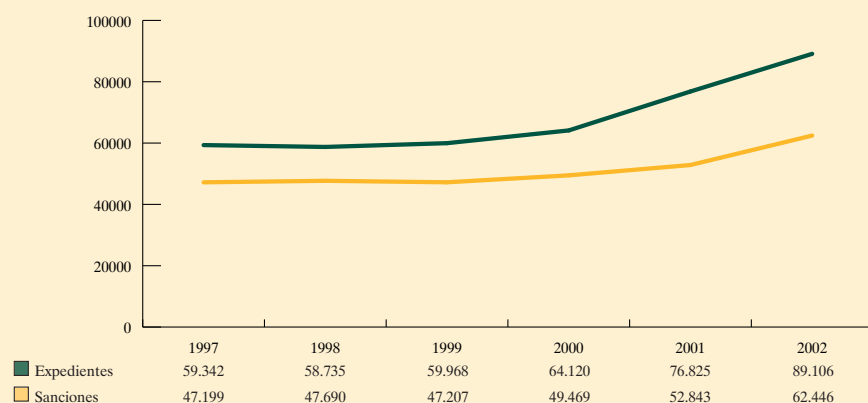
En el 2002 se han registrado 62.446 sanciones administrativas en aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre seguridad ciudadana, referido al consumo o tenencia de drogas en la vía pública, lo que representa el 70% de los expedientes incoados al respecto. Tanto los expedientes como las sanciones han experimentado un crecimiento respecto al año anterior del 16% y 18% respectivamente (Figura 9.2.1).

Las Comunidades Autónomas en las que se han producido más sanciones por habitantes son Ceuta, cuya tasa por 10.000 habitantes es

de 53,4, Canarias con una tasa de 46,7 y Baleares con 38,6 (Tabla 9.2.2).

El apartado 2 del artículo 25 contempla la posibilidad de que las sanciones impuestas por estas infracciones puedan suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado. Las sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento en el año 2002 han ascendido a 3.446, cifra algo inferior a la del año anterior. En la Figura 9.2.2 podemos observar que desde el año 1999 la evolución de estas suspensiones es descendente. Canarias, Andalucía y Galicia son las Comunidades Autónomas en donde se han producido más suspensiones (Tabla 9.2.1).

Figura 9.2.1. Evolución de los expedientes incoados y de las sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública (números absolutos). España, 1997-2002.



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior.

Tabla 9.2.1. Expedientes incoados, sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública y sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabituación (números absolutos). España, 2002.

	Expedientes incoados	Sanciones administrativas	Sanciones suspendidas por tratamiento de deshabituación
Andalucía	22.436	12.232	1.113
Aragón	3.972	3.493	39
Asturias	717	787	7
Baleares	3.534	3.391	66
Canarias	12.806	8.322	1.472
Cantabria	3.381	739	0
Castilla y León	8.082	7.107	172
Castilla-La Mancha	6.205	3.157	107
Cataluña	4.611	3.924	8
Extremadura	1.459	1.498	59
Galicia	3.020	2.628	274
Madrid	6.163	4.393	0
Murcia	2.157	2.164	21
Navarra	497	418	10
La Rioja	752	667	14
Valencia	8.083	6.656	61
País Vasco	512	359	23
Ceuta	427	404	0
Melilla	292	107	0
Totales	89.106	62.446	3.446

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior.

Tabla 9.2.2. Sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública por Comunidad Autónoma (tasas por 10.000 habitantes). España, 1997-2002.

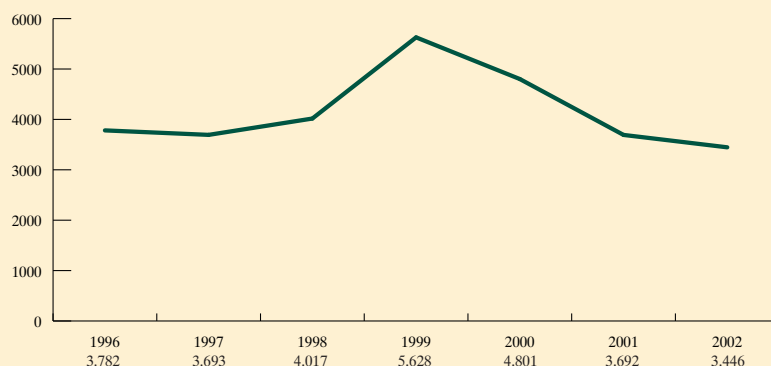
	1997	2001	2002
Andalucía	10,68	13,17	16,5
Aragón	10,94	17,20	29,1
Asturias	4,18	9,98	7,3
Baleares	23,68	36,23	38,6
Canarias	28,91	58,56	46,7
Cantabria	3,70	20,05	13,7
Castilla-La Mancha	10,40	16,73	18,0
Castilla y León	14,60	20,07	28,7
Cataluña	12,30	5,27	6,2
C. Valenciana	22,29	10,27	15,8
Extremadura	4,90	9,07	14,0
Galicia	7,34	7,39	9,6
Madrid	5,45	7,55	8,2
Murcia	13,37	12,04	18,2
Navarra	7,87	5,57	7,5
País Vasco	6,58	0,95	1,7
La Rioja	11,80	22,26	24,7
Ceuta	13,17	11,22	53,4
Melilla	-	-	15,6
Total	11,84	12,85	15,0

Notas: Aplicación del artículo 25.1 y 25.2 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección Ciudadana.

Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población de la Renovación del Padrón Municipal de habitantes a 1 de mayo de 1996 del INE para 1997 y la renovación del 1 de enero de 2001 para el año 2001.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior.

Figura 9.2.2. Evolución del número de sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública suspendidas por sometimiento o tratamiento de deshabituación (números absolutos). España 1996-2002.



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior.

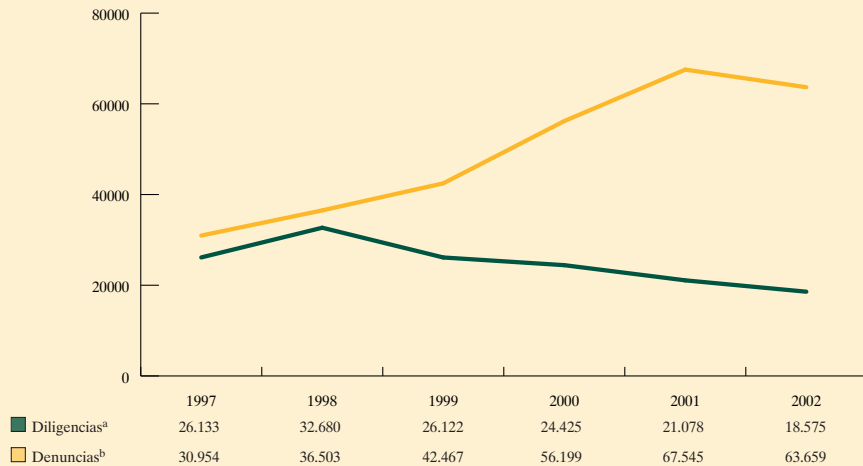
9.3. DILIGENCIAS Y DENUNCIAS POR CONDUCCIÓN CON TASAS DE ALCOHOLEMIA SUPERIORES AL LÍMITE LEGAL

Las diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal registradas en el año 2002 en el conjunto del Estado, exceptuando el País Vasco y Cataluña, ascienden a 18.575 y 63.659 respectivamente (Figura 9.3.1). La mayor parte de las diligencias se han producido en los controles de

alcoholemia, seguido de en los accidentes. Las diligencias registradas en accidentes han sido superiores a las del 2001, aunque el conjunto de diligencias ha disminuido respecto a ese año. En la Figura 9.3.2 se puede observar la distribución de las diligencias de alcoholemia según el motivo en ambos años.

Andalucía, la Comunidad Valenciana y Galicia son las Comunidades, al igual que el año anterior, en donde se han realizado un mayor número de diligencias y denuncias (Tabla 9.3.1).

Figura 9.3.1. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2002.



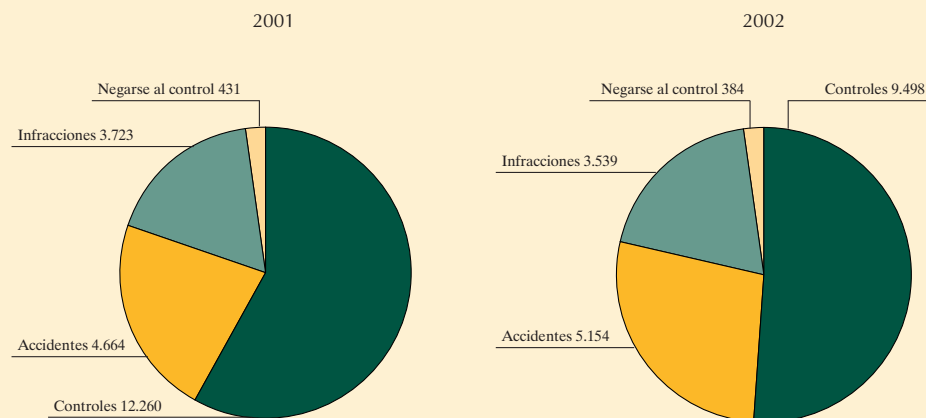
Nota: No están incluidos los datos del País Vasco y Cataluña.

a. Diligencias: se abren por posible infracción penal, y se sustancian ante el Juzgado de Guardia.

b. Denuncias: Se sustancian por la vía administrativa, por la Dirección General de Tráfico.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Figura 9.3.2 Distribución de las diligencias por alcoholemia según motivo. España, 2001 y 2002.



Nota: No están incluidos los datos de País Vasco y Cataluña.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Tabla 9.3.1. Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2002.

	Nº de diligencias por alcoholemia				Total diligencia	Denuncias	Total denuncias y diligencias
	Accidente	Infracción	Control	Negarse			
Andalucía	1.047	804	5.347	92	7.290	13.413	20.703
Aragón	109	114	53	17	293	2.155	2.448
Asturias	250	121	208	13	592	1.947	2.539
Baleares	222	157	326	3	708	1.611	2.319
Canarias	410	204	25	40	679	7.914	8.593
Cantabria	121	91	98	22	332	1.545	1.877
C.-La Mancha	383	316	872	21	1.592	3.536	5.128
C. y León	308	216	251	28	803	5.587	6.390
C. Valenciana	628	348	481	48	1.505	10.119	11.624
Extremadura	123	174	203	8	508	1.307	1.815
Galicia	567	425	1.031	29	2.052	7.716	9.768
Rioja	41	32	143	7	223	590	813
Madrid	652	400	338	42	1.432	3.049	4.481
Murcia	238	110	110	12	470	2.218	2.688
Navarra	55	27	12	2	96	952	1.048
Total	5.154	3.539	9.498	384	18.575	63.659	82.234

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

10

Anexos

10.1. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Beck, F. y otros. *Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. Enquete sur les representations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Paris, 2003.

Consejería de Sanidad y Consumo y Servicios Sociales. Cantabria (Comunidad Autónoma). *Encuesta sobre drogas a la población escolar; Cantabria 2000*. Consejería de Sanidad y Consumo y Servicios Sociales. Cantabria (Comunidad Autónoma). Santander, 2001.

Cruz Godoy, M.J. de la, Herrera García, L. *Adicciones de mujeres*. Colegio Oficial de Psicólogos Las Palmas de Gran Canaria, 2002.

De Gier, J.J. *Problemes soulevés par l'usage/l'abus de substances psychoactives chez les conducteurs. Rapport sur la situation dans 24 pays européens*. Conseil de l'Europe. Estrasburgo, 2002.

Dirección Técnica de Drogodependencias. La Rioja (Comunidad Autónoma). *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en La Rioja: 1999*. La Rioja (Comunidad Autónoma), Dirección Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud y Consumo. Logroño, 2001.

European Opinion Research Group. *Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs*. Bruselas, 2002.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y colaboradores. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2002.

García Calatayud, S. y Paniagua Repetto, H. *Adolescentes y el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales*. Santander, 2002. Cantabria (Comunidad Autónoma) Consejería de Educación y Juventud. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Santander, 2002

González González, M.T. y García Averasturi, L. *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Colegio Oficial de Psicólogos. Las Palmas de Gran Canaria, 2002.

Elzo, J.; García, N.; Laespada, T. y Zulueta, M. *Drogas y Escuela VI "Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarres (1981)"*. Escuela Universitaria de Trabajo Social. San Sebastián, 2002.

Johnston, L.D.; O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. *National Survey results on drug use 1975-2001*. NIDA. Maryland, 2002.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega 2002*. Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 2002.

Observatorio Vasco de Drogodependencias. *Informe cuatro. 2001*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria 2001.

Paniagua-Repetto y otros. "Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno". *An-Esp-Pediat.* 2001. 55(2):121-8.

Plan Regional sobre Drogas. Cantabria (Comunidad Autónoma). *Uso de drogas en Cantabria 1999.* Cantabria, 2001. Plan Regional sobre Drogas. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Cantabria (Comunidad Autónoma). Santander, 2001.

Presidencia de la República. *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años.* Bogotá D.C., 2002, Colombia.

Megías Valenzuela, E. (Coord.); Elzo Imaz, J.; Megías Quirós, I.; Méndez Gago, S.; Navarro Botella, J. y Rodríguez San Julián, E. *Hijos y padres: comunicación y conflictos.* Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2002.

Naciones Unidas. Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. *Tendencias*

mundiales de las drogas ilícitas 2002. Naciones Unidas. Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. Nueva York, 2002 .

Navarra (Comunidad Autónoma) Plan Foral de Drogodependencias. *El fenómeno de las drogas de síntesis en Navarra.* Navarra (Comunidad Autónoma) Plan Foral de Drogodependencias. Pamplona, 2001.

Navarro Botella, J. *Jóvenes andaluces ante las drogas 2002: Prevalencia del consumo de drogas y el juego en los jóvenes andaluces (tomo 1). Motivaciones, consecuencias, factores de riesgo y factores de protección (tomo 2).* Andalucía (Comunidad Autónoma) Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 2003.

SAMHSA. *National Survey of Substance Abuse Treatment Services 2000.* SAMHSA. Maryland, 2002.

Varios autores. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France.* Observatoire Francais del Drogues et des Toxicomanies. INSERM. II tomes. Paris.

10.2. DESARROLLO DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS CLAVE REITOX EN ESPAÑA

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) coordina la red REITOX, cuyo objetivo es la recogida e intercambio de información sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea y Noruega. Esta red está integrada por un Punto Focal Nacional (PFN) en cada uno de los Estados Miembros y Noruega, y un Punto en la Comisión Europea. Una de las tareas que han de cumplir obligatoriamente los PFNs, pues son objeto de contrato, es facilitar el desarrollo de los cinco indicadores epidemiológicos clave enumerados a continuación: 1) Extensión y patrones de uso de drogas en la población general, 2) Prevalencia de consumo problemático de drogas, 3) Demanda de tratamiento por los consumidores de drogas, 4) Mortalidad relacionada con las drogas y mortalidad en los consumidores de drogas y 5) Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas.

El desarrollo y armonización de estos indicadores debería permitir obtener información fiable y comparable para monitorizar y evaluar los tres primeros objetivos establecidos en el Plan de Acción sobre las Drogas (2000-2004) de la Unión Europea, esto es, la prevención del consumo, la reducción de los daños para la salud relacionados con las drogas y el aumento del número de consumidores tratados exitosamente. Los indicadores fueron adoptados por el Comité Científico del OEDT en diciembre de 2000 y por el Consejo de Administración en julio de 2001. Finalmente, en diciembre de 2001 apareció una Resolución del Consejo Europeo obligando a los Estados Miembros y a la Comisión a apoyar el desarrollo de los mismos. Este apoyo implica la creación y mantenimiento de sistemas de información de ámbito nacional siguiendo las directrices del OEDT que provean un núcleo de datos actualizados, fiables y comparables sobre los cinco indicadores. Para facilitar la labor de los PFN el OEDT ha encargado a diferentes grupos de expertos la elaboración de una guía o estándar para cada indicador, donde se establecen los objetivos, definiciones, variables, métodos, cobertura, y procedimientos de recogida y análisis de datos. Dichas guías constituyen un

estándar mínimo común para todos los Estados Miembros, un compromiso entre lo ideal y lo factible. No determinan cómo ha de ser implementado exactamente el indicador en cada Estado Miembro, ni los mecanismos precisos de recogida y análisis de los datos, sin embargo señalan el objetivo hacia el que se debe converger.

A continuación se describe la situación en España con respecto al desarrollo de los cinco indicadores clave:

■ Extensión y patrones de uso de drogas en la población general

España comenzó a desarrollar encuestas de población general en 1995, utilizando un cuestionario similar al Modelo de Cuestionario Europeo (MCE) que se recoge en la guía del OEDT para este indicador. Desde entonces se han desarrollado encuestas domiciliarias sobre drogas cada dos años. En consecuencia, existe un núcleo común de datos para 1995, 1997, 1999 y 2001, que permiten cumplimentar las tablas estándar solicitadas por el OEDT sobre encuestas de población.

Hasta 1999 el universo sobre el que se realiza la encuesta domiciliaria en España era la población de 15-65 años, pero la encuesta de 2001 se dirigió ya a la población de 15-64 años, para facilitar el trasvase de datos a las tablas europeas, que solicitan la información referida a este grupo de edad. Como la población de referencia de las encuestas anteriores era 15-65 años hubo que realizar una explotación y tabulación específica de los datos para presentar una serie temporal homogénea con respecto a la edad. El cuestionario español es más amplio que el MCE, e incluye cuestiones adicionales sobre salud, seguridad y otros aspectos.

Un experto español ha acudido regularmente a las reuniones del grupo de trabajo europeo sobre este indicador.

■ Prevalencia de consumo problemático de drogas

España comenzó a trabajar en estimación de la prevalencia del consumo problemático de drogas más tarde que otros países. En los últi-

mos años se han hecho importantes progresos, pero sigue siendo necesario mucho trabajo a niveles básicos (fuentes primarias de información, sistemas locales y autonómicos de información) para intentar mejorar la calidad de los datos. Si se consiguiera, se obtendrían estimaciones de mayor validez y se podrían aplicar rutinariamente métodos complejos como el método multivariado.

Las estimaciones de la prevalencia presentadas en informes anteriores se referían exclusivamente al consumo problemático de opiáceos. En este informe se presentan por primera vez estimaciones sobre el número de consumidores problemáticos de cocaína. En el ámbito nacional los métodos utilizados hasta ahora han sido el método demográfico aplicado a datos de admisiones a tratamiento por abuso o dependencias de drogas y el método multiplicativo de tratamiento y de mortalidad. Algunas deficiencias de la información básica disponible por provincias y Comunidades Autónomas han impedido la aplicación del método multivariable. Se dispone de estimaciones por el método de captura-recaptura para algunas áreas geográficas y años concretos, pero la utilización de este último método a nivel nacional no es posible porque se necesitaban identificadores personales para cruzar distintas bases de datos de consumidores de drogas conocidos (tratamiento, mortalidad, detenidos, etc.), y estos identificadores no se transmiten a nivel central por razones de confidencialidad.

Una experta nacional ha acudido regularmente a las reuniones del grupo de trabajo europeo sobre este indicador.

■ **Demanda de tratamiento por los consumidores de drogas**

Para converger hacia el protocolo estándar europeo TDI del OEDT, el 1 de enero de 2003 entraron en vigor diversos cambios en el protocolo e instrumentos (hojas de notificación, programas informáticos) del indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Se añadieron cinco nuevas variables: tipo de centro de tratamiento que efectúa la notificación, fuente de referencia, convivencia (con quién vive) en los 30 días pre-

vios al tratamiento, tipo de alojamiento en los 30 días previos al tratamiento, y frecuencia de uso de la droga principal en los 30 días previos al tratamiento. También se introdujeron otros cambios menores en las categorías de las variables, como la introducción de un nuevo código para el uso de mezcla de heroína+cocaína en polvo y otro para el uso de mezcla de heroína+cocaína base.

En algunos aspectos no fue posible adaptarse completamente al protocolo europeo, porque el indicador español funciona desde 1987 y también es un valor muy importante mantener la comparabilidad de la serie temporal. Por otra parte, la guía o estándar europeo TDI es una solución de compromiso entre varios países que tenían ya el indicador en marcha con definiciones y procedimientos de recogida de información diferentes. Como nadie quería perder la comparabilidad de su serie histórica, en bastantes puntos el TDI es muy general, inconcreto o ambiguo.

Con la información disponible en España es posible cumplimentar las tablas anuales del indicador solicitadas por el OEDT con una calidad más que aceptable, siendo España desde hace bastantes años uno de los países europeos que dispone de un indicador tratamiento por drogas de mayor calidad.

Un experto nacional ha acudido regularmente a las reuniones del grupo de trabajo europeo sobre este indicador.

■ **Mortalidad relacionada con las drogas y mortalidad en consumidores de drogas**

Para obtener información sobre la mortalidad relacionada con las drogas el OEDT ha venido considerando dos alternativas: 1) la utilización del Registro General de Mortalidad, que se elabora a partir de los datos de los Boletines Estadísticos de Defunción –BED– (anexo al certificados oficial de defunción) y que gestiona el Instituto Nacional de Estadística, y más recientemente las Comunidades Autónomas y 2) la utilización de Registros Específicos. En ambos casos el OEDT ha desarrollado metodologías estándar para que los Estados Miembros adapten sus sistemas de información nacionales. Recientemente, sin embargo, el

OEDT ha recomendado que debería trabajarse para que en el futuro todos los países puedan obtener estos datos con una calidad aceptable a partir del Registro General de Mortalidad.

En España la utilización del Registro General de Mortalidad para obtener información sobre las muertes de causa externa o causa violenta (accidentes, drogas, etc.) ha sido tradicionalmente muy problemática porque la causa de estas muertes se codificaba exclusivamente a partir del BED, donde se anotan causas muy inespecíficas (por ejemplo, parada cardiorrespiratoria). Por esta razón, en 1987 se decidió poner en marcha un registro específico para recoger las muertes por reacción aguda a drogas basado en los Institutos Anatómico Forenses y en el Instituto Nacional de Toxicología. Este registro ha marcado muy bien la evolución temporal de este tipo de muertes en España y sigue funcionando en la actualidad con una cobertura poblacional cercana a los 20 millones de habitantes.

Recientemente se ha explorado la posibilidad de usar el Registro General de Mortalidad como recomienda el OEDT, pero la comparación de las cifras del Registro General con las que ofrece el Registro Específico muestra que el primero sigue presentando bastantes problemas a la hora de codificar las muertes relacionadas con el consumo de drogas. Es más, la introducción de la codificación según la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la transferencia de la gestión de los registros desde el INE a las Comunidades Autónomas en algunos casos ha complicado las cosas. Es apremiante buscar soluciones, pero no es sencillo porque el problema no afecta sólo a drogas sino a otras muertes por causa externa como los accidentes, y es necesario poner de acuerdo a muchos actores (INE y Departamentos encargados de la gestión del Registro General de Mortalidad en las Comunidades Autónomas). Un problema añadido es que la ubicación de estos registros difiere según la comunidad (salud, economía, etc.).

En cualquier caso, de momento no es recomendable abandonar el registro específico que funciona desde 1987, y que se ha mostrado especialmente útil para monitorizar las muertes relacionadas con el uso de drogas en España.

Por lo que respecta a la mortalidad en consumidores de drogas, para conocer las distintas causas de muerte en consumidores de drogas y sus tendencias es necesario seguir a grupos específicos de consumidores durante períodos largos de tiempo (estudios longitudinales o de cohortes). El OEDT ha desarrollado un protocolo estándar para realizar este tipo de estudios. En España se está desarrollando un estudio de cohortes en un grupo de consumidores de opiáceos de la ciudad de Barcelona, siguiendo el protocolo europeo.

Por otra parte, una experta nacional ha acudido regularmente a las reuniones del grupo de trabajo europeo sobre este indicador.

■ **Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas**

El documento del OEDT para intentar homogeneizar la información sobre este aspecto es bastante preliminar y está todavía en desarrollo. Se limita a señalar las posibles fuentes de las que puede obtenerse esta información y a dar algunas recomendaciones generales. El objetivo fundamental es obtener información sobre la evolución de la prevalencia y la incidencia de infección por los virus del sida y de la hepatitis B y C; así como de las conductas de riesgo para estas infecciones, en grupos de consumidores de drogas, sobre todo entre los inyectores.

Con este fin en España se realizó en 1996 un encuesta sobre consumidores de heroína en tratamiento. Actualmente está en marcha una segunda encuesta de este tipo, incluyendo también a los tratados por cocaína y la realización de un análisis de saliva, con el fin de explorar los cambios que se han producido desde entonces.

Por otra parte, en España hay buena información sobre los casos de sida diagnosticados en consumidores de drogas, y se han realizado bastantes estudios pequeños dirigidos a explorar la prevalencia de infección por el virus del sida y hepatitis B y C en diversos grupos de consumidores de drogas, sobre todo inyectores. Además, en algunas áreas geográficas (La Rioja, Navarra, área sur de Madrid) se dispone de registros de nuevos infectados por el virus del sida (incidencia) que permiten desagregar sus resultados para los inyectores de drogas.