

INFORME N° 3
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
MARZO 2000

INFORME N° 3
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
MARZO 2000

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

En su elaboración han intervenido: Emiliano Martín, Eufemia Sánchez, Pilar Álvarez, Gregorio Barrio, J.J. Fernández Ruiz, Enrique Gil, Sonia Moncada, Francisco Rábago, José Salvador y Graciela Silvosa.

La redacción final ha sido realizada por Lorenzo Sánchez.

Información del Plan Nacional sobre Drogas

| | |
|--------------------|--|
| Dirección | Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid |
| Teléfono | 900 150 000 |
| 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: 126-00-020-5

Depósito legal:

E

l lector tiene en sus manos un nuevo Informe del Observatorio Español sobre Drogas. Se trata del tercero que presentamos desde la puesta en marcha de este órgano, lo cual indica que la aparición de esta serie de trabajos ya se ha institucionalizado, ha entrado ya en una vía de habitualidad y permanencia, lo cual me parece de suma importancia, tratándose de una iniciativa como ésta.

Entre las aportaciones más destacadas de este Informe se contemplan los resultados de la tercera encuesta realizada en nuestro país a la población escolar de 14 a 18 años que, junto con las anteriores de 1994 y 1996, nos permite disponer de una serie comparativa bastante significativa sobre este sector tan sensible de la sociedad española. Junto a ello, el Informe recoge la última información disponible sobre los indicadores habituales con los que trabaja el Observatorio: tratamiento, urgencias y mortalidad, control de la oferta, población penitenciaria, prevención, reinserción, etc. Como anexos se incluyen diferentes informes breves recogidos a través del Sistema de Sondas Rápidas, así como dos proyectos de investigación auspiciados desde esta Delegación del Gobierno.

Me gustaría también señalar que, continuando con el objetivo de hacer más operativo su funcionamiento, el Observatorio Español sobre Drogas ha ampliado la estructura organizativa de su Consejo Asesor con la creación de tres Comités que dotarán al mismo de una mayor agilidad y eficacia en el desarrollo de las tareas que le han sido conferidas, y de lo que también se informa en los anexos. Estos Comités son el Comité Científico-Médico, el Comité Técnico de Organizaciones no Gubernamentales y el Comité Técnico de Profesionales de la Prevención, la Asistencia y la Reinserción Social en el campo de las drogodependencias.

Finalmente, me gustaría agradecer, como en los Informes anteriores, la revisión efectuada por los miembros del Consejo Asesor de los diferentes apartados que conforman esta publicación, así como la labor de recogida de información y redacción realizada por todos aquellos expertos que han hecho posible la elaboración de este Informe.

Gonzalo Robles Orozco
Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Indice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 7 |
| 2. Indicadores sociológicos y patrones de consumo | 11 |
| 1. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1998 | 13 |
| 2. Características de los escolares consumidores de cocaína | 31 |
| 3. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD, 1998 | 35 |
| 4. Demanda directa de bebidas alcohólicas (Mº de Agricultura, Pesca y Alimentación) | 36 |
| 3. La respuesta asistencial | 41 |
| 1. Indicadores de tratamiento | 43 |
| 2. Estudio de dispensación controlada de LAAM | 52 |
| 3. Indicadores sanitarios | 57 |
| 4. Control de la oferta de drogas | 63 |
| 1. Indicadores de oferta de drogas | 65 |
| 2. Indicadores policiales | 70 |
| 5. Población penitenciaria: indicadores de prisiones | 75 |
| 1. Características sociodemográficas | 77 |
| 2. Características sanitarias | 78 |
| 3. Uso de drogas en prisión | 79 |
| 4. Ofertas terapéuticas en Instituciones Penitenciarias | 83 |
| 6. Indicadores judiciales | 87 |
| 1. Sentencias por delitos contra la salud pública y relacionados con las drogas | 89 |
| 2. Cumplimientos alternativos a la prisión | 93 |
| 7. Indicadores de mortalidad | 97 |
| 1. Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas | 99 |
| 2. Defunciones en enfermos de sida usuarios de drogas por vía parenteral | 103 |
| 3. Muertes producidas en accidentes de tráfico | 104 |

| | |
|--|------------|
| 8. Indicadores de prevención | 107 |
| 1. Convenio Ministerio de Educación y Cultura, Interior, Sanidad y Consumo | 109 |
| 2. Convenio Plan Nacional sobre Drogas y Plan Nacional sobre el Sida | 110 |
| 3. Convenio Asociación de la televisión educativa iberoamericana, Fundación Universidad Autónoma de Madrid y Plan Nacional sobre Drogas | 110 |
| 4. Otras acciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas durante 1999 | 110 |
| 9. Indicadores de inserción/reinserción | 111 |
| Anexos | 115 |
| 1. Sondajes de Información Rápida | 117 |
| 2. Creación de diversos comités técnicos en el Consejo Asesor del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías | 119 |
| 3. Estudio de los factores de vulnerabilidad de los efectos adictivos de varias drogas de abuso: caracterización del síndrome de abstinencia inducido cuando hay tolerancia a cannabinomiméticos | 120 |
| 4. Memoria-Resumen del Proyecto: Relación del sistema cannabinoide endógeno con la adicción a opiáceos y cocaína (Proyecto correspondiente al año 1999) | 123 |

1

Introducción

La estructura de este tercer Informe del Observatorio Español sobre Drogas es similar a la de los dos anteriores, es decir, se incorporan los últimos datos disponibles relativos a los distintos indicadores con los que se trabaja en el Observatorio: indicadores sociológicos, asistenciales, de control de la oferta, judiciales, de prevención, inserción, etc. Respecto a los aspectos más destacados del contenido, hay que señalar:

En los **indicadores sociológicos**, se incluyen los datos más relevantes de la última Encuesta a la Población Escolar, cuyo trabajo de campo se realizó en 1998, si bien el análisis del mismo se ha efectuado a lo largo del pasado año. Los resultados de esta Encuesta se comparan con los de las precedentes de 1994 y 1996, lo que nos permite una visión bastante fiable de la evolución de los consumos en este sector de la población.

Hay que señalar que el mayor consumo experimental de los escolares con algunas drogas se compatibiliza con la reducción en la continuidad de los consumos de casi todas las sustancias con respecto a 1996, con excepciones en el caso de la cocaína y las sustancias volátiles. Ha descendido de forma significativa el consumo ocasional y habitual de éxtasis, alucinógenos, *speed* y anfetaminas, volviéndose a niveles parecidos a los existentes en 1994.

Se observa también que la creciente incorporación durante los últimos años de las chicas al uso de drogas legales ha provocado unos niveles de consumo cada vez más parecidos a los de los chicos. Sin embargo, los consumos de drogas ilícitas son sensiblemente más elevados entre los escolares varones.

Dentro de este mismo apartado se incluye un análisis más exhaustivo de las características de los escolares que consumen cocaína, dado el crecimiento que ha experimentado el consumo de esta sustancia en los últimos tiempos, y se cierra con dos informes: uno, sobre el consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD y otro, sobre la demanda de bebidas alcohólicas, a partir del Panel del Consumo Alimentario de 1998 y los tres primeros trimestres del último año, Panel que realiza el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

En el apartado dedicado a la **respuesta asistencial**, se incluyen los datos del indicador tratamiento, es decir, aquellas personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, excluidas el alcohol y el tabaco. Son datos referidos a 1998, ya que en estos momentos se están recogiendo los datos del último año que nos aportan las Comunidades Autónomas, y cuya elaboración supone un proceso bastante complejo y dilatado en el tiempo.

El análisis de las distintas sustancias que motivan la incorporación a tratamiento refleja que, a pesar de que la heroína continúa siendo la sustancia que provoca el mayor número de admisiones a tratamiento (alrededor del 80%), esta sustancia está perdiendo progresivamente peso, en relación fundamentalmente con las demandas asistenciales originadas por el consumo de cocaína, que se han duplicado entre 1996 y 1998, alcanzando el 21,6% entre los admitidos a tratamiento por primera vez.

También se recoge un informe sobre los resultados del Estudio de dispensación controlada de LAAM, efectuado a 206 pacientes, y los

datos del indicador urgencias, es decir, episodios de urgencia por reacción aguda al consumo de drogas, relativos asimismo a 1998.

Finalmente, dentro de este capítulo, se ofrecen los últimos datos disponibles sobre casos de sida asociados al consumo de drogas por vía parenteral, donde hay que destacar el hecho de que desde 1994, año en que se alcanzó el máximo histórico de casos diagnosticados hasta 1999 se ha producido un descenso del 61,5% en el número de nuevos casos.

En cuanto al **control de la oferta**, los datos recogidos por la Oficina Central Nacional de Estupefacientes reflejan un importantísimo aumento en la cantidad de heroína incautada en 1999, un incremento relevante en el caso de la cocaína y una cantidad de hachís similar a la de 1998. Las mayores aprehensiones en los casos de la heroína y la cocaína se deben en gran parte al éxito obtenido en varias operaciones policiales de gran envergadura.

Además de la información sobre cantidades de drogas aprehendidas, el capítulo se completa con datos sobre detenidos, sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública y diligencias por conducción con tasas de alcoholemia superiores a lo legalmente permitido.

En el apartado de **indicadores penitenciarios**, se ofrecen las características sociodemográficas de la población reclusa, así como su estado sanitario y el uso de drogas en prisión.

También se informa de las ofertas terapéuticas en los centros penitenciarios, que comprenden módulos libres de drogas, programas de metadona, derivación de reclusos drogodependientes a recursos comunitarios y programas de intercambio de jeringuillas.

En el caso de los **indicadores judiciales**, se informa sobre sentencias por delitos contra la salud y relacionados con las drogas, así como sobre los programas de cumplimiento alternativos a la prisión.

Respecto a los **indicadores de mortalidad**, se ofrecen las cifras monitorizadas por este indicador en el Observatorio Español sobre Drogas, así como un estudio sobre las muertes producidas en accidentes de tráfico, en el que

se analiza el consumo de alcohol, drogas y psicofármacos, realizado a partir del convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Justicia, la Delegación del Gobierno para el PNSD y la Dirección General de Tráfico.

También se incluyen en este apartado los datos de mortalidad en enfermos de sida usuarios de drogas por vía parenteral.

En los **indicadores de prevención**, se informa de las acciones llevadas a cabo como consecuencia del Convenio de Colaboración entre los Ministerios de Educación y Cultura, Interior y Sanidad y Consumo, así como de las actividades conjuntas realizadas por los Planes de Drogas y de Sida, y de otras actividades llevadas a cabo por la Delegación en 1999.

En el apartado de **inserción/reinserción**, se ofrece información de los distintos programas de incorporación social llevados a cabo por Comunidades Autónomas, Administraciones Locales y Organizaciones no Gubernamentales, así como de los resultandos del Acuerdo entre los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y de Interior sobre proyectos de formación profesional y participación laboral dirigidos a drogodependientes.

Finalmente, el Informe se cierra con una serie de **anexos**, en los que se presentan informes provenientes de diferentes Sondas de Información Rápida, proyectos de investigación con el Centro Superior de Investigaciones Científicas y la Universidad Complutense, y el desarrollo organizativo del Observatorio Español sobre Drogas.

En este último aspecto, el desarrollo organizativo del Observatorio, hay que destacar la creación, dentro del Consejo Asesor del mismo, de los Comités Científico-Médico (con el objetivo de abordar de forma específica la problemática sanitaria asociada al fenómeno de las drogodependencias), Comité Técnico de Organizaciones no Gubernamentales de drogodependencias (para incorporar el punto de vista de las mismas a la intervención en esta materia) y el Comité de Profesionales de la prevención, la asistencia y la reinserción social en Drogodependencias (a fin de propiciar la intervención y el asesoramiento de este colectivo en la materia, dada su experiencia en diferentes aspectos de la misma).

2

Indicadores sociológicos y patrones de consumo



1. ENCUESTA SOBRE DROGAS A LA POBLACIÓN ESCOLAR, 1998

Introducción

La *Encuesta sobre drogas a la población escolar* se enmarca dentro del Programa de Encuestas Nacionales que viene desarrollando la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y que, entre otras acciones, contempla la realización de una encuesta bianual entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. La realización de este proyecto, que ha supuesto la continuidad de las encuestas realizadas en 1994 y 1996, ha contado con la colaboración de los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas, del Ministerio de Educación y Cultura y de los Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas con competencias en materia de educación.

La *Encuesta escolar de 1998* permite conocer la situación actual de los consumos de las diferentes drogas entre los estudiantes españoles (las características sociodemográficas de los consumidores, los patrones de uso y abuso de drogas...) y sus principales tendencias en relación con los datos facilitados por las encuestas precedentes. Asimismo, facilita una valiosa información acerca de las percepciones, actitudes y opiniones de los estudiantes sobre aspectos relevantes relacionados con el uso de drogas, tales como el riesgo asociado a las

diferentes sustancias, su disponibilidad, el grado de información con que cuentan, su valoración y receptividad respecto a determinadas intervenciones para la prevención del uso de drogas, etc.

La importancia de los datos facilitados por la *Encuesta escolar* radica en el hecho de que se dirige a un grupo de edad (14 a 18 años) en el que suelen iniciarse los consumos de la mayor parte de las drogas, circunstancia que permite identificar de forma precoz la presencia de ciertos hábitos y patrones de consumo. Por otra parte, al haberse mantenido para su realización la misma metodología de la encuesta realizada en 1996, permite evaluar la evolución que registran los consumos de drogas y las percepciones sociales de los escolares a lo largo del tiempo. Estas circunstancias hacen de la *Encuesta sobre drogas a la población escolar* una de las más valiosas fuentes de información de que dispone el Observatorio Español sobre Drogas.

La encuesta cuyos resultados ahora se presentan es un instrumento esencial para la evaluación de los programas de prevención del uso de drogas que se vienen promoviendo en el medio familiar y escolar, permitiendo la adecuación y reorientación de los mismos en función de la información disponible sobre la extensión de los consumos, los factores que aparecen asociados al uso o no uso de estas sustancias o a las percepciones y actitudes sobre aspectos claves para el desarrollo de estrategias preventivas.

Metodología

■ Universo

La población de referencia de la encuesta la integran los estudiantes españoles de 14 a 18 años, escolarizados en centros públicos y privados de Enseñanza Secundaria (BUP, COU, REM, Bachillerato LOGSE y ESO —excepto 1º y 2º—) y Formación Profesional (FPI, FPPII, Ciclos Formativos y Módulos Profesionales).

■ Diseño muestral

El tamaño inicial de la muestra lo integraron 20.918 estudiantes incluidos en 826 aulas de un total de 389 centros escolares, reduciéndose el tamaño muestral válido a 19.191 estudiantes, tras anularse 265 cuestionarios deficientemente cumplimentados y excluir 1.462 correspondientes a estudiantes de 19 o más años.

El tipo de muestreo utilizado es el de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Éstas han estado constituidas por los centros y las de segunda por las aulas o grupos de alumnos.

Los criterios de estratificación han sido la Comunidad Autónoma y la titularidad del centro (pública/privada). La asignación muestral por Comunidad Autónoma se realizó mediante afijación de compromiso entre la uniforme y la proporcional, a fin de asegurar un mínimo de 600 estudiantes por Comunidad Autónoma. Una vez determinado el tamaño muestral en cada Comunidad Autónoma la asignación por titularidad del centro se llevó a cabo mediante asignación estrictamente proporcional.

El método de selección de las unidades muestrales ha sido el siguiente:

- Primera etapa (centros): probabilidad proporcional al tamaño.
- Segunda etapa (aulas): probabilidad igual en cada centro.
- Número de aulas por centro: constante (dos aulas).

Conclusiones

El análisis del conjunto de los datos aportados por la *Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998* y su comparación con los procedentes de la encuestas realizadas en 1994 y 1996 permite obtener algunas conclusiones relevantes respecto a las relaciones que los escolares mantienen con las drogas y la evolución de las mismas.

Ahora bien, estas conclusiones deben ser interpretadas teniendo en cuenta la presencia de una serie de procesos básicos que desde hace más de una década vienen condicionando los consumos de drogas entre los adolescentes y los jóvenes españoles: la mayor precocidad en el inicio al consumo de las distintas drogas y la creciente presencia femenina. De hecho, la influencia ejercida por estos factores provoca una tendencia natural a la expansión de los consumos de drogas entre los escolares, sin cuya consideración no podríamos entender el significado real de estas tendencias.

También convendría destacar que, a pesar de estos factores que favorecen la expansión de los consumos de drogas, se están registrando progresos notables en el control del consumo que los escolares realizan de determinadas sustancias, en particular de aquellas a las que se les ha prestado una mayor atención en las estrategias preventivas. Si bien es cierto que entre los objetivos de la *Encuesta escolar* no se encuentra la evaluación de los resultados y el impacto de los programas preventivos que vienen promoviendo diversas instituciones públicas y privadas, no es menos cierto que algunas tendencias observadas no serían fácilmente explicables sin valorar la influencia positiva ejercida por las distintas iniciativas de prevención que se han ensayado.

Una vez realizadas estas consideraciones previas, se resumen a continuación las principales conclusiones facilitadas por la *Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998*:

1 Un porcentaje relativamente alto de escolares ha tenido contacto con las distintas drogas, principalmente con el alcohol, el tabaco y

el cánnabis, siendo el patrón dominante el consumo experimental o esporádico y asociado a contextos lúdicos (Tabla 2.1).

Tabla 2.1. Prevalencia de consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años. España, 1998.

| Sustancias | Alguna vez | Últimos 12 meses | Últimos 30 días |
|----------------------|------------|------------------|-----------------|
| Alcohol | 84,2 | 81,9 | 65,8 |
| Tabaco | 34,7 | --- | 28,3 |
| Cánnabis | 28,5 | 25,1 | 17,2 |
| Tranquilizantes | 6,4 | 4,7 | 2,4 |
| Cocaína | 4,8 | 4,1 | 2,4 |
| Speed/anfetaminas | 4,6 | 3,8 | 2,3 |
| Éxtasis | 3,5 | 2,5 | 1,6 |
| Alucinógenos | 5,4 | 4,1 | 2,2 |
| Sustancias volátiles | 4,1 | 2,7 | 1,8 |

2 La mayor experimentación de los escolares con algunas drogas se compatibiliza con la reducción en la continuidad de los consumos

de todas las drogas con respecto a 1996, excepto en el caso de la cocaína y las sustancias volátiles. Es decir, el porcentaje de escolares que habiendo probado alguna vez en su vida las distintas drogas lo hicieron en el último año y /o en el último mes se ha reducido en 1998.

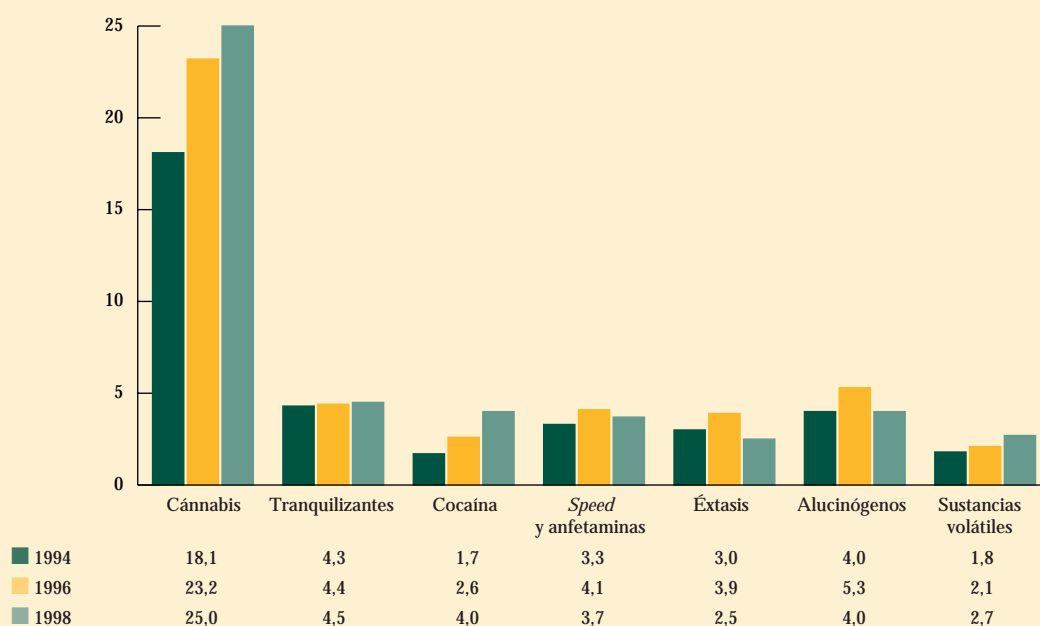
3 A pesar de que la evolución seguida por las prevalencias de los consumos de las diferentes drogas no es uniforme, puede hablarse globalmente de la existencia de una situación estacionaria (Figura 2.1).

4 Desciende de forma importante el consumo ocasional y habitual de éxtasis, alucinógenos, speed y anfetaminas, hasta situarse en niveles similares a los registrados en 1994.

5 Se reduce ligeramente el consumo de tabaco. A pesar de que el tabaquismo entre las escolares sigue siendo muy superior al registrado entre sus homólogos varones, la reducción del consumo habitual de tabaco se produce en los dos sexos.

6 Se mantiene estable el consumo de alcohol, detectándose sin embargo un proceso de desplazamiento de las preferencias hacia las bebidas fuertes (combinados).

Figura 2.1. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas durante los últimos 12 meses entre los estudiantes de 14-18 años. España, 1994-1998.



La estabilización en el consumo de alcohol y la ligera reducción del tabaquismo entre los escolares son fenómenos especialmente importantes desde la perspectiva epidemiológica, no sólo por ser las sustancias más consumidas sino también por su papel relevante como drogas de inicio.

7 Aumenta el porcentaje de consumidores de cocaína, derivados del cánnabis y volátiles, fundamentalmente como resultado de su expansión entre los escolares más jóvenes (de 14 y 15 años).

8 Crece levemente el uso de tranquilizantes entre los escolares, tendencia que debe atribuirse al incremento de su uso por parte de los escolares varones, puesto que este consumo entre las chicas se mantiene estable.

9 El nivel de rechazo y el riesgo percibido asociado al consumo de las distintas drogas descende en casi todas las sustancias, con excepción del tabaco donde se han registrado avances muy positivos.

10 La disponibilidad percibida de las sustancias es elevada, incluso de drogas ilícitas que tienen circuitos de distribución aparentemente poco accesibles.

11 Tres de cada cuatro escolares se sienten perfectamente o suficientemente informados sobre las drogas y sus efectos, aunque sólo la mitad considera la información recibida muy o bastante útil. El hecho de que la más importante fuente de la información recibida por los escolares sean los medios de comunicación explicaría en parte esta situación.

12 La creciente incorporación durante los últimos años de las escolares al uso de drogas legales ha provocado unos niveles de consumo cada vez más comparables con el de sus homólogos varones. Así, las chicas registran mayores prevalencias que los escolares varones en los consumos de tabaco, alcohol (consumen con mayor frecuencia, aunque cantidades menores) y tranquilizantes. Por el contrario, los consumos de drogas ilícitas son significativamente más elevados entre los escolares varones (Tabla 2.2).

Tabla 2.2. Prevalencia de consumo de drogas (indicador de consumo en últimos 12 meses) por sexos en la población escolar (14-18 años). España, 1998.

| Sustancias | Hombres (%) | Mujeres (%) |
|----------------------|-------------|-------------|
| Alcohol | 80,7 | 83,1 |
| Tabaco | 22,7 | 33,3 |
| Cánnabis | 27,7 | 22,8 |
| Alucinógenos | 5,2 | 3,1 |
| Cocaína | 5,1 | 3,1 |
| Speed/anfetaminas | 5,0 | 2,7 |
| Tranquilizantes | 3,6 | 5,6 |
| Sustancias volátiles | 3,5 | 2,0 |
| Éxtasis | 3,1 | 2,0 |

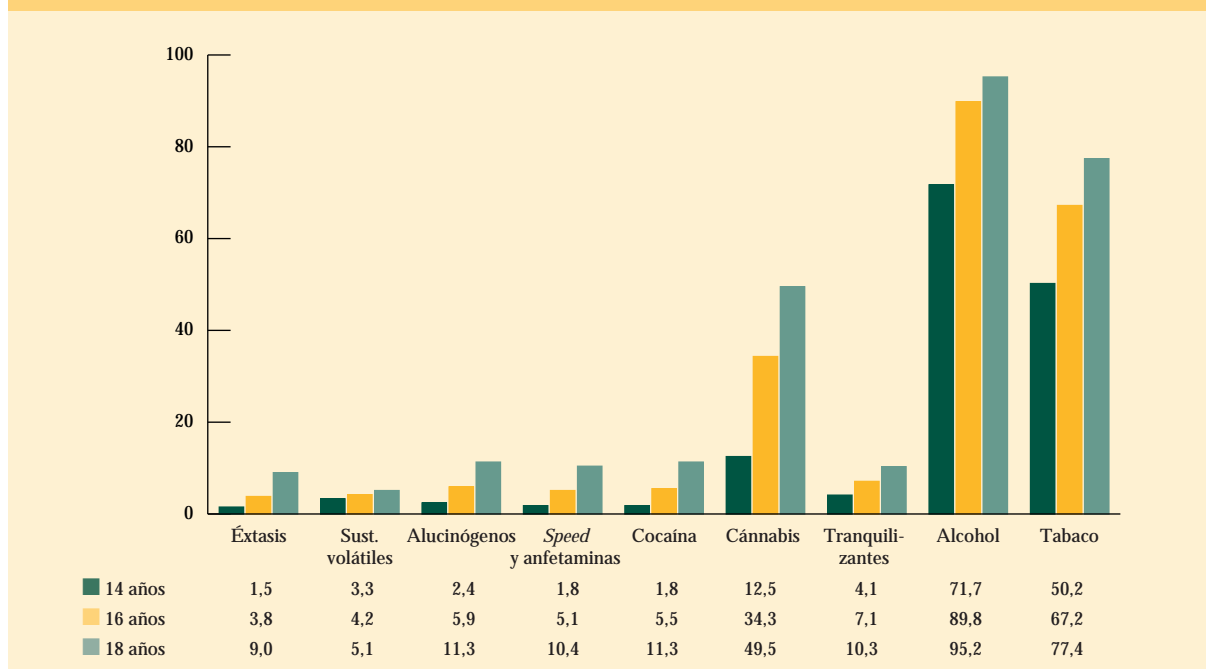
13 La mayor precocidad de los escolares en el contacto con las distintas drogas se pone de manifiesto en la ligera tendencia a la reducción de las edades de inicio al consumo de las diferentes sustancias (Tabla 2.3).

Tabla 2.3. Edades medias de inicio al consumo de las distintas droga (escolares de 14-18 años). España, 1994-1998.

| Sustancias | Edad media de inicio | | |
|-------------------|----------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 |
| Tabaco | 13.8 | 13.3 | 13.1 |
| Tabaco (diario) | | | 14.4 |
| Alcohol | 13.4 | 13.7 | 13.6 |
| Alcohol (semanal) | | | 14.9 |
| Tranquilizantes | 14.1 | 13.8 | 13.8 |
| Cánnabis | 15.1 | 15.0 | 14.8 |
| Éxtasis | 15.6 | 14.9 | 14.8 |
| Alucinógenos | 15.4 | 15.4 | 15.1 |
| Speed/anfetaminas | 15.5 | 15.5 | 15.2 |
| Cocaína | 15.6 | 15.7 | 15.4 |

14 Como viene siendo habitual en las diferentes aplicaciones de la encuesta, la proporción de consumidores aumenta con la edad para casi todas las sustancias (Figura 2.2).

Figura 2.2. Evolución del consumo con la edad (comparación 14, 16 y 18). (Proporción de consumidores de cada sustancia). España, 1998.



Principales resultados: el consumo de las diferentes sustancias

Alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida entre los escolares, el 84,2% declara haber consumido alcohol alguna vez y un 43,9% lo hace con una frecuencia de al menos una vez a la semana. Las prevalencias para los indicadores consumo alguna vez, últimos doce meses y último mes se mantienen estables respecto a 1996 (Figura 2.3).

Se mantiene el patrón de consumo de alcohol característico de los adolescentes, consistente en el consumo de cervezas y combinados, preferentemente en lugares públicos, con amigos y durante los fines de semana (viernes, sábado y domingo). De hecho, el 56,4% de los escolares que ha bebido en el último mes restringieron el consumo de alcohol al fin de semana. Los lugares habituales de consumo entre quienes han bebido en el último mes son los bares

con amigos (un 71%), discotecas (52%) y la calle con amigos (un 40%). Por lo que se refiere a las preferencias en cuanto al tipo de bebida, apuntar que los combinados y la cerveza son las bebidas alcohólicas más consumidas por los escolares, observándose un desplazamiento de las preferencias hacia los combinados y los licores fuertes. La cerveza es la bebida preponderante en los días laborales, si bien en los fines de semana los combinados/cubatas, los licores fuertes y los licores de fruta se sitúan por delante de la cerveza (Tabla 2.4).

Los episodios de consumo abusivo de alcohol son relativamente frecuentes entre los escolares, así el 41% se ha emborrachado alguna vez y el 23,6% en el último mes (Figura 2.4). Por su parte un 30,3% de los estudiantes de 14 a 18 años ha tomado cinco o más vasos/copas de bebidas alcohólicas en un intervalo de tres horas al menos una vez en el último mes. Pese a ello, sólo el 12,8% de los escolares percibe que consume mucho o bastante alcohol, confirmandose la tendencia generalizada a infravalorar los consumos de alcohol.

Figura 2.3. Evolución del consumo de alcohol entre la población escolar. España, 1994-1998.

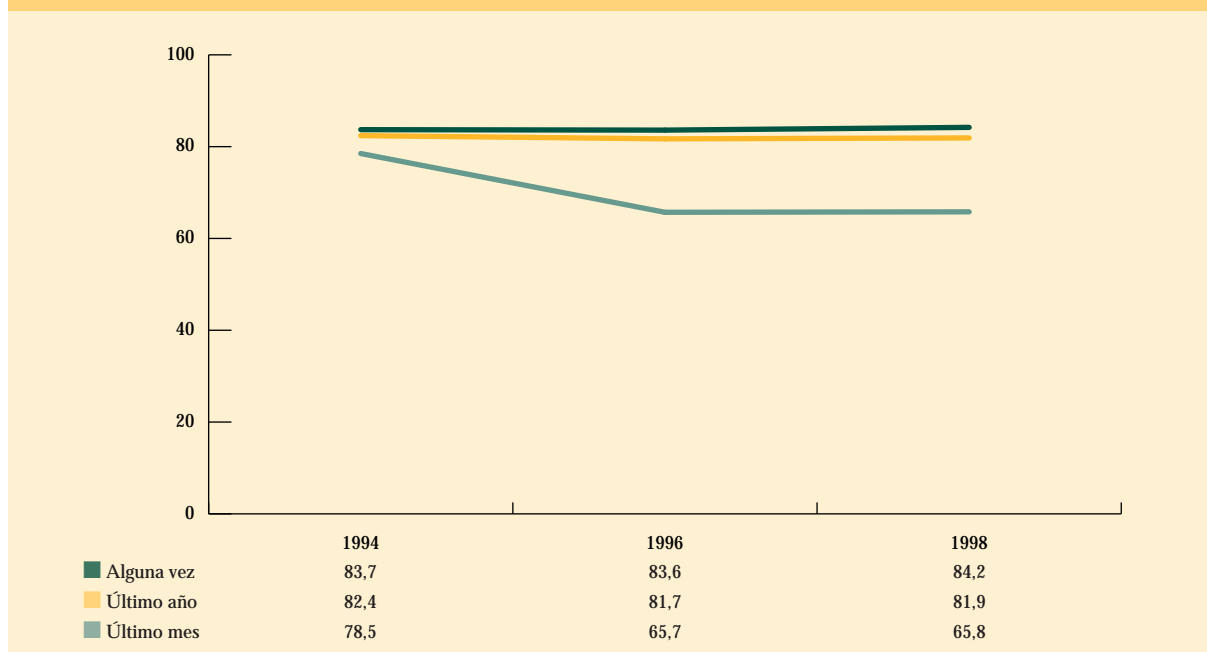


Tabla 2.4. Distribución del consumo según tipo de bebida (proporción de consumidores sobre el total de la muestra). España, 1998.

| Tipo de bebida | Últimos 12 meses | Últimos 30 días | Últimos 30 días | Últimos 30 días |
|-------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Total | Total | Días laborables | Fin de semana |
| Vino/champán | 65,1 | 34,1 | 8,6 | 32,5 |
| Cerveza/sidra | 58,8 | 39,9 | 12,9 | 38,6 |
| Aperitivos | 22,8 | 13,7 | 3,2 | 12,9 |
| Combinados/cubatas | 61,3 | 51,1 | 5,8 | 50,8 |
| Licores de frutas solos | 55,5 | 38,1 | 7,4 | 37,0 |
| Licores fuertes solos | 35,5 | 25,8 | 3,8 | 25,3 |

Tabla 2.5. Edad media de comienzo de consumo de alcohol según sexo y edad. España, 1998.

| | Sexo | | | Edad | | | | |
|--|-------|---------|---------|------|------|------|------|------|
| | Total | Hombres | Mujeres | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Edad media consumo por primera vez | 13,6 | 13,3 | 13,9 | 12,5 | 13,3 | 13,8 | 14,4 | 14,7 |
| Edad media comienzo de consumo semanal | 14,9 | 14,8 | 14,9 | 13,3 | 14,2 | 14,9 | 15,5 | 16,0 |

Figura 2.4. Proporción de estudiantes de 14-18 años con problemas relacionados con el consumo de alcohol. España, 1996-1998.

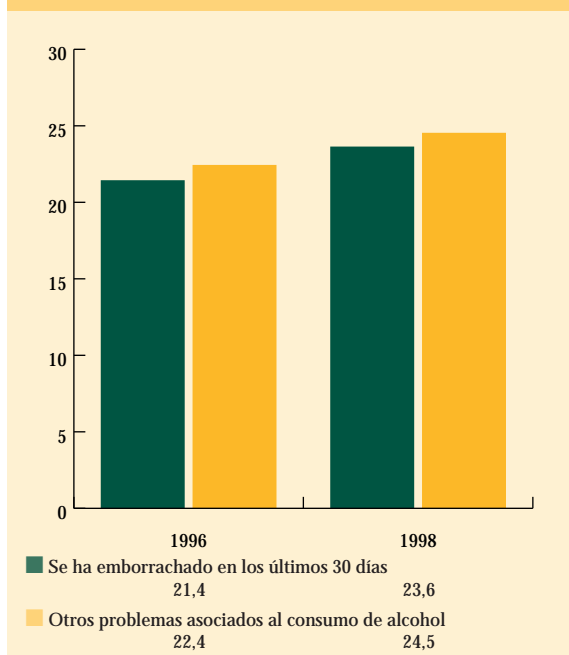
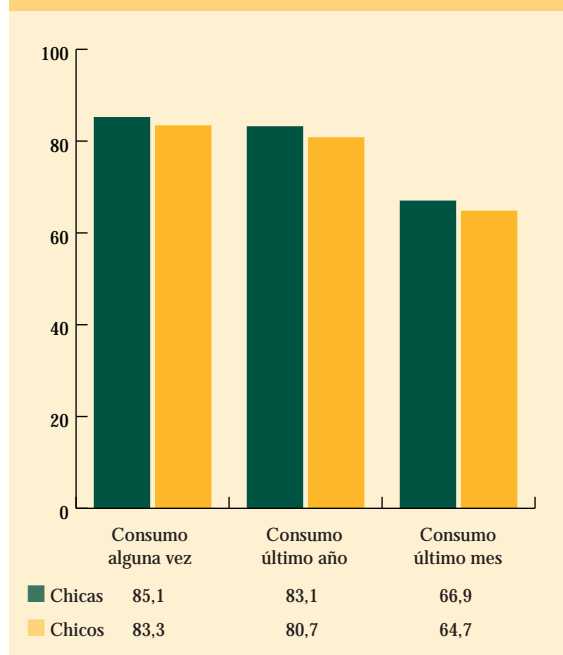


Figura 2.5. Porcentaje de estudiantes consumidores de alcohol, según sexo. España, 1998.



La edad media de inicio al consumo de alcohol se sitúa en los 13,6 años, en tanto que la de inicio al consumo semanal se sitúa en 14,9 años, no obstante, el 71,7% de los escolares de 14 años ha consumido alcohol en alguna ocasión (Tabla 2.5). Entre los 14 y los 15 años se registra el mayor incremento en el consumo de alcohol.

Los chicos beben mayor cantidad de alcohol que las chicas, aunque éstas lo hacen con mayor frecuencia (Figura 2.5). La cantidad media de alcohol consumida por los escolares es de 12,2 cc. en días laborables y de 186,8 cc. en el fin de semana —227,6 cc los chicos y 150,6 cc las chicas— (Tabla 2.6). Entre los consumidores de alcohol en el último mes, más de la mitad (el 54,7%) consume cantidades superiores a los 100 cc. en el fin de semana.

Respecto a la presencia de determinados problemas asociados al consumo de alcohol, conviene destacar que uno de cada cuatro escolares reconoce haber tenido algún problema en su vida, principalmente conflictos sociales, debido al consumo de bebidas alcohólicas (Tabla 2.7). Los problemas señalados con mayor frecuencia son las riñas (17,3%), las

peleas o agresiones físicas (8,8%) y los accidentes que requirieron atención médica (7,1%). Debe destacarse también que un 7,6% de los estudiantes que habían consumido alcohol en los doce meses anteriores a la realiza-

Tabla 2.6. Cantidad de alcohol consumida (cc de alcohol puro) según momento de consumo (proporción de consumidores últimos 30 días). España, 1998.

| | Total | Hombres | Mujeres |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Día laborable: | | | |
| 0 | 78,9 | 72,5 | 84,6 |
| 1 a 29 | 9,9 | 11,7 | 8,4 |
| 30 a 60 | 4,9 | 6,7 | 3,4 |
| 61 a 99 | 2,3 | 3,3 | 1,4 |
| 100 ó más | 3,1 | 4,6 | 1,7 |
| Sin respuesta | 0,9 | 1,3 | 0,5 |
| Media | 12,2 | 17,8 | 7,1 |
| Fin de semana: | | | |
| 0 | 6,5 | 6,8 | 6,1 |
| 1 a 29 | 10,3 | 8,2 | 12,1 |
| 30 a 60 | 13,6 | 11,0 | 15,8 |
| 61 a 99 | 14,1 | 11,3 | 16,7 |
| 100 ó más | 54,7 | 61,3 | 48,8 |
| Sin respuesta | 0,9 | 1,3 | 0,5 |
| Media | 186,8 | 227,6 | 150,6 |

Tabla 2.7. Proporción de estudiantes de 14-18 años con problemas relacionados con el consumo de alcohol. España, 1994-1998.

| | 1994 | 1996 | 1998 |
|--|------|------|------|
| Cita problemas asociados al consumo de alcohol | --- | 22,4 | 24,5 |
| Ha bebido excesivamente en los últimos treinta días* | --- | 27,7 | 30,3 |
| Se ha emborrachado alguna vez en su vida | 43,5 | 40,5 | 41,0 |
| Se ha emborrachado alguna vez en los últimos 30 días | 22,5 | 21,4 | 23,6 |
| Percibe que bebe bastante o mucho alcohol | 7,2 | 7,2 | 8,5 |

* En 1996 y 1998: consumo de 5 ó más vasos/copas en un intervalo de tres horas.

Tabla 2.8. Evolución del consumo de tabaco entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 30 días | | |
|---------|------------|------|------|-----------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 34,1 | 34,6 | 34,7 | 28,1 | 29,2 | 28,3 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 29,6 | 28,9 | 28,8 | 23,4 | 23,7 | 22,7 |
| Mujeres | 38,7 | 40,0 | 39,8 | 32,9 | 34,5 | 33,3 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 20,4 | 21,2 | 22,5 | 14,5 | 15,0 | 15,8 |
| 15 años | 31,8 | 30,5 | 31,9 | 24,9 | 24,9 | 26,0 |
| 16 años | 37,7 | 38,3 | 39,4 | 31,9 | 33,1 | 32,5 |
| 17 años | 40,5 | 39,3 | 41,3 | 35,1 | 34,6 | 35,5 |
| 18 años | 48,6 | 52,8 | 54,0 | 43,1 | 47,2 | 46,5 |

ción de la *Encuesta* habían sido conductores en ese período de vehículos a motor bajo los efectos de esa sustancia y un 23,2% pasajeros de vehículos conducido por alguien bajo dichos efectos.

Las principales razones esgrimidas por los escolares para no consumir alcohol (entre quienes no lo hacen habitualmente) son su potencialidad para producir accidentes, los efectos negativos sobre la salud y su capacidad de provocar delitos y violencia.

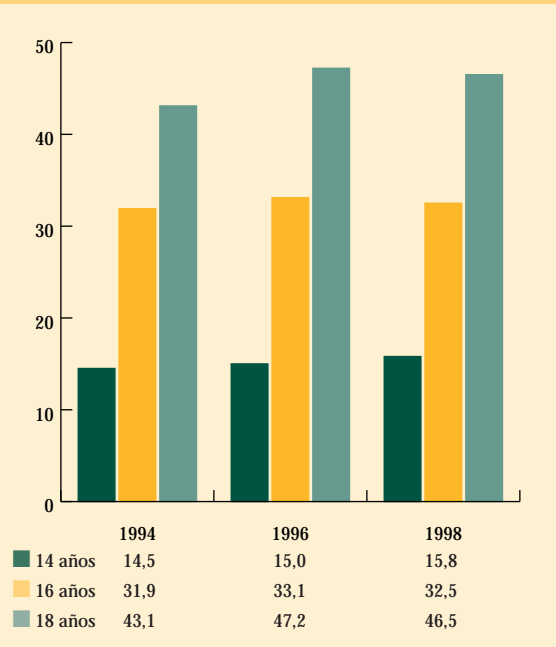
■ Tabaco

Tras el alcohol, el tabaco es la sustancia con un consumo más extendido. El 62% de los escolares ha consumido tabaco en alguna ocasión, si

bien si se excluye a aquellos que tan sólo han consumido algunos cigarrillos a lo largo de su vida el porcentaje de quienes han consumido tabaco alguna vez se situaría en el 34,7%, de los cuales un 6,4% son ex-fumadores y el 28,3% restante fuma actualmente. La proporción de escolares que fuma diariamente se sitúa en el 21,6%. La evolución seguida por el consumo de tabaco entre los escolares es positiva reduciéndose hasta alcanzar los niveles que tenía en 1994 (Tabla 2.8 y Figura 2.6).

La alta prevalencia del tabaquismo entre los escolares se compagina con la moderación en el número de cigarrillos consumidos; de hecho el consumo medio de los fumadores actuales es de 7,7 cigarrillos/día (un 42,7% fuma de 1 a 5 cigarrillos). La cantidad media consumida

Figura 2.6. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido tabaco en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.



aumenta cuando el consumo es diario hasta alcanzar los 8,7 cigarrillos/día (Tabla 2.9).

Las prevalencias en el consumo de tabaco entre los escolares son sensiblemente superiores entre las chicas que entre los chicos, con una diferencia de casi 11 puntos porcentuales. Así, el 39,8% de las chicas ha fumado alguna vez frente al 28,8% de los chicos, en tanto que en el último mes lo ha hecho el 33,3% de las chicas y el 22,7% de los chicos (Tabla 2.8). En

Tabla 2.9. Frecuencia de consumo de tabaco y cantidad de tabaco consumida entre los estudiantes de 14-18 años que han fumado el último mes, según sexo. España, 1998 (%).

| | Total | Hombres | Mujeres |
|----------------------------|-------|---------|---------|
| Frecuencia: | | | |
| Esporádico | 1,5 | 1,7 | 1,4 |
| Semanal | 21,3 | 20,8 | 21,6 |
| Diario | 76,5 | 76,3 | 76,6 |
| Cantidad consumida: | | | |
| De 1 a 5 | 42,7 | 37,9 | 45,7 |
| De 6 a 10 | 35,0 | 35,1 | 35,0 |
| Más de 10 | 25,0 | 21,2 | 15,7 |

ambos sexos se ha reducido la prevalencia del consumo actual de tabaco.

La edad aparece claramente asociada al consumo de tabaco, aumentando la prevalencia de consumo a medida que lo hace la edad (fuma el 15,8% de los escolares de 14 años frente al 46,5% que lo hace a los 18 años). A pesar de la positiva evolución seguida por el tabaquismo debe tenerse en cuenta que la prevalencia de su uso entre los escolares más jóvenes ha crecido ligeramente. La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13.1 años, elevándose a los 14.4 años para el consumo diario, no existiendo diferencias por sexos en las edades de inicio para este patrón de consumo (Tabla 2.10).

Tabla 2.10. Edad media de comienzo de consumo de tabaco según sexo y edad. España, 1998.

| | Sexo | | | Edad | | | | |
|---------------------------------------|-------|---------|---------|------|------|------|------|------|
| | Total | Hombres | Mujeres | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Edad media consumo por primera vez | 13,1 | 12,9 | 13,3 | 12,0 | 12,6 | 13,3 | 13,8 | 14,1 |
| Edad media comienzo de consumo diario | 14,4 | 14,4 | 14,4 | 13,1 | 13,8 | 14,5 | 15,2 | 15,6 |

■ C  nabis

El c  nabis es, tras el alcohol y el tabaco, la droga más consumida por los escolares, registrando prevalencias muy elevadas, tanto para su uso experimental (un 28,5% lo ha probado), como frecuente (un 17,2% lo ha consumido en el último mes). Es además la que experimenta un mayor incremento en sus niveles de prevalencia al crecer en un 8,2% en relación a 1996 el porcentaje de escolares que declara haberlo consumido en el último año (Tabla 2.11 y Figura 2.7). Pese a ello, el aumento detectado en el consumo de c  nabis en el período 1996-98 es muy inferior al del período 1994-96, lo que podría indicar que se est   desacelerando el crecimiento del uso de esta sustancia.

En términos relativos, el incremento en el consumo de c  nabis es más importante entre los escolares más jóvenes, de hecho, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses aumentó 2,1 veces entre los escolares de 14 años frente a las 1,2 veces que aumentó entre los de 18 años.

Resulta especialmente preocupante la precocidad en el inicio al consumo de esta sustancia. Si bien la edad media de inicio al consumo se sitúa en los 14,8 años, sin que existan diferencias significativas por sexo, el 11,2% de los escolares de 14 años ha consumido c  nabis en el último año.

Los varones presentan niveles de consumo superiores a las mujeres en torno a cinco puntos porcentuales para todos los indicadores de consumo (el 27,7% de los chicos ha consumido en el último año frente al 22,8% de las chicas).

Figura 2.7. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido c  nabis en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.

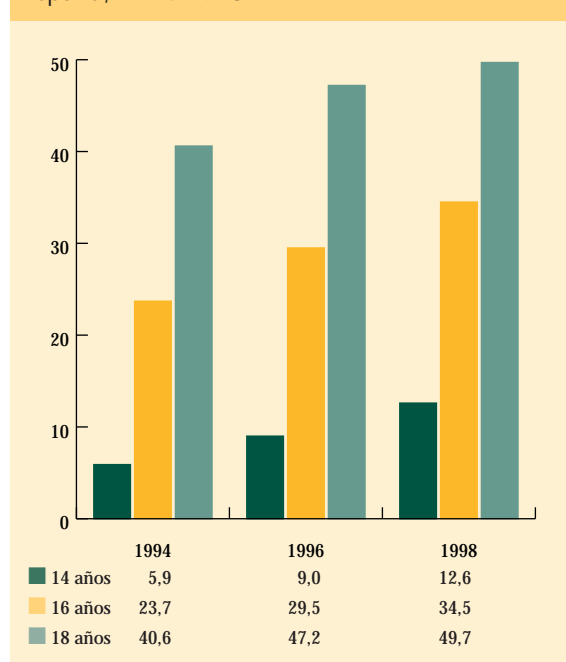


Tabla 2.11. Evolución del consumo de c  nabis entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | |   ltimos 12 meses | | |
|--------------|------------|------|------|-------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 20,8 | 26,0 | 28,5 | 18,1 | 23,2 | 25,1 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 23,7 | 28,5 | 30,8 | 21,0 | 25,9 | 27,7 |
| Mujeres | 18,0 | 23,6 | 26,4 | 15,3 | 20,7 | 22,8 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 5,9 | 9,0 | 12,6 | 5,1 | 8,3 | 11,2 |
| 15 años | 15,1 | 19,4 | 22,9 | 13,4 | 17,3 | 20,9 |
| 16 años | 23,7 | 29,5 | 34,5 | 20,9 | 26,7 | 30,9 |
| 17 años | 31,0 | 35,3 | 41,2 | 27,2 | 31,3 | 36,0 |
| 18 años | 40,6 | 47,2 | 49,7 | 33,8 | 40,3 | 40,6 |

■ Psicoestimulantes

El consumo de psicoestimulantes refleja cambios notables con respecto a la situación existente en 1996. Junto al ya señalado descenso del consumo de éxtasis y anfetaminas, más acusado en la primera sustancia, se produce un importante crecimiento del consumo de cocaína. A continuación se analiza la evolución y principales características de los consumidores de las diferentes sustancias incluidas en este grupo.

El consumo de éxtasis, que creció entre los escolares de forma espectacular en el período 1994-96, se ha reducido en 1998 hasta situarse por debajo de los niveles que tenía en 1994. De hecho, para el indicador consumo en los últimos doce meses los porcentajes de consumidores se han reducido en todas las edades y en los dos sexos (Tabla 2.12 y Figura 2.8).

El número medio de pastillas de éxtasis consumidas por sesión es de 2,5, con una desviación típica de 2,7 y la duración media de una sesión es de 5,6 horas. Una parte importante de los escolares consumidores de éxtasis han realizado alguna vez en su vida sesiones de consumo intensas, como pone de relieve el dato que indica que el 31% de quienes lo han probado declaran haber tomado 3 ó más pastillas en una sola sesión (período durante el cual se está ininterrumpidamente bajo los efectos de esta sustancia).

Los lugares más frecuentes de consumo son las discotecas (citadas por el 64,4% de los encuestados), los bares o pubs (29,7%) y fiestas (15,9%). En cuanto a las motivaciones expresadas para su consumo, las más recurrentes son la diversión (46,1%), la experimentación de nuevas sensaciones (39,5%) o bailar (22,9%). Un dato que confirma la aso-

Figura 2.8. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido éxtasis en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.

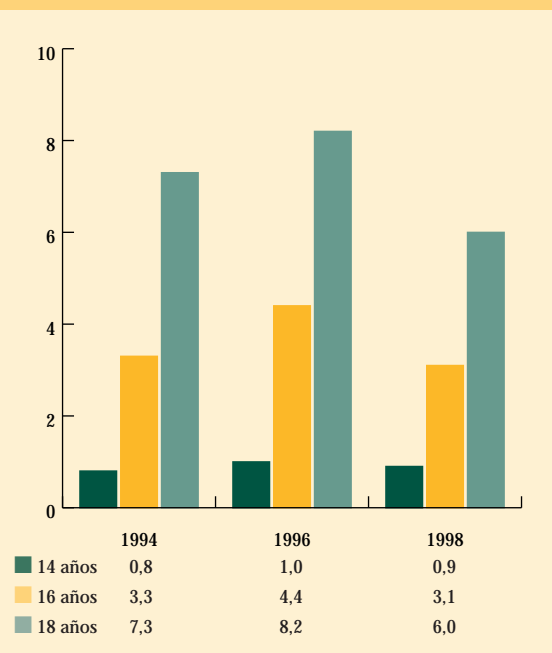


Tabla 2.12. Evolución del consumo de éxtasis entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|--------------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 3,5 | 5,1 | 3,5 | 3,0 | 3,9 | 2,5 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 4,5 | 5,9 | 4,2 | 3,9 | 4,6 | 3,1 |
| Mujeres | 2,5 | 4,4 | 2,9 | 2,2 | 3,2 | 2,0 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 1,1 | 1,4 | 1,5 | 0,8 | 1,0 | 0,9 |
| 15 años | 2,1 | 3,4 | 2,2 | 1,9 | 2,2 | 1,7 |
| 16 años | 3,7 | 5,7 | 3,9 | 3,3 | 4,4 | 3,1 |
| 17 años | 5,2 | 7,0 | 5,2 | 4,4 | 5,3 | 3,6 |
| 18 años | 8,5 | 10,8 | 9,1 | 7,3 | 8,2 | 6,0 |

ciación del consumo de éxtasis con contextos lúdicos lo constituye el que el 56% de quienes lo consumieron en el último año lo hicieron principalmente en el fin de semana y un 40% en ocasiones especiales (fiestas locales, cumpleaños, etc.)

El consumo de éxtasis es significativamente mayor entre los varones y aumenta a medida que se incrementa la edad (a los 14 años un 1,5% de los escolares afirma haber probado éxtasis frente al 9,1% que lo ha hecho a los 18). La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 14,8 años.

Por lo que se refiere a los efectos adversos asociados al consumo, destacar que los consumidores de éxtasis o drogas similares experimentan con cierta frecuencia problemas que atribuyen al consumo de estas sustancias, principalmente conflictos sociales como discusiones sin agresión física (35%) o absentismo escolar (19%). Los problemas de salud parecen menos frecuentes.

Conviene resaltar el hecho de que los consumidores de éxtasis o drogas similares viajan con frecuencia en vehículos de motor conducidos por personas bajo los efectos de estas drogas. Un 22% de los estudiantes que habían consumido estas sustancias en los doce meses previos a la encuesta (17% en 1996) había sido durante este período conductores de un vehículo estando bajo los efectos de estas sustan-

cias y un 51% (48% en 1996) habían sido pasajeros de vehículos conducidos por alguien que estaba bajo dichos efectos.

El éxtasis tiene actualmente unos niveles de prevalencia sensiblemente inferiores al de sustancias como el *speed*, anfetaminas y alucinógenos, con las cuales frecuentemente aparece asociado su consumo, como consecuencia de la reducción que ha experimentado éste desde 1996.

Respecto al consumo de *speed* o anfetaminas, debe señalarse que se registra un descenso en sus prevalencias de consumo, aunque no tan importante como el observado en el éxtasis.

La proporción de escolares que en 1998 había consumido *speed* y anfetaminas en el último año se situaba en el 3,8%, inferior en 0,3 puntos a la registrada en 1996, pero todavía superior a la observada en 1994.

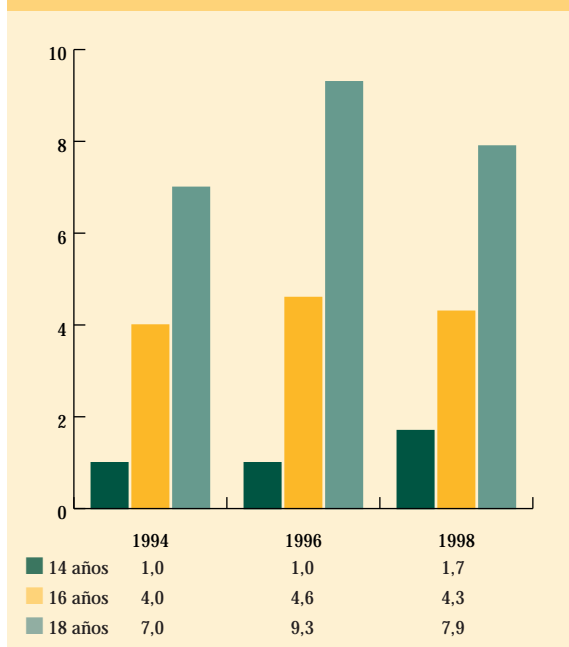
Los consumos son notablemente superiores entre los varones y los escolares de 16 y más años (Tabla 2.13 y Figura 2.9). No obstante, debe indicarse que el descenso con respecto a 1996 afecta principalmente a los escolares de 16-18 años, mientras que entre los de 14-15 años ha aumentado el consumo.

El consumo de cocaína registra unas prevalencias elevadas entre los escolares, como pone de relieve el hecho de que un 4,8% la haya probado y el 4,1% la consumiera en el último

Tabla 2.13. Evolución del consumo de *speed* y anfetaminas entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|---------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 4,1 | 4,9 | 4,6 | 3,3 | 4,1 | 3,8 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 5,1 | 6,2 | 6,0 | 4,2 | 5,2 | 5,0 |
| Mujeres | 3,1 | 3,7 | 3,5 | 2,5 | 3,0 | 2,7 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 1,3 | 1,2 | 1,8 | 1,0 | 1,0 | 1,7 |
| 15 años | 2,4 | 3,1 | 3,2 | 2,1 | 2,5 | 2,7 |
| 16 años | 4,5 | 5,2 | 5,1 | 4,0 | 4,6 | 4,3 |
| 17 años | 6,0 | 6,9 | 7,4 | 4,7 | 5,7 | 5,7 |
| 18 años | 9,4 | 11,4 | 10,5 | 7,0 | 9,3 | 7,9 |

Figura 2.9. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido *speed* y anfetaminas en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.



año. El uso de esta sustancia entre los escolares ha crecido de forma significativa con respecto a 1996 (Tabla 2.14). Entre 1994 y 1998 el porcentaje de estudiantes que había consumido cocaína en los últimos 12 meses aumentó 2,4 veces.

El aumento del consumo de cocaína afectó tanto a los chicos como a las chicas y a todos los grupos de edad, aunque en términos relativos ha sido mucho más importante en los estudiantes más jóvenes que en los mayores. Baste señalar que entre 1994 y 1998 la proporción de estudiantes que habían consumido cocaína en los últimos 12 meses aumentó 4 veces entre los de 14 años, 2,8 veces entre los de 16 años y 1,8 veces entre los de 18 años (Figura 2.10 y Tabla 2.14).

El consumo de cocaína es superior entre los varones y aumenta a medida que lo hace la edad. Sorprende la precocidad del contacto de los escolares con esta sustancia ilícita (el 1,6% de los escolares de 14 años y el 2,9% de los de 15 la consumió en el último año).

Por lo que se refiere al consumo de alucinógenos, destacar que sus prevalencias disminuyen con respecto a 1996, situándose en unos valores similares a los existentes en 1994 (Figura 2.11). La prevalencia de consumo de alucinógenos durante los últimos 12 meses anteriores entre los estudiantes de 14 años fue de 1,3% en 1994, 1,4% en 1996 y del 2% en 1998 (Figura 2.11 y Tabla 2.15).

El descenso se produce en ambos sexos y en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 14 años en el que el consumo crece hasta alcanzar una prevalencia del 2% para el indicador consumo en el último año.

Tabla 2.14. Evolución del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|--------------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 2,4 | 3,2 | 4,8 | 1,7 | 2,6 | 4,1 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 2,9 | 3,9 | 6,0 | 2,2 | 3,3 | 5,1 |
| Mujeres | 1,8 | 2,5 | 3,8 | 1,2 | 2,0 | 3,1 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 0,5 | 0,5 | 1,8 | 0,4 | 0,4 | 1,6 |
| 15 años | 1,2 | 1,8 | 3,3 | 0,9 | 1,3 | 2,9 |
| 16 años | 2,2 | 3,3 | 5,6 | 1,7 | 3,0 | 4,7 |
| 17 años | 3,8 | 4,4 | 7,4 | 2,9 | 3,4 | 6,2 |
| 18 años | 7,5 | 9,2 | 11,4 | 5,0 | 7,6 | 8,8 |

Figura 2.10. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido cocaína en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.

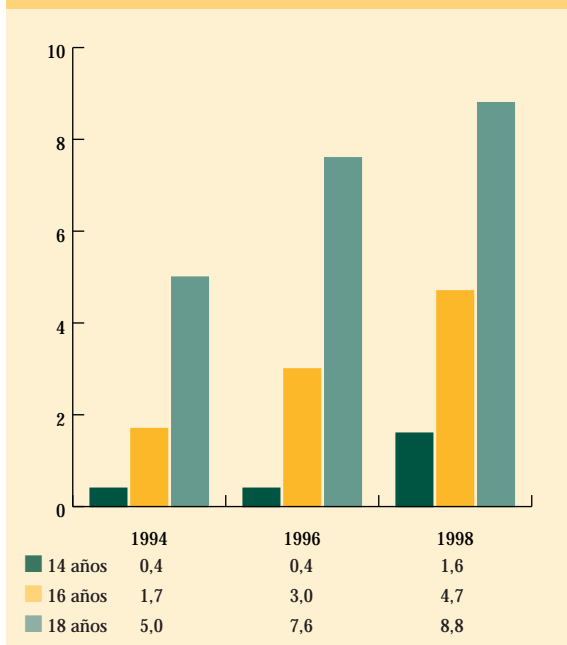


Figura 2.11. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.

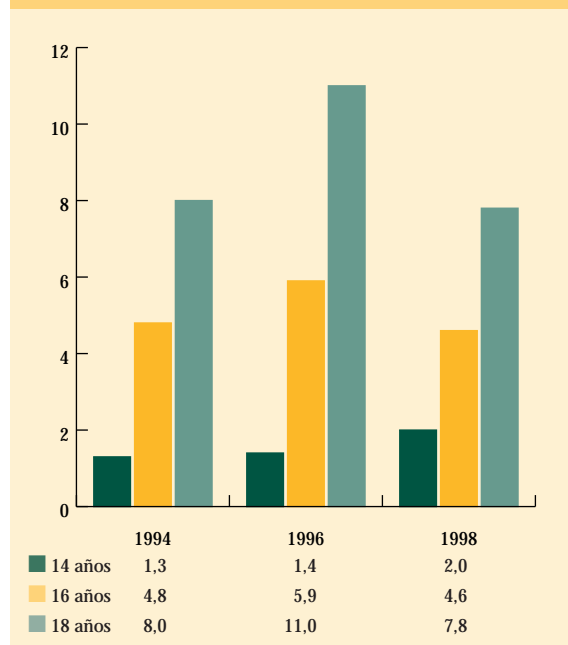


Tabla 2.15. Evolución del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|---------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 4,7 | 6,5 | 5,4 | 4,0 | 5,3 | 4,1 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 6,1 | 7,7 | 6,4 | 5,2 | 6,5 | 5,2 |
| Mujeres | 3,4 | 5,3 | 4,4 | 2,9 | 4,2 | 3,1 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 1,5 | 1,6 | 2,4 | 1,3 | 1,4 | 2,0 |
| 15 años | 3,4 | 4,3 | 3,9 | 3,0 | 3,6 | 3,4 |
| 16 años | 5,5 | 6,9 | 5,9 | 4,8 | 5,9 | 4,6 |
| 17 años | 6,4 | 9,2 | 8,0 | 5,5 | 7,5 | 5,7 |
| 18 años | 9,9 | 13,9 | 11,4 | 8,0 | 11,0 | 7,8 |

Consumo de otras drogas

Entre 1994 y 1998 se ha producido un incremento del consumo de sustancias volátiles, que para el indicador consumo en el último año pasó del 1,8% registrado en 1994 al 2,7% de 1998 (Tabla 2.16). El 4,1% de los escolares ha experimentado en alguna ocasión con estas sustancias.

A diferencia de otras drogas, las prevalencias más elevadas de consumo de volátiles se concentran en el grupo de edad más bajo (14 a 16 años). De hecho, el aumento experimentado por el consumo de volátiles es atribuible fundamentalmente al comportamiento seguido por los escolares más jóvenes. Así, mientras que la prevalencia de consumo en el último

año aumentó 1,8 veces entre los estudiantes de 14 años, ha permanecido estable entre los de 18 años (Figura 2.12).

Por lo que se refiere a la evolución seguida por el consumo de tranquilizantes/pastillas para dormir, se constata que las prevalencias de consumo han crecido ligeramente con respecto a la situación existente en 1996 (Tabla 2.17). El 7,7% de los escolares ha tomado tranquilizantes o pastillas para dormir alguna vez por pres-

cripción médica, en tanto que un 6,4% lo ha hecho sin prescripción médica.

El consumo de tranquilizantes es significativamente mayor entre las chicas. El 5,6 % de las chicas los consumió en el último año frente al 3,6% de los chicos. Aunque la prevalencia de su consumo aumenta a medida que lo hace la edad, resulta relevante que a los 14 años un 4,2% de los escolares ha usado alguna vez estas sustancias (Figura 2.13).

Tabla 2.16. Evolución del consumo de sustancias volátiles entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|--------------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 3,1 | 3,3 | 4,1 | 1,8 | 2,1 | 2,7 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 4,0 | 4,2 | 5,2 | 2,4 | 2,5 | 3,5 |
| Mujeres | 2,1 | 2,5 | 3,1 | 1,2 | 1,7 | 2,0 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 2,0 | 2,0 | 3,3 | 1,4 | 1,4 | 2,5 |
| 15 años | 3,0 | 3,4 | 4,1 | 2,2 | 2,4 | 2,9 |
| 16 años | 3,3 | 3,5 | 4,3 | 1,8 | 2,3 | 3,0 |
| 17 años | 3,4 | 3,5 | 4,4 | 1,7 | 1,8 | 2,4 |
| 18 años | 4,7 | 5,3 | 5,2 | 2,2 | 2,3 | 2,2 |

Tabla 2.17. Evolución del consumo de tranquilizantes entre los estudiantes de 14-18 años según sexo y edad. España, 1994-1998.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | |
|--------------|------------|------|------|------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Total | 5,9 | 5,9 | 6,4 | 4,3 | 4,4 | 4,7 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombres | 4,4 | 4,3 | 4,8 | 3,0 | 3,1 | 3,6 |
| Mujeres | 7,4 | 7,3 | 7,7 | 5,5 | 5,6 | 5,6 |
| Edad | | | | | | |
| 14 años | 4,1 | 4,0 | 4,2 | 2,7 | 3,0 | 3,2 |
| 15 años | 4,9 | 5,7 | 5,8 | 3,7 | 4,6 | 4,2 |
| 16 años | 6,7 | 6,5 | 7,3 | 4,7 | 4,5 | 5,8 |
| 17 años | 7,3 | 6,4 | 7,1 | 5,4 | 4,7 | 4,9 |
| 18 años | 8,0 | 7,4 | 10,5 | 5,7 | 5,8 | 7,0 |

Figura 2.12. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido sustancias volátiles en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.

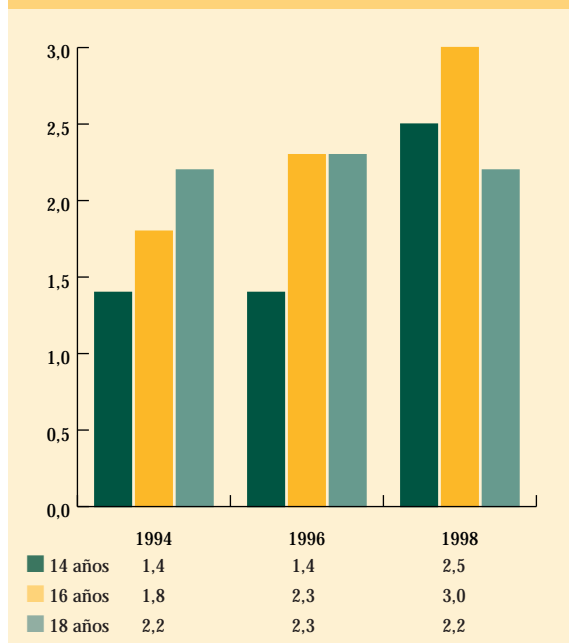
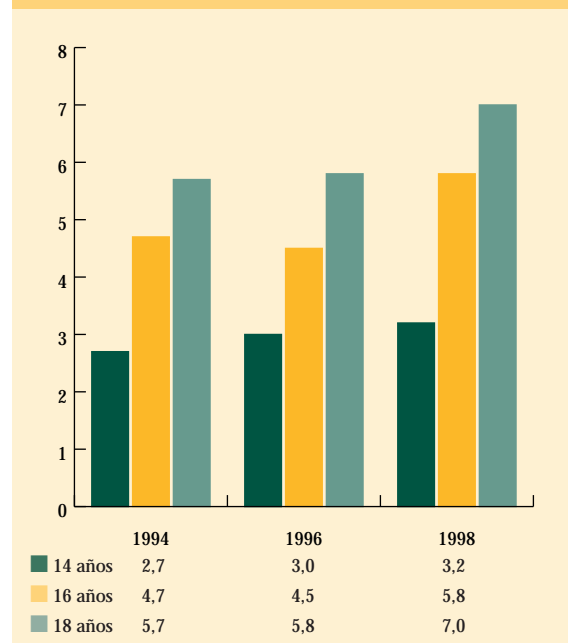


Figura 2.13. Evolución de la proporción de estudiantes españoles de 14, 16 y 18 años que ha consumido tranquilizantes en los últimos 12 meses. España, 1994-1998.



Opiniones, percepciones y actitudes ante diversos aspectos relacionados con el consumo de drogas

Riesgo percibido asociado al consumo de drogas

En general los estudiantes piensan que consumir drogas de comercio legal (alcohol, tabaco y tranquilizantes) causa menos problemas que consumir drogas ilícitas (Tabla 2.18). El consumo de heroína, cocaína y éxtasis (por este orden), tanto de forma ocasional como habitual, son las conductas consideradas como de mayor riesgo por los escolares, aunque no hay diferencias entre las distintas drogas ilícitas.

En lo que se refiere a las drogas de comercio ilícito, el riesgo percibido por los escolares parece estar más asociado a la frecuencia del consumo (el consumo habitual provoca un mayor rechazo que el ocasional) que al tipo de droga. Indicar a modo de ejemplo que un 78% de los escolares piensa que consumir habitualmente cánnabis puede causar muchos o bastantes problemas, frente a un 69% que piensa lo mismo de consumir heroína alguna vez.

Se constata particularmente la existencia de un bajo riesgo percibido asociado al consumo de algunas sustancias como el cánnabis o el alcohol. De hecho, el grado de riesgo asociado al consumo habitual de cánnabis es muy similar al del consumo diario (1 paquete) de tabaco, en ambos casos con niveles de riesgo superiores al 70%. De igual modo, la proporción de estudiantes que piensa que consumir cánnabis alguna vez puede causar muchos o bastantes problemas es del 46%, similar al 42% que piensa lo mismo de tomarse cinco o seis cañas/copas durante el fin de semana.

Existe una asociación inversa entre riesgo percibido y los consumos de las diferentes drogas, de modo que las sustancias a cuyo consumo se les atribuye un mayor riesgo son las menos consumidas.

La evolución temporal del riesgo percibido apunta a que desde 1994 se ha reducido éste para todas las sustancias, excepto para el consumo ocasional de éxtasis y el consumo de tabaco. Esta evolución es congruente con la que han seguido los consumos de las diferentes sustancias, de forma que a medida que disminuye la percepción del riesgo crece su uso.

Tabla 2.18. Evolución de la proporción de estudiantes de 14-18 años que piensa que esa conducta puede causar muchos o bastantes problemas. España, 1994-1998.

| | Consumir alguna vez | | | Consumir habitualmente | | |
|----------------------|---------------------|------|------|------------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Tabaco ^a | --- | --- | --- | 72,7 | 69,5 | 71,9 |
| Alcohol ^b | --- | --- | --- | 47,4 | 45,1 | 42,5 |
| Tranquilizantes | 38,2 | 36,0 | 36,2 | 79,6 | 75,2 | 74,4 |
| Cánnabis | 54,7 | 49,9 | 46,4 | 85,3 | 79,9 | 77,8 |
| Éxtasis | 57,0 | 58,9 | 59,4 | 86,3 | 86,1 | 84,3 |
| Cocaína | 70,1 | 67,7 | 64,9 | 90,1 | 87,8 | 86,1 |
| Heroína | 73,6 | 70,6 | 69,3 | 90,4 | 88,2 | 86,5 |

a. Fumar un paquete diario.
b. Tomar 1 ó 2 cañas/copas cada día.

■ Aprobación/rechazo del consumo de drogas

Al igual que ocurría con el riesgo asociado, son el consumo habitual de heroína y cocaína (seguidos del de éxtasis y cánnabis) los comportamientos que provocan mayores niveles de rechazo (Tabla 2.19). Del mismo modo, los niveles de rechazo difieren significativamente según que el consumo sea habitual o esporádico, primando en el rechazo más la frecuencia del consumo que el tipo de drogas.

En general no pueden establecerse diferencias importantes respecto a la evolución del rechazo del consumo de drogas en los dos

últimos años. No obstante, conviene resaltar que se rechazan en menor medida que en 1996 prácticamente todas las conductas de consumo de drogas analizadas, a excepción el tabaco que ha visto crecer significativamente el rechazo que provoca su uso y el consumo habitual de alcohol, cuyo nivel de rechazo se ha mantenido estable.

Un dato importante a destacar es que el consumo habitual de las diferentes drogas analizadas en el marco de la encuesta es asociado a la existencia de muchos problemas por un porcentaje mayor de los escolares que rechazan absolutamente este comportamiento.

Tabla 2.19. Grado de rechazo de ciertas conductas de consumo (proporción de estudiantes que rechaza cada conducta). España, 1994-1998.

| | Consumir alguna vez | | | Consumir habitualmente | | |
|----------------------|---------------------|------|------|------------------------|------|------|
| | 1994 | 1996 | 1998 | 1994 | 1996 | 1998 |
| Tabaco ^a | --- | --- | --- | 31,5 | 30,5 | 43,8 |
| Alcohol ^b | --- | --- | --- | 35,5 | 35,7 | 35,3 |
| Tranquilizantes | 40,0 | 38,3 | 38,4 | 73,4 | 68,8 | 67,3 |
| Cánnabis | 62,3 | 55,6 | 51,9 | 79,7 | 74,1 | 70,5 |
| Éxtasis | 69,5 | 68,4 | 67,2 | 84,8 | 82,8 | 80,6 |
| Cocaína | 77,6 | 72,8 | 69,6 | 87,5 | 84,4 | 81,6 |
| Heroína | 80,1 | 76,0 | 73,5 | 88,2 | 85,4 | 82,9 |

a. Fumar un paquete diario.
b. Tomar 1 ó 2 cañas/copas cada día.

Los niveles de riesgo asociado al consumo de drogas percibido por los escolares, así como los de rechazo que provocan distintos patrones de consumo, parecen estar condicionados por las acciones informativas y sensibilizadoras desplegadas para controlar el uso de drogas. De igual modo, aquellas conductas que están más generalizadas entre los escolares (consumos experimentales y esporádicos) son las menos rechazadas.

■ Disponibilidad percibida de las sustancias

La disponibilidad percibida durante el período 1996-1998 varía en función de las distintas sustancias. Si bien ha aumentado el porcentaje de escolares que piensan que les resultaría muy fácil o relativamente fácil conseguir la mayoría de las drogas ilícitas (cánnabis, éxtasis, cocaína y heroína), se observan descensos en la disponibilidad percibida de las anfetaminas, los alucinógenos y tranquilizantes. Por su parte, la disponibilidad del alcohol se mantiene estable (Tabla 2.20).

Tabla 2.20. Disponibilidad percibida (proporción de estudiantes que piensa que sería muy fácil conseguir cada droga). España, 1994-98.

| Sustancias | 1994 | 1996 | 1998 |
|-----------------|------|------|------|
| Alcohol | 88,0 | 80,8 | 80,8 |
| Tranquilizantes | 43,3 | 52,6 | 49,8 |
| Cánnabis | 43,3 | 43,2 | 47,3 |
| Éxtasis | 31,0 | 32,1 | 37,8 |
| Anfetaminas | 35,0 | 29,9 | 28,2 |
| Alucinógenos | 31,9 | 29,3 | 27,1 |
| Cocaína | 21,7 | 22,4 | 26,6 |
| Heroína | 18,4 | 18,3 | 20,0 |

El alcohol y los tranquilizantes son las drogas con mayor disponibilidad percibida, en el segundo caso con un porcentaje de escolares próximo al 50% que declara que le resultaría muy fácil o relativamente fácil conseguirlos, a pesar de los controles existentes para su dispensación. Se percibe una alta disponibilidad incluso de las drogas de carácter ilícito como cánnabis (47,3%), éxtasis (37,8%), cocaína (26,6%) y heroína (20%).

■ Información recibida sobre el consumo de drogas y sus efectos y problemas asociados

Una amplia mayoría de escolares se considera correctamente informado acerca de los consumos de las distintas drogas, sus efectos y los problemas asociados a los mismos. Así, el 74,9% de los escolares se siente perfectamente o suficientemente informado sobre el consumo de drogas y sus efectos (el 74% en 1996 y el 66,4% en 1994), frente a un 3,8% que se siente mal informado.

Las principales vías de información acerca de las drogas señaladas por los escolares son los medios de comunicación (en el 55,6% de los casos), los padres y hermanos (52%), los amigos (40,8%) y los profesores (37,9%). Las vías principales por las cuales reciben información los escolares no siempre son consideradas por éstos como las más adecuadas. Las mejores vías informativas y las más objetivas serían, según sus declaraciones, las charlas y cursos sobre el tema (47,2%) y la información procedente de personas que han tenido contacto con las drogas (46,3%).

Si bien los niveles de información disponible por parte de los escolares han mejorado, perciben que ha disminuido la utilidad de la información recibida. En 1998 el 49,9% de los escolares considera que la información recibida es muy o bastante útil, frente al 65% de 1996 y al 65,7% de 1994. Sólo un 8,3% la considera poco o nada útil, en tanto que un 41,7% no responde a esta cuestión.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCOLARES CONSUMIDORES DE COCAÍNA

Los resultados de la *Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998*, ponían de manifiesto, entre otros fenómenos, el notable incremento del consumo de cocaína entre los escolares españoles. Esta circunstancia ha justificado que, por parte del Observatorio Español sobre Drogas, se haya realizado un análisis para conocer las características socio-demográficas, el rendimiento académico y los estilos de vida de los escolares consumidores de cocaína, cuyos resultados se describen a continuación.

Las correlaciones, tanto positivas como negativas, que se establecen entre el consumo de cocaína y las distintas variables seleccionadas, únicamente nos permiten constatar la existencia de distintos grados de probabilidad entre la presencia de determinadas conductas (por ejemplo, la hora de regreso a casa en el fin de semana) y el nivel de uso de cocaína. En ningún caso es posible inferir de estos datos la existencia de relaciones causa-efecto.

Consumo de cocaína en función del sexo y la edad

La edad media de inicio al consumo de cocaína para el conjunto de los escolares de 14 a 18 años se sitúa en los 15.4 años, sin que existan diferencias entre los varones (15.5 años) y las mujeres (15.4 años). No obstante, el género condiciona de manera muy importante las prevalencias de uso, como pone de manifiesto que el 6% de los varones haya consumido cocaína en alguna ocasión frente al 3,8% de las mujeres.

La probabilidad de haber consumido cocaína alguna vez en la vida se relaciona directamente con la edad, de modo que a mayor edad más alta es la prevalencia de consumo (Figura 2.14). El porcentaje de experimentación pasa del 1,9% a los 14 años hasta el 11,4% a los 18 años.

Consumo de cocaína y rendimiento académico

La probabilidad de haber consumido cocaína alguna vez tiene una relación directa con el número de cursos repetidos (Figura 2.15). De

Figura 2.14. Consumo de cocaína según edad (porcentajes). España, 1998.

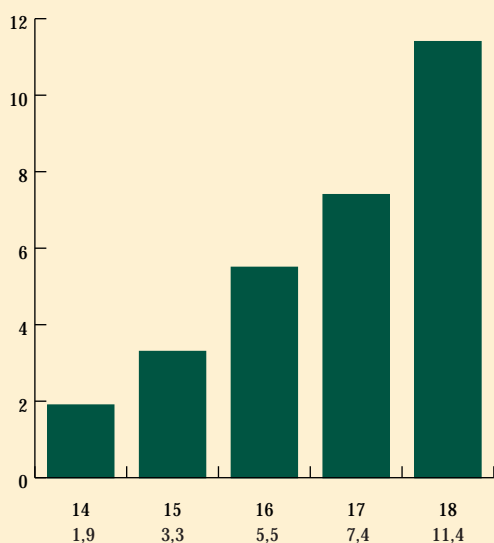
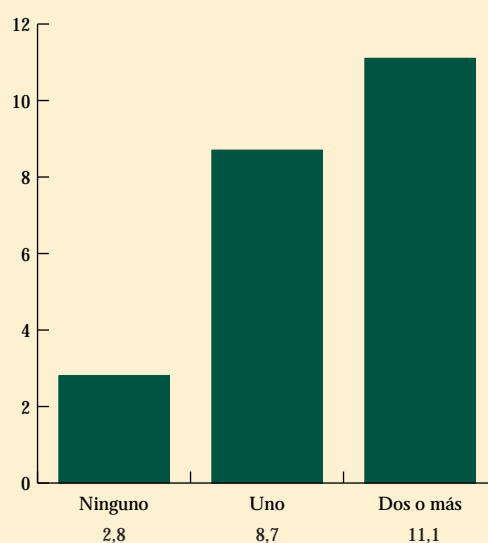


Figura 2.15. Relación entre cursos repetidos y consumo de cocaína alguna vez en la vida (porcentajes). España, 1998.



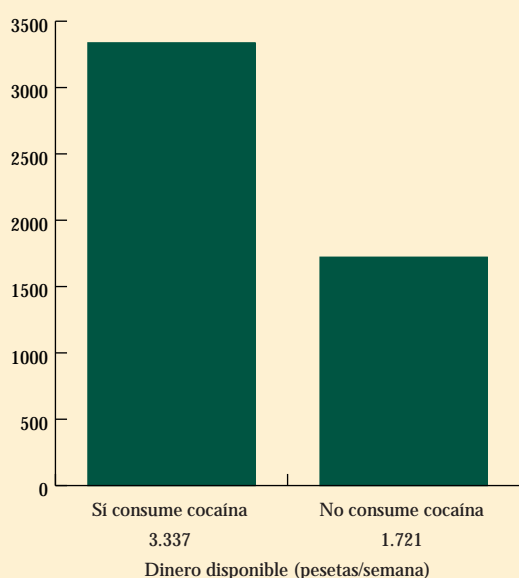
hecho la prevalencia de consumo para los escolares que han repetido algún curso se eleva hasta el 8,7% (tres veces por encima de quienes no han repetido nunca un curso), llegando hasta el 11,1% entre quienes han repetido dos o más cursos.

Por su parte los consumidores de cocaína presentan un número de ausencias o faltas a clase muy superior a los no consumidores (2,7 faltas como media en el último mes y 1,2 respectivamente).

Consumo de cocaína y disponibilidad económica

La disponibilidad económica (dinero de bolsillo) de los escolares se relaciona con el nivel de experimentación con la cocaína, de forma que cuanto mayor es la cantidad de dinero de bolsillo disponible más altas son las prevalencias de uso (Figura 2.16). Quienes afirman haber consumido cocaína alguna vez disponían como media de 3.337 pesetas semanales, frente a las 1.721 pesetas de quienes no la han consumido.

Figura 2.16. Disponibilidad económica semanal y consumo de cocaína. España, 1998.



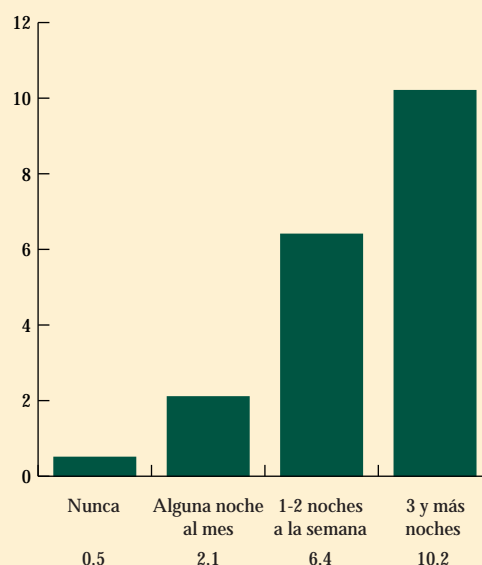
Consumo de cocaína y utilización del tiempo libre

A continuación se describen las relaciones existentes entre el consumo de cocaína alguna vez en la vida y determinados estilos de ocupación del tiempo libre, mediante la utilización de indicadores como la frecuencia de las salidas nocturnas, la hora de regreso a casa en el fin de semana y el tipo de aficiones practicadas.

La frecuencia con que los escolares realizan salidas nocturnas tiene una asociación directa con el grado de experimentación con la cocaína (Figura 2.17). Si entre quienes no salen nunca de noche la prevalencia de uso es del 0,5%, para quienes salen tres o más veces a la semana alcanza el 10,2%.

También la hora de regreso a casa cuando se sale de fin de semana se asocia con la prevalencia de uso de la sustancia analizada. Así, la probabilidad de consumir cocaína, que para quienes vuelven a casa antes de las 24 horas es pequeña (un 0,6%), aumenta progresivamente

Figura 2.17. Relación entre la frecuencia de las salidas nocturnas y el consumo de cocaína alguna vez en la vida (porcentajes). España, 98.



a medida que lo hace la hora de regreso (Figura 2.18), alcanzando prevalencias del 2,8% entre quienes vuelven entre las 24 y las 03:00 horas y del 17,5% entre quienes regresan después de esa hora.

Por lo que se refiere al tipo de actividades desarrolladas en el tiempo libre por los escolares que registran mayores niveles de consumo de cocaína (Tabla 2.21), hay que señalar que las prevalencias de uso más altas se registran entre quienes acuden todos los días a discotecas o a bares/pubs, con prevalencias del 18,9% y 17,4% respectivamente. Por el contrario, la práctica de actividades deportivas, la asistencia a espectáculos deportivos y la lectura se asocian con prevalencias de uso más reducidas.

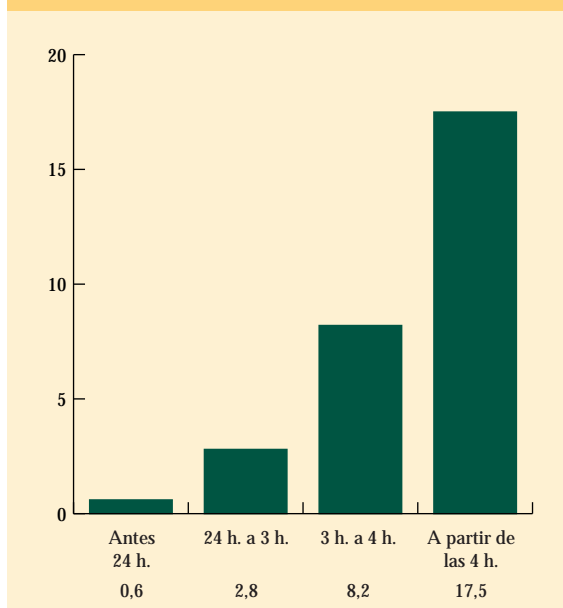
Consumo de cocaína asociado a otras sustancias

El policonsumo se configura como el patrón de uso de drogas más frecuente entre los escolares, motivo por el cual se analizan las principales asociaciones entre el consumo de cocaína y de otras drogas.

Consumo de cocaína y de tabaco

En la Figura 2.19 puede observarse como el consumo de tabaco es superior entre los escolares que han consumido cocaína alguna vez. El porcentaje de fumadores actuales entre quienes han consumido alguna vez cocaína se

Figura 2.18. Consumo de cocaína (porcentajes) y hora de regreso a casa en el fin de semana. España, 1998.



sitúa en el 76,5%, frente al 25,8% de quienes no la han consumido.

Consumo de cocaína y alcohol

Los escolares que han consumido cocaína alguna vez son también bebedores abusivos en mayor proporción que quienes no la han consumido (Figura 2.20). En el último mes los consumidores de cocaína se han emborrachado por término medio 3,2 veces, frente a las 1,1 veces de los no consumidores.

Tabla 2.21. Consumo de cocaína y tipo de actividades practicadas en el tiempo de ocio. España, 1998.

| | Consumo de cocaína | | |
|--|--------------------|------------|-------|
| | Casi a diario | Alguna vez | Nunca |
| Actividades cuya práctica se asocia con una mayor prevalencia del consumo de cocaína (a mayor práctica, mayor prevalencia): | | | |
| Ir a discotecas/fiestas | 18,9 | 5,5 | 1,9 |
| Ir de bares/pubs | 17,4 | 4,9 | 1,4 |
| Jugar con ordenadores/consolas | 5,5 | 4,3 | 5,0 |
| Escuchar música | 5,1 | 3,1 | 4,7 |
| Actividades cuya práctica se asocia con una menor prevalencia del consumo de cocaína (a mayor práctica, menor prevalencia): | | | |
| Leer libros/revistas | 3,8 | 4,7 | 9,2 |
| Asistir a espectáculos deportivos | 3,3 | 4,5 | 5,2 |
| Hacer deporte | 4,6 | 4,0 | 7,7 |

Figura 2.19. Relación entre consumo de cocaína y consumo de tabaco. España, 1996-1998.

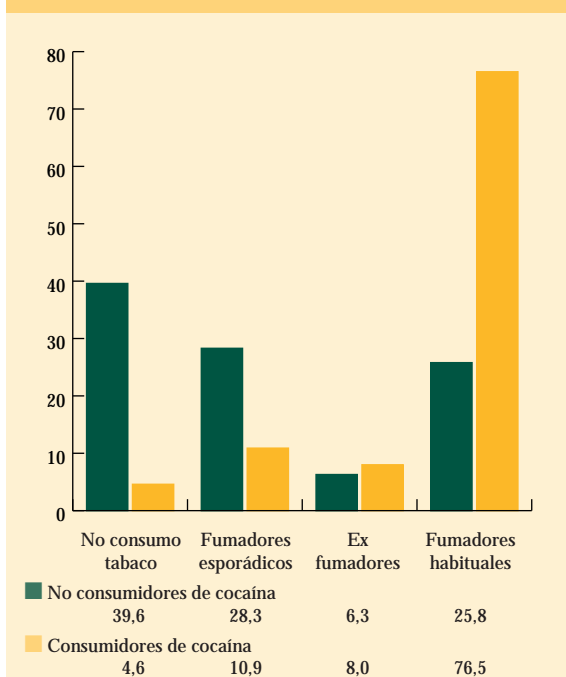
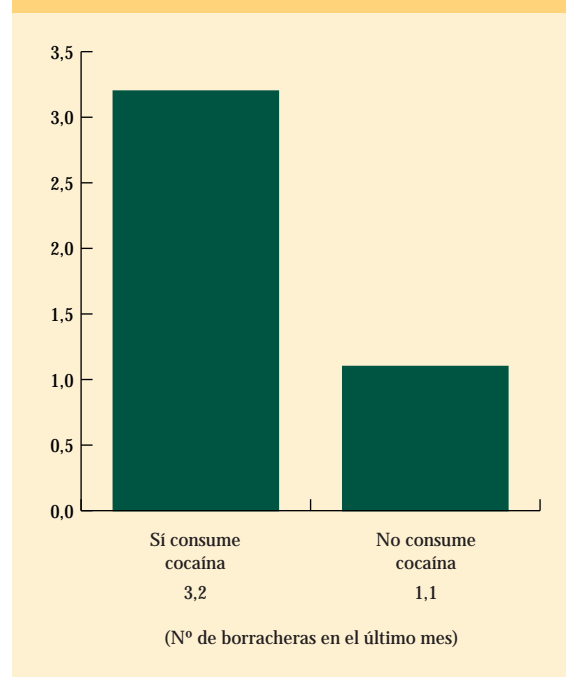


Figura 2.20. Consumo de cocaína y número de borracheras en el último mes. España, 1998.



Consumo de cocaína y otras drogas ilícitas

En la Tabla 2.22 se muestran las relaciones existentes entre el consumo de cocaína y de las restantes drogas ilícitas (en ambos casos para el indicador consumo alguna vez en la vida). Las sustancias aparecen ordenadas según la razón de probabilidad de ser consumidas en

Tabla 2.22. Consumo de cocaína y de otras drogas ilegales (indicador consumo alguna vez en la vida).

| Sustancias | Consumo cocaína | | Razón* |
|----------------------|-----------------|------|--------|
| | No | Sí | |
| Heroína | 0,3 | 13,7 | 45,6 |
| Éxtasis | 1,4 | 45,6 | 32,5 |
| Speed/anfetaminas | 2,3 | 51,7 | 22,4 |
| Alucinógenos | 2,9 | 54,0 | 18,6 |
| Sustancias volátiles | 3,2 | 21,9 | 6,8 |
| Hachís/marihuana | 25,0 | 94,7 | 3,7 |
| Tranquilizantes | 5,7 | 20,0 | 3,5 |

* Razón de probabilidad de consumir cada una de las sustancias en los consumidores de cocaína en relación con los no consumidores.

función de que se registren o no consumos de cocaína. Así, entre los consumidores de cocaína las prevalencias de consumo de las distintas drogas de abuso son del 13,7% en el caso de la heroína (0,3% entre los no consumidores), del 45,6% para el éxtasis (1,4% entre los no consumidores), del 51,7% para el *speed* y las anfetaminas, del 54% para los alucinógenos, del 21,9% para las sustancias volátiles, del 94,7% para los derivados del cánnabis (un 25% entre los no consumidores) y del 20% para los tranquilizantes.

A modo de resumen puede afirmarse que los consumidores de cocaína tienen muchas más probabilidades de ser también consumidores de otras drogas ilícitas. Pueden observarse cuatro pautas de probabilidad:

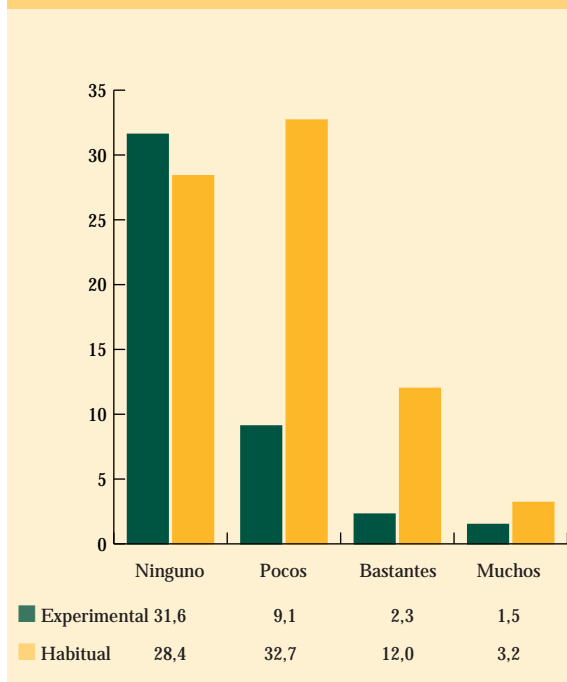
- La práctica totalidad de los consumidores de cocaína consumen derivados del cánnabis.
- La mitad de éstos también consumen alucinógenos, *speed* o anfetaminas y éxtasis.
- Dos de cada diez consumen sustancias volátiles o tranquilizantes.
- El 13,7 % consume heroína.

Percepción del riesgo y consumo de cocaína

Las prevalencias de consumo de cocaína entre los escolares que opinan que el consumo experimental (alguna vez) o habitual puede causar muchos problemas son las más reducidas, del 1,5% y el 3,2% (Figura 2.21).

A medida que se va relajando la opinión sobre los problemas de salud o de cualquier otro tipo que puede provocar el consumo habitual o esporádico de cocaína, las prevalencias de consumo van en aumento.

Figura 2.21. Problemas percibidos por el consumo experimental y/o habitual de cocaína. España, 1998.



3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL INSALUD, 1998

Se recogen a continuación los principales resultados obtenidos por un estudio realizado por el INSALUD con el objetivo de conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios de esta institución. Este estudio se enmarca dentro del *Programa de prevención del tabaquismo en los profesionales del INSALUD* puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad y Consumo, teniendo por finalidad la de proporcionar un punto de referencia que permita evaluar con posterioridad el programa.

Metodología

Universo: profesionales sanitarios del INSALUD (España).

Muestra: 1.282 profesionales.

Tipo de muestreo: polietápico con estratificación de las unidades muestrales por tipo de asistencia, considerando personal médico y personal de enfermería.

Trabajo de campo: cuarto trimestre de 1998.

Principales resultados

1 La prevalencia del consumo de tabaco (Tabla 2.23) entre el personal sanitario registra unos niveles para el indicador consumo diario similares a los existentes en la población general española (un 32,9% según los datos aportados por la *Encuesta domiciliaria sobre drogas de 1997*). Estas prevalencias son muy elevadas si se tiene en consideración el nivel de información que estos profesionales manejan acerca de los riesgos y efectos asociados al tabaquismo.

2 El nivel de tabaquismo es sustancialmente más elevado entre el personal de enfermería (con un 43,2% de fumadores) que entre el personal médico (34,7% de fumadores).

Tabla 2.23. Prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios del INSALUD. España, 1998.

| Patrón de consumo | % |
|-----------------------|------|
| Han fumado alguna vez | 67,2 |
| Fuman diariamente | 33,0 |
| Fuman ocasionalmente | 5,9 |
| Ex-fumadores | 28,3 |

3 El personal sanitario femenino, en su conjunto, presenta un consumo muy superior (42,2%) que el masculino (34,2%).

4 El 39,8% de los médicos de atención primaria y el 30,5% de los cardiólogos, neurólogos y ginecólogos son fumadores.

5 El 35,5% de los sanitarios que fuman tienen la intención de abandonar el consumo de tabaco en los dos próximos años.

6 El 83,7% de los profesionales sanitarios manifiesta que en los pasillos y salas de espera de sus centros de trabajo existen carteles advirtiendo de la prohibición de fumar.

7 El 85,8% de los médicos de atención primaria y el 84,3% de los cardiólogos, neurólogos y ginecólogos preguntan a sus pacientes sobre sus hábitos de consumo de tabaco y más de un 75% de los médicos aconseja a sus pacientes fumadores que abandonen el consumo de tabaco.

4. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (Mº DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN)

Se ofrecen a continuación los datos facilitados por el Panel del consumo alimentario (Mº de Agricultura, Pesca y Alimentación) correspondientes al conjunto del año 1998 y a los tres primeros trimestres de 1999, en el que se recoge la demanda directa y el gasto realizado por los hogares, establecimientos de hostelería-restauración y las instituciones españolas en la adquisición de diferentes bebidas alcohólicas.

El volumen global de las compras de bebidas alcohólicas registradas en 1998 ascendió a un total de 3.813,5 millones de litros (Tabla 2.24), lo que supone un incremento del 1% respecto a 1997, porcentaje que se sitúa por debajo del incremento global del 1,6% que registraron las compras de los alimentos en España en ese mismo período. Por su parte el consumo *per capita* de bebidas alcohólicas se situó en ese año en 95,9 litros, una cantidad superior en un 0,9% a los 95 litros registrados en 1997.

Los establecimientos de hostelería-restauración continúan siendo los espacios donde se produce fundamentalmente el consumo de bebidas alcohólicas, representando el 68,29% del total de las compras nacionales, mientras que los consumos realizados en los hogares suponen el 30,93%. El peso de las compras realizadas en este tipo de establecimientos es aún mayor en el caso de bebidas como los

Tabla 2.24. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla), dentro y fuera del hogar. Año 1998 (litros).

| | Total nacional | | | | % de cada sector sobre el total nacional | | | |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|--|---------------|-----------------|-----------------|
| | Hogares (millones) | Hostel. (millones) | Instit. (millones) | Total comprado (millones) | Total per capita | % Hogar total | % Hostel. total | % Instit. total |
| Vinos | 640,08 | 757,51 | 17,14 | 1.414,74 | 35,6 | 45,24 | 53,54 | 1,21 |
| Cervezas | 482,90 | 1.658,75 | 11,94 | 2.153,59 | 54,1 | 22,42 | 77,02 | 0,55 |
| Sidras | 17,48 | 53,48 | 0,30 | 71,25 | 1,8 | 24,53 | 75,05 | 0,42 |
| Otras | 39,05 | 134,60 | 0,26 | 173,92 | 4,4 | 22,45 | 77,40 | 0,15 |
| Total | 1.179,51 | 2.604,34 | 29,64 | 3.813,5 | 95,9 | 30,93 | 68,29 | 0,78 |

licores, cerveza y sidra, con porcentajes superiores al 75% del total de las compras realizadas en el país.

La evolución seguida por las compras de las distintas bebidas alcohólicas en 1998 con respecto a 1997 (Tabla 2.25) permite extraer algunas conclusiones:

- El consumo de vinos ha aumentado un 1,6% entre 1997 y 1998, aumento que llega casi al 6% en el caso de los vinos de calidad (v.c.p.r.d) y al 2,2% en los vinos de mesa. Este incremento ha sido mayor en el sector de hostelería-restauración. Los espumosos, así como los denominados “otros vinos” (finos, jerez, aperitivos, etc.), registran descensos del 9% y el 26% respectivamente.
- Las compras de cerveza crecieron en un 1% en el período 1997/98, aumento observado tanto en el hogar como en los sectores extradomésticos.
- Continúa el descenso de licores (“otras bebidas alcohólicas”) en todos los sectores, con una baja del 2,6%.
- El consumo de sidra creció un 2%, debido al incremento del 6% registrado en el sector de hostelería-restauración. Los hogares y las instituciones registraron bajadas en sus compras.

Por su parte la evolución seguida en las compras del conjunto de bebidas alcohólicas en el período 1993/98 muestra una disminución glo-

bal en las mismas del 12%, lo que supone un descenso anual medio del 2,4%. Esta disminución debe atribuirse al descenso en un 18,5% del consumo de cerveza, con un peso muy importante dentro de las bebidas alcohólicas (57%). También ha bajado de forma notable el consumo de licores, en un 22%, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos años. Por el contrario el vino ha sufrido en estos años un incremento del 4,3%.

El valor total del gasto realizado durante 1998 en la adquisición de bebidas ascendió a 986.487,3 millones de pesetas, un 3,13% superior al registrado en 1997 (Tabla 2.26). El incremento en el gasto se produjo en todas las bebidas, siendo la sidra y los licores los productos que registraron un mayor crecimiento (del 19,8 % y el 5% respectivamente), seguidos de los vinos (3,66%) y la cerveza (0,95%). Los establecimientos de hostelería-restauración concentran el 73,79% del gasto realizado, con un aumento del 0,35% de su peso relativo respecto al consumo en el hogar registrado en 1997.

Una vez analizados los datos del conjunto del año 1998, se ofrecen los datos relativos al período enero-septiembre de 1999, referidos al consumo y al gasto realizado en los hogares y establecimientos de hostelería-restauración, al no estar disponibles los datos de las instituciones, que suponen menos del 1% del conjunto de las compras y el gasto en bebidas alcohólicas.

Tabla 2.25. Evolución del volumen total de las compras realizadas dentro y fuera del hogar en bebidas alcohólicas. España, 1993-1998 (litros).

| | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 98/97 |
|----------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------|
| | Millones litros | Litros per capita | Millones litros | Litros per capita | Millones litros | Litros per capita | Millones litros | Litros per capita | Millones litros | Litros per capita | Millones litros | Litros per capita | % |
| Vinos | 1.334,9 | 34,1 | 1.289,0 | 32,6 | 1.200,5 | 30,6 | 1.298,2 | 33,0 | 1.392,4 | 35,0 | 1.414,7 | 35,6 | 1,6 |
| Cervezas | 2.620,5 | 66,4 | 2.545,6 | 64,5 | 2.508,0 | 63,8 | 2.365,9 | 60,2 | 2.132,2 | 53,7 | 2.153,6 | 54,1 | 1,0 |
| Sidra | 58,8 | 1,5 | 52,8 | 1,3 | 48,4 | 1,2 | 56,1 | 1,4 | 69,9 | 1,8 | 71,3 | 1,8 | 1,9 |
| Otras | 252,2 | 6,4 | 242,2 | 6,1 | 217,9 | 5,5 | 205,6 | 5,2 | 178,5 | 4,5 | 173,9 | 4,4 | -2,6 |
| Total | 4.266,4 | 108,4 | 4.129,6 | 104,5 | 3.974,8 | 101,1 | 3.925,8 | 99,8 | 3.773,0 | 95,0 | 3.813,5 | 95,9 | 1,0 |

Tabla 2.26. Estructura del gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas. España (excepto Ceuta y Melilla), 1997-1998 (millones de pesetas).

| | 1997 | | | | 1998 | | | | Evolución % 98/97 |
|----------|-----------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------|----------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| | Total | Hogares | Hostel. | Instit. | Total | Hogares | Hostel. | Instit. | |
| Vinos | 356.093,2 | 131.746,9 | 221.868,9 | 2.477,4 | 369.134,9 | 132.183,1 | 234.316,4 | 2.635,5 | 3,66 |
| Cervezas | 361.047,6 | 67.504,4 | 291.658,5 | 1.884,7 | 364.495,4 | 70.543,6 | 291.936,9 | 2.014,9 | 0,95 |
| Sidra | 11.026,9 | 3.555,1 | 7.387,9 | 83,9 | 13.130,7 | 3.713,2 | 9.363,6 | 53,9 | 19,80 |
| Otras | 228.345,8 | 46.393,5 | 181.509,5 | 442,7 | 239.726,3 | 47.083,7 | 192.351,9 | 290,7 | 5,00 |
| Total | 956.513,5 | 249.199,9 (26,05%) | 702.424,8 (73,44%) | 4.888,7 (0,51%) | 986.487,3 | 253.523,6 (25,7%) | 727.968,8 (73,79%) | 4.995,0 (0,51%) | 3,13 |

La información que se recoge en la Tabla 2.27, referida al consumo y al gasto derivado de la compra de bebidas en los hogares, pone de manifiesto que durante los primeros nueve meses de 1999 la demanda global de bebidas alcohólicas se ha reducido en un 0,64% con respecto al mismo período de 1998. Esta evolución no resulta uniforme, puesto que mientras que la sidra, los licores, el vino de mesa y los espumosos y cavas han experimentado descensos notables, otras bebidas como la cerveza, los vinos de calidad y los aperitivos han visto crecer el volumen de su demanda. A pesar de la reducción observada en el consumo de bebidas alcohólicas en los nueve primeros meses de 1999, el gasto en su adquisición creció un 3,6% con respecto al mismo período del año precedente.

De diferente signo ha sido la evolución de los consumos de bebidas alcohólicas en los establecimientos de hostelería-restauración, que en el período enero-septiembre 99/98 crecieron un 2,4%. El consumo extradomiciliario creció en todas las bebidas, salvo en los licores y los vinos de calidad. No obstante, existen datos que avalarían la desaceleración del consumo de alcohol en los establecimientos hosteleros, como pone de relieve el hecho de que considerando sólo el tercer trimestre de 1999 (el último disponible) globalmente las compras de bebidas alcohólicas se habrían reducido en un 1,9%.

Considerando conjuntamente el consumo de los hogares y de los establecimientos de hostelería-restauración (Tabla 2.28) el consumo de

Tabla 2.27. Evolución del volumen de las compras y del gasto en la adquisición de bebidas alcohólicas. Hogares españoles (excepto Ceuta y Melilla), enero-septiembre 1998/99 (acumulado).

| | Cantidad (millones de litros) | | | Valor (miles de millones de pts.) | | | Litros per capita |
|----------|----------------------------------|--------|---------------------|--------------------------------------|--------|---------------------|----------------------|
| | 1998 | 1999 | Evolución %99/98 | 1998 | 1999 | Evolución %99/98 | |
| Vinos | 445,67 | 429,55 | -3,61 | 81,90 | 87,24 | 6,52 | 10,78 |
| Cervezas | 370,82 | 384,20 | 3,61 | 54,19 | 55,80 | 2,98 | 9,63 |
| Sidra | 8,22 | 6,71 | -18,32 | 1,63 | 1,42 | -13,06 | 0,17 |
| Otras | 23,34 | 22,21 | -4,85 | 27,41 | 26,61 | -2,91 | 0,56 |
| Total | 848,05 | 842,67 | -0,64 | 165,13 | 171,07 | 3,6 | 21,14 |

bebidas alcohólicas habría crecido en los primeros nueve meses de 1999 un 1,4 % en relación al mismo período de 1998, un crecimiento registrado en todas las bebidas exceptuando los vinos de mesa y de calidad (v.c.p.r.d). Por su parte, el consumo de bebidas alcohólicas en los hogares y establecimientos de hostelería-restauración en los primeros nueve meses de 1999 fue de 68,91 litros *per capita*.

La evolución seguida en el gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas en el

período enero-septiembre de 1999 confirma que el mismo ha crecido muy por encima de lo que lo hiciera el volumen de las compras en estos productos (Tabla 2.29). Globalmente el gasto creció un 4,89% en relación con el mismo período del año precedente, destacando que este incremento afecte tanto a las compras realizadas en el hogar (cuyo gasto aumentó un 3,6%) como en hostelería-restauración (un 5,3%), así como a todas las bebidas. Los mayores crecimientos del gasto se produjeron en la sidra y la cerveza.

Tabla 2.28. Evolución del volumen de las compras de bebidas alcohólicas. Hogares y hostelería-restauración. España (excepto Ceuta y Melilla), enero-septiembre 1998/99 (acumulado) (millones de litros).

| | Hogares | | | Hostelería Restauración | | | Total | | | Litros per capita |
|----------|---------|--------|--------|----------------------------|----------|--------|----------|----------|--------|----------------------|
| | 1998 | 1999 | %99/98 | 1998 | 1999 | %98/97 | 1998 | 1999 | %99/98 | 1999 |
| Vinos | 445,67 | 429,55 | -3,61 | 543,85 | 547,68 | 0,72 | 1.049,52 | 1.037,25 | -1,16 | 24,44 |
| Cervezas | 370,82 | 384,20 | 3,6 | 1.195,60 | 1.225,33 | 2,5 | 1.566,42 | 1.609,52 | 2,8 | 40,26 |
| Sidra | 8,22 | 6,71 | -18,3 | 36,49 | 43,32 | 18,7 | 44,70 | 50,03 | 11,9 | 1,25 |
| Otras | 23,34 | 22,21 | -4,9 | 92,26 | 96,05 | 4,1 | 115,60 | 118,26 | 2,3 | 2,96 |
| Total | 848,05 | 842,67 | -0,64 | 1.868,2 | 1.912,38 | 2,4 | 2.716,24 | 2.755,06 | 1,4 | 68,91 |

Tabla 2.29. Evolución del gasto en bebidas alcohólicas. Hogares y hostelería-restauración. España (excepto Ceuta y Melilla), enero-septiembre 1998/99 (acumulado) (miles de millones de pesetas).

| | Enero-septiembre 1998 | | | Enero-septiembre 1999 | | | Evolución |
|----------|-----------------------|---------|--------|-----------------------|---------|--------|-----------|
| | Hogares | Hostel. | Total | Hogares | Hostel. | Total | 99/98 (%) |
| Vinos | 81,90 | 167,99 | 249,89 | 87,24 | 173,99 | 261,23 | 4,54 |
| Cervezas | 54,19 | 216,63 | 270,82 | 55,80 | 229,85 | 285,65 | 5,47 |
| Sidra | 1,63 | 6,45 | 8,08 | 1,42 | 7,76 | 9,18 | 13,61 |
| Otras | 27,41 | 123,12 | 150,53 | 26,61 | 129,92 | 156,53 | 3,98 |
| Total | 165,13 | 514,19 | 679,32 | 171,01 | 541,52 | 712,53 | 4,89 |



3

La respuesta asistencial



1. INDICADORES DE TRATAMIENTO

El indicador tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas recoge el número de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, excluidas el alcohol y el tabaco. Los datos aportados por el total de 478 centros declarantes que cubrieron este indicador durante 1998 señalan que en dicho período fueron admitidas a tratamiento un total de 54.338 personas, volumen un 3,6% superior al registrado en 1997.

La tasa global de admisiones fue de 139,8 por cien mil habitantes. Las Comunidades con mayor número absoluto de admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas fueron Andalucía (13.407), Cataluña (6.870), Madrid (6.864) y Canarias (6.339). Las tasas de personas tratadas por cien mil habitantes presentaron una amplia variación entre Comunidades Autónomas, oscilando entre las más altas de Canarias (424,4) y Ceuta (255,9), y las más bajas de Navarra (27,0) y La Rioja (52,4) (Figura 3.1).

El análisis de las diferentes sustancias que motivaron la incorporación a tratamiento (Tabla 3.1) refleja que, a pesar de que la heroína continúa siendo la sustancia que provoca el mayor número de admisiones a tratamiento (el 80,2%), esta sustancia está perdiendo progresivamente peso en relación con las demandas asistenciales por abuso o dependencia a drogas que se registran en España. Si se observa la evolución seguida desde 1991 en el número de

personas admitidas a tratamiento por heroína (Figura 3.2) puede comprobarse cómo, tras un proceso de crecimiento continuado, en 1996 se quiebra esta tendencia, reduciéndose las admisiones a tratamiento por heroína de 46.635 en 1996, a 44.089 en 1997 y a 43.598 en 1998. Esta tendencia es atribuible a la fuerte disminución observada en el número de personas admitidas a tratamiento por heroína por primera vez en su vida, puesto que el número de personas previamente tratadas se ha mantenido prácticamente estable en los últimos años.

Frente al descenso de las admisiones a tratamiento por heroína destaca el importantísimo aumento de las admisiones por cocaína, que en 1998 ascendieron a 6.154 (el 11,3% del total de las admisiones a tratamiento registradas). Más allá del creciente peso relativo que adquiere esta sustancia desde la perspectiva asistencial, llama la atención el rapidísimo crecimiento de las admisiones a tratamiento que provoca (Figura 3.3), de hecho, entre 1996 y 1998 el volumen de admisiones a tratamiento se ha duplicado al pasar de 2.980 a 6.154. Hay que destacar además que el peso asistencial de la cocaína es muy alto si se consideran únicamente los casos admitidos a tratamiento por primera vez, en los cuales la cocaína es responsable del 21,6% de las admisiones (Tabla 3.2 y Figura 3.4). Otro tanto cabe apuntar en relación con la especial incidencia que las admisiones por cocaína tiene en ciertas Comunidades Autónomas (Murcia, Navarra, Cataluña y Comunidad Valencia), donde llegan a representar más del 30% del total de casos sin tratamiento previo.

Tabla 3.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo (números absolutos edad media y porcentajes). España, 1996-1998.

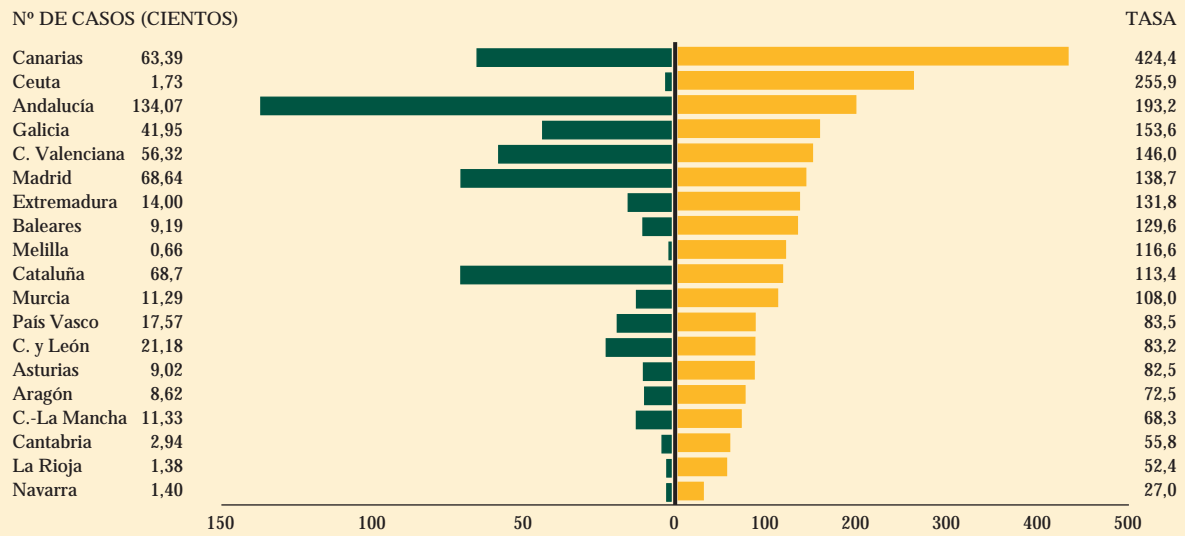
| | 1996 | | | 1997 | | | 1998 | | |
|--|--------|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------------|--------|
| | Total | Tto. previo* | | Total | Tto. previo* | | Total | Tto. previo* | |
| | | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
| Nº admisiones a tratamiento notificadas | 52.890 | 30.099 | 20.855 | 52.440 | 32.568 | 18.729 | 54.338 | 33.746 | 19.341 |
| Edad media (años) | 29.15 | 29.72 | 28.25 | 29.60 | 30.26 | 28.38 | 30.17 | 30.99 | 28.67 |
| Sexo (%) | | | | | | | | | |
| Hombres | 84,5 | 84,8 | 84,1 | 84,3 | 84,9 | 83,5 | 84,5 | 84,6 | 84,5 |
| Mujeres | 15,5 | 15,2 | 15,9 | 15,7 | 15,1 | 16,5 | 15,5 | 15,4 | 15,5 |
| Máximo nivel de estudios (%) | | | | | | | | | |
| Sin estudios | 13,4 | 13,0 | 14,1 | 13,1 | 13,1 | 13,0 | 12,9 | 13,4 | 11,9 |
| Primaria - 5º EGB | 41,1 | 42,4 | 39,7 | 41,0 | 42,6 | 37,9 | 40,2 | 42,2 | 36,4 |
| B. Elemental - EGB - ESO | 30,0 | 29,3 | 30,6 | 29,8 | 29,3 | 30,9 | 30,0 | 29,0 | 32,0 |
| FP - BUP - otros | 13,3 | 13,3 | 13,3 | 13,8 | 12,9 | 15,5 | 14,4 | 13,0 | 17,0 |
| Estudios medios y superiores | 2,2 | 2,1 | 2,3 | 2,4 | 2,2 | 2,7 | 2,5 | 2,4 | 2,7 |
| Situación laboral principal (%) | | | | | | | | | |
| Trabajando | 28,1 | 25,0 | 32,8 | 27,8 | 25,1 | 32,7 | 31,0 | 27,5 | 37,4 |
| Parado, no habiendo trabajado | 11,3 | 11,1 | 11,4 | 10,6 | 10,6 | 10,6 | 10,7 | 10,8 | 10,5 |
| Parado, habiendo trabajado | 45,8 | 49,8 | 40,2 | 46,2 | 49,9 | 39,5 | 43,7 | 48,1 | 36,1 |
| Otros | 14,8 | 14,0 | 15,6 | 15,4 | 14,4 | 17,1 | 14,5 | 13,7 | 16,0 |
| Droga principal de admisión a tratamiento (%) | | | | | | | | | |
| Heroína | 88,2 | 94,3 | 79,8 | 84,1 | 92,6 | 69,4 | 80,2 | 91,1 | 61,4 |
| Otros opiáceos | 1,5 | 1,2 | 1,8 | 0,8 | 1,0 | 0,6 | 1,1 | 1,3 | 0,6 |
| Cocaína | 5,6 | 3,1 | 9,1 | 8,9 | 4,3 | 16,7 | 11,3 | 5,4 | 21,6 |
| Anfetaminas | 0,6 | 0,2 | 1,2 | 0,6 | 0,2 | 1,3 | 0,6 | 0,2 | 1,4 |
| MDMA y derivados | 0,4 | 0,1 | 0,9 | 0,5 | 0,1 | 1,1 | 0,3 | 0,1 | 0,7 |
| Hipnóticos y sedantes | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,8 | 0,6 | 0,4 | 1,0 |
| Cánnabis | 3,0 | 0,8 | 6,2 | 4,2 | 1,2 | 9,4 | 5,3 | 1,2 | 12,5 |
| Otras sustancias | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 0,9 |
| Edad media al inicio del consumo (años) | 20.64 | 20.30 | 21.11 | 20.67 | 20.41 | 21.11 | 20.62 | 20.41 | 21.0 |
| Vía principal de consumo (%) | | | | | | | | | |
| Oral | 3,2 | 2,2 | 4,3 | 3,5 | 2,6 | 4,8 | 3,3 | 2,6 | 4,4 |
| Fumada | 30,0 | 22,9 | 39,6 | 27,5 | 22,6 | 35,2 | 27,5 | 22,5 | 35,4 |
| Inhalada | 26,9 | 30,2 | 23,3 | 30,0 | 33,6 | 25,0 | 30,5 | 35,3 | 23,6 |
| Esnifada | 6,8 | 4,6 | 9,8 | 10,6 | 6,5 | 17,3 | 12,7 | 7,3 | 21,8 |
| Inyectada | 32,5 | 39,2 | 22,8 | 27,3 | 33,1 | 17,2 | 23,9 | 29,4 | 14,3 |
| Otras | 0,6 | 1,0 | 0,2 | 1,1 | 1,6 | 0,4 | 2,0 | 2,9 | 0,5 |
| Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%) | | | | | | | | | |
| Heroína | 2,3 | 1,9 | 2,7 | 2,6 | 1,9 | 3,7 | 3,1 | 2,5 | 4,0 |
| Otros opiáceos | 13,8 | 13,7 | 13,5 | 8,4 | 9,8 | 6,3 | 8,5 | 9,5 | 6,7 |
| Cocaína | 53,6 | 56,5 | 49,9 | 57,7 | 62,0 | 50,5 | 58,4 | 64,2 | 48,7 |
| Anfetaminas | 5,8 | 4,5 | 7,5 | 11,5 | 11,1 | 12,6 | 2,6 | 1,9 | 3,9 |
| MDMA y derivados | 1,6 | 1,2 | 2,1 | 1,5 | 0,9 | 2,6 | 1,2 | 0,7 | 2,1 |
| Hipnóticos y sedantes | 25,8 | 30,3 | 19,5 | 25,5 | 27,4 | 22,3 | 24,6 | 27,3 | 19,9 |
| Cánnabis | 46,9 | 44,9 | 50,0 | 39,5 | 37,1 | 43,7 | 39,2 | 37,6 | 41,9 |
| Alcohol | 32,8 | 29,5 | 37,4 | 29,9 | 25,9 | 36,5 | 31,4 | 26,7 | 39,2 |
| Otras sustancias | 3,6 | 3,1 | 4,2 | 11,4 | 8,3 | 15,7 | 17,2 | 12,9 | 23,7 |
| Tiempo desde última inyección (%) | | | | | | | | | |
| Menos de 30 días | 36,8 | 40,7 | 28,9 | 33,1 | 37,1 | 24,9 | 27,4 | 31,3 | 19,4 |
| Un mes - un año | 9,0 | 11,1 | 5,3 | 8,1 | 10,1 | 4,4 | 7,4 | 9,2 | 4,0 |
| Uno - cuatro años | 8,2 | 10,3 | 4,5 | 9,0 | 11,3 | 4,7 | 9,8 | 12,7 | 4,4 |
| Cinco años o más | 4,7 | 5,4 | 3,5 | 5,9 | 6,8 | 4,2 | 7,8 | 9,5 | 4,6 |
| Nunca | 41,3 | 32,6 | 57,8 | 43,9 | 34,8 | 61,8 | 47,5 | 37,3 | 67,7 |
| Estado serológico VIH (%) | | | | | | | | | |
| Positivo | 13,4 | 17,5 | 7,6 | 13,9 | 17,1 | 8,5 | 14,6 | 18,4 | 8,2 |
| Negativo (análisis últimos 6 meses) | 19,3 | 22,9 | 15,6 | 17,8 | 20,1 | 14,3 | 18,2 | 19,9 | 15,8 |
| Negativo (sin fecha análisis) | 15,7 | 19,6 | 10,5 | 23,6 | 27,4 | 17,7 | 25,0 | 29,5 | 17,9 |
| Sin análisis o resultado desconocido | 51,6 | 40,0 | 66,3 | 44,6 | 35,3 | 59,5 | 42,1 | 32,2 | 58,1 |

* 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.

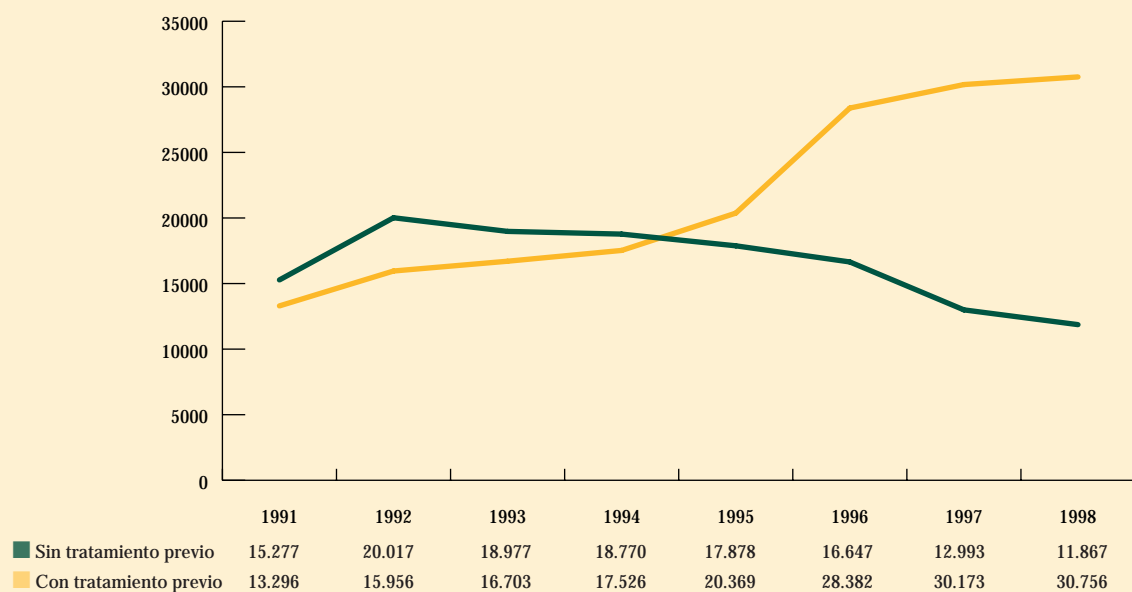
Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (nº absoluto y tasa por 100.000 habitantes). España 1998.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.2. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por heroína en España, 1991-98.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 3.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y edad media). España, 1998.

| | Heroína | Otros opiáceos* | Cocaína | Anfetaminas | MDMA y der. Hipnosedantes | Cánnabis | Otras** | |
|---|---------|-----------------|---------|-------------|------------------------------|----------|---------|-------|
| Nº admisiones a tto. notificadas | 43.598 | 598 | 6.154 | 347 | 154 | 346 | 2.879 | 262 |
| Edad media (años) | 30.76 | 32.36 | 29.08 | 24.94 | 22.86 | 33.26 | 24.08 | 27.57 |
| Sexo (%) | | | | | | | | |
| Hombres | 84,4 | 73,1 | 86,7 | 80,6 | 80,5 | 57,7 | 88,9 | 82,4 |
| Mujeres | 15,6 | 26,9 | 13,3 | 19,4 | 19,5 | 42,3 | 11,1 | 17,6 |
| Máximo nivel de estudios (%) | | | | | | | | |
| Sin estudios | 14,6 | 12,0 | 5,9 | 3,6 | 2,0 | 12,9 | 3,8 | 14,8 |
| Primaria - 5º EGB | 42,6 | 38,4 | 30,8 | 28,7 | 37,5 | 36,7 | 27,7 | 28,2 |
| B. Elemental - EGB - ESO | 28,7 | 26,7 | 35,5 | 37,3 | 38,2 | 25,7 | 38,3 | 27,3 |
| FP - BUP - otros | 12,0 | 17,3 | 24,2 | 26,1 | 18,4 | 18,5 | 25,9 | 22,7 |
| Estudios medios y superiores | 2,1 | 5,5 | 3,6 | 4,3 | 3,9 | 6,3 | 4,3 | 6,9 |
| Situación laboral principal (%) | | | | | | | | |
| Trabajando | 26,6 | 29,1 | 56,3 | 40,0 | 49,7 | 24,7 | 40,6 | 33,2 |
| Parado, no habiendo trabajado | 11,7 | 8,7 | 4,7 | 15,1 | 10,6 | 11,2 | 9,5 | 7,6 |
| Parado, habiendo trabajado | 47,8 | 39,0 | 29,1 | 25,9 | 23,2 | 38,5 | 22,0 | 18,8 |
| Otros | 14,0 | 23,3 | 9,8 | 19,0 | 16,6 | 25,6 | 27,9 | 40,4 |
| Edad media al inicio del consumo (años) | 20.59 | 25.20 | 22.08 | 19.53 | 18.48 | 25.43 | 16.71 | 19.46 |
| Vía principal de consumo (%) | | | | | | | | |
| Oral | 1,1 | 79,7 | 0,7 | 57,7 | 90,8 | 87,7 | 2,0 | 35,5 |
| Fumada | 25,8 | 6,4 | 14,2 | 3,3 | 1,3 | 5,7 | 93,3 | 28,6 |
| Inhalada | 36,4 | 3,0 | 9,4 | 4,5 | 2,0 | 2,4 | 3,2 | 11,1 |
| Esnifada | 5,5 | 0,7 | 69,5 | 32,6 | 5,3 | 0,9 | 0,2 | 10,7 |
| Inyectada | 28,8 | 9,6 | 5,6 | 1,8 | 0,7 | 3,0 | 0,9 | 10,3 |
| Otras | 2,4 | 0,7 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,4 | 3,8 |
| Otras drogas consumidas 30 días anteriores*** (%) | | | | | | | | |
| Heroína | - | 29,8 | 16,9 | 5,7 | 1,7 | 22,4 | 18,3 | 25,9 |
| Otros opiáceos | 9,8 | - | 2,1 | 1,1 | 0,8 | 9,9 | 2,2 | 4,1 |
| Cocaína | 68,2 | 33,4 | - | 33,3 | 48,3 | 19,8 | 38,1 | 27,6 |
| Anfetaminas | 1,6 | 3,3 | 6,9 | - | 19,2 | 5,7 | 10,0 | 4,7 |
| MDMA y derivados | 0,5 | 0,0 | 4,2 | 15,7 | - | 0,5 | 4,9 | 3,5 |
| Hipnóticos y sedantes | 27,5 | 35,7 | 10,1 | 8,0 | 3,3 | - | 9,5 | 14,7 |
| Cánnabis | 39,4 | 36,1 | 48,2 | 62,1 | 52,5 | 37,0 | - | 57,1 |
| Alcohol | 26,3 | 25,9 | 58,1 | 46,4 | 38,3 | 49,5 | 56,8 | 42,9 |
| Otras sustancias | 14,8 | 23,9 | 27,1 | 24,1 | 40,8 | 25,5 | 35,7 | 11,8 |
| Tiempo desde última inyección | | | | | | | | |
| Menos de 30 días | 32,1 | 22,1 | 9,1 | 13,9 | 5,5 | 8,8 | 2,4 | 3,7 |
| Un mes - un año | 8,4 | 15,4 | 3,0 | 2,5 | 3,9 | 6,0 | 1,2 | 13,0 |
| Uno - cuatro años | 11,4 | 25,0 | 2,5 | 1,7 | 3,1 | 7,2 | 1,2 | 4,3 |
| Cinco años o más | 9,0 | 9,3 | 3,1 | 0,4 | 0,8 | 4,4 | 1,9 | 0,0 |
| Nunca | 39,1 | 28,2 | 82,3 | 81,4 | 86,7 | 73,5 | 93,3 | 78,9 |
| Estado serológico VIH | | | | | | | | |
| Positivo | 17,2 | 22,2 | 3,6 | 2,3 | 1,9 | 8,7 | 1,9 | 3,4 |
| Negativo (análisis últimos 6 meses) | 19,4 | 15,2 | 15,8 | 13,0 | 13,0 | 15,0 | 7,5 | 12,2 |
| Negativo (sin fecha análisis) | 27,1 | 22,7 | 17,9 | 12,1 | 11,0 | 16,5 | 13,5 | 11,5 |
| Sin análisis o resultado desconocido | 36,3 | 39,8 | 62,7 | 72,6 | 74,0 | 59,8 | 77,1 | 72,9 |

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

** 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.

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

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.3. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por cocaína en España, 1991-98.

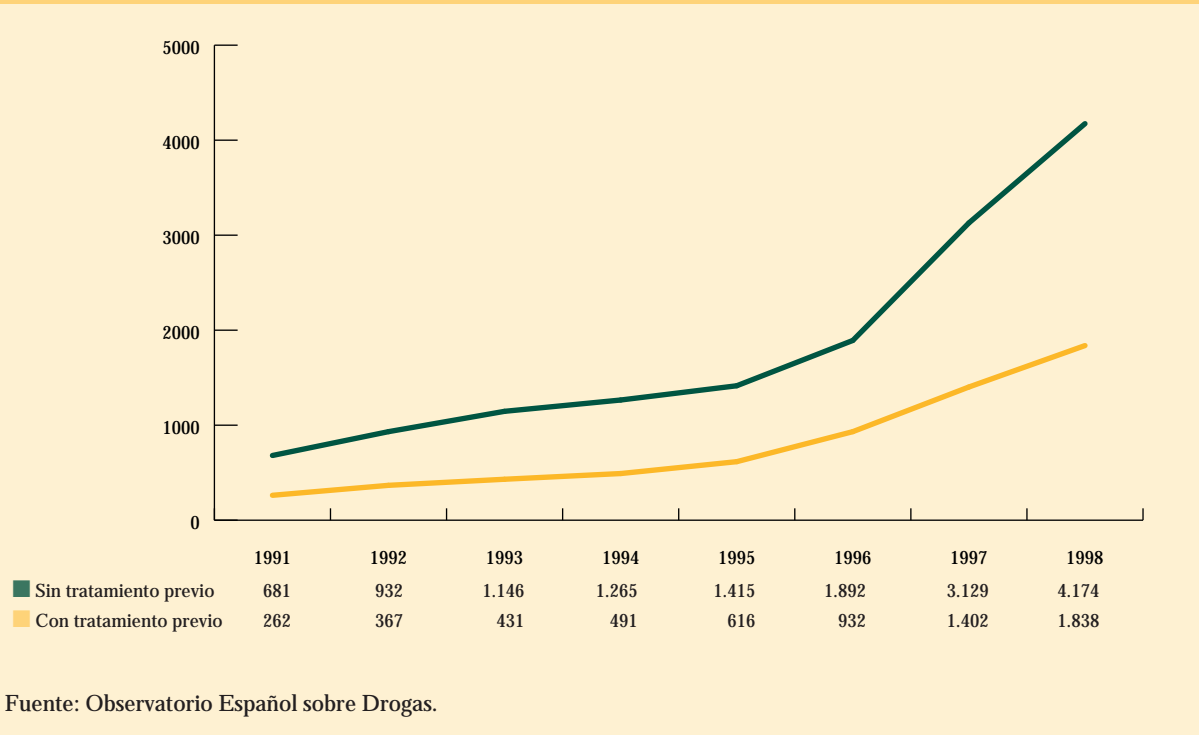
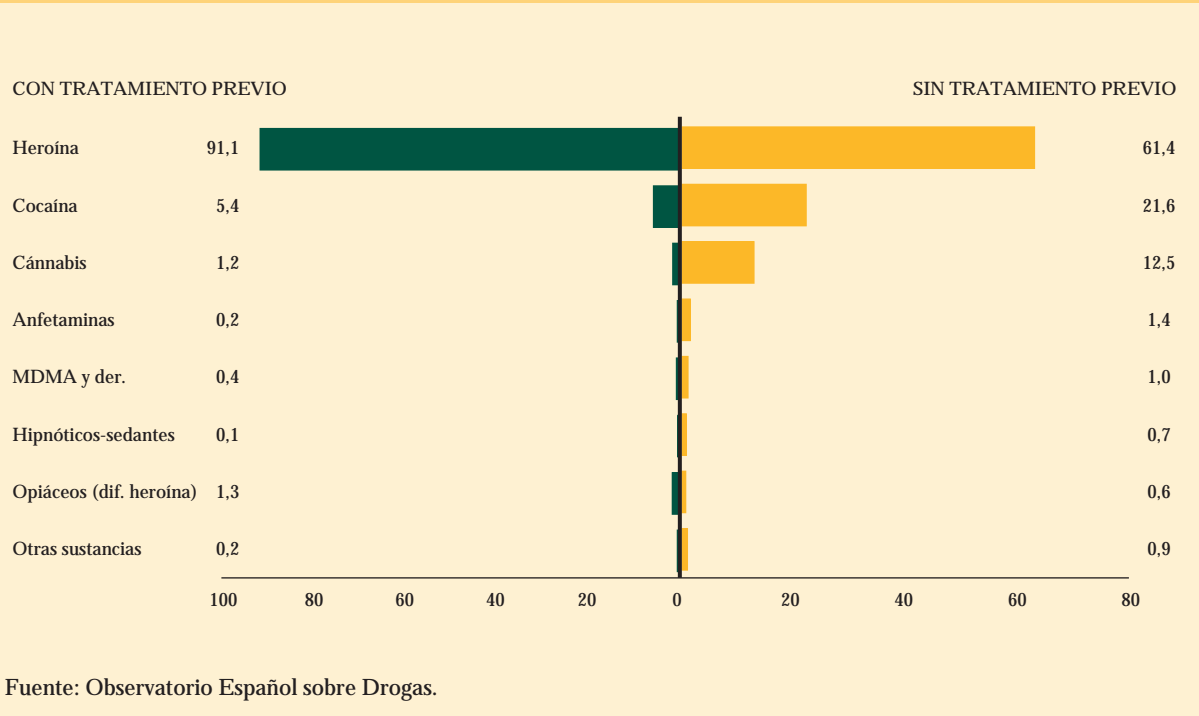


Figura 3.4. Droga que motiva el tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (porcentajes). España 1998.



Exceptuando el cánnabis, con 2.879 admisiones a tratamiento durante 1998 (el 5,3%), las restantes sustancias tienen una escasa influencia asistencial. El consumo de otros opiáceos distintos a la heroína provocó el 1,1% de las admisiones registradas, las anfetaminas y los hipnosedantes un 0,6% respectivamente y el MDMA y sus derivados un 0,3%.

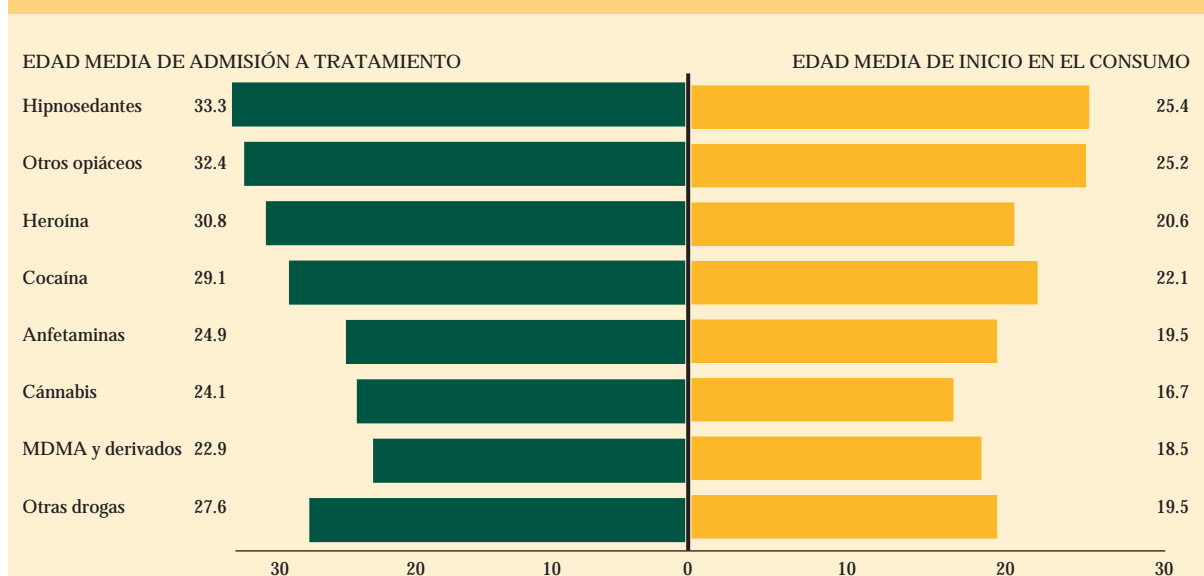
La gran mayoría (84,5%) de las personas admitidas a tratamiento durante 1998 fueron hombres (Tabla 3.1). La proporción más elevada de varones se observó entre las personas tratadas por cánnabis (88,9%) y cocaína (86,7%), y la más baja entre las personas tratadas por hipnóticos o sedantes (57,7%) (Tabla 3.2). Se observó una gran variación de la proporción de hombres y mujeres entre distintas Comunidades Autónomas. Algunas presentaron una proporción relativamente elevada de mujeres: Navarra (25,4%) y Aragón (23,8%).

La edad media de los tratados fue 30.2 años (28.7 en los casos sin tratamiento previo y 31.0 años en los tratados previamente). La gran mayoría de los admitidos a tratamiento estaban comprendidos entre los 20 y 35 años en el momento de ser admitidos, concentrándose

entre los 25 y 29 años la proporción más alta de casos (28,0%) (Tabla 3.1). La edad media más baja se observa en los admitidos a tratamiento por derivados de las feniletilaminas (22.9 años) y la más elevada entre los tratados por hipnóticos y sedantes (33.3 años) (Tabla 3.2) (Figura 3.5). Se observaron diferencias importantes entre Comunidades Autónomas con respecto a la edad media de las personas admitidas a tratamiento, oscilando entre los 32.3 años de Ceuta y los 28.1 de Murcia.

La mayoría de los admitidos a tratamiento (83,1%) habían completado un nivel de estudios de EGB o inferior. El nivel de estudios presentó diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo los niveles de estudios más altos a cocaína (30,4% con estudios de BUP o superiores completados) y cánnabis (30,2%), y los más bajos a heroína (14,1%). En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los admitidos a tratamiento estaban parados (54,4%), siendo la proporción de parados más elevada para los casos con tratamiento previo (58,9%) que para los admitidos por primera vez (46,6%). La proporción de parados presentó

Figura 3.5. Edad media de los admitidos a tratamiento y edad media de inicio en el consumo, según droga principal que motiva el tratamiento. España 1998.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo las cifras más alta a heroína (59,5%) y la más baja a cannabis (31,5%) (Tablas 3.1 y 3.2).

La edad media de inicio en el consumo de la droga principal fue 20.6 años para el conjunto de todos los casos captados por el indicador (Tabla 3.1). La mayoría de los casos habían iniciado el consumo entre los 15 y los 23 años. Por Comunidades Autónomas, Baleares presentó la edad de inicio más baja (19.9 años), y Ceuta la más elevada (23.9 años). Se observaron diferencias importantes en la edad media de inicio del consumo según la droga de admisión a tratamiento, correspondiendo la edad media de inicio más temprana a los admitidos por cannabis (16.7 años) o derivados de las feniletilaminas (18.5 años) y la más elevada a los admitidos por hipnóticos o sedantes (25.4 años) (Tabla 3.2) (Figura 3.5). Los casos registrados por el indicador tratamiento habían consumido por primera vez la droga principal 9.6 años antes de la admisión al tratamiento actual, presentando la menor antigüedad los tratados por derivados de las feniletilaminas (4.4 años), y la mayor los tratados por heroína (10.2 años). Para el conjunto de casos tratados por primera vez el tiempo medio de consumo fue 7.7 años.

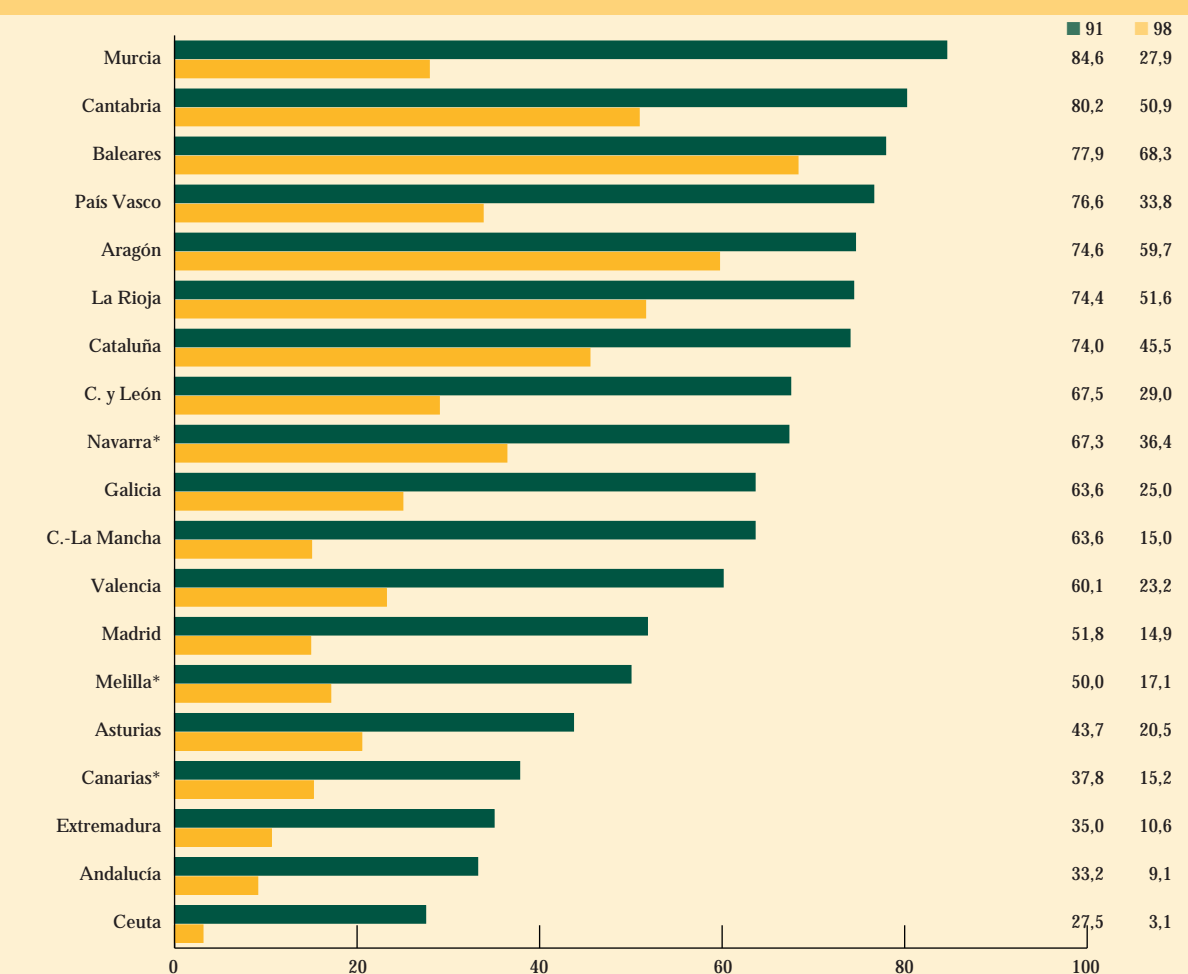
La vía pulmonar (fumada “en chinos” o en cigarrillos o pipa) fue la vía de administración más prevalente en el conjunto de todas las personas admitidas a tratamiento durante 1998 (58,0%). Entre las personas no tratadas previamente, la vía pulmonar fue utilizada por un 59,0% de los casos. Entre los casos previamente tratados por heroína, un 31,4% utilizó la vía parenteral y un 60,0% la pulmonar, mientras que entre los que no habían sido previamente tratados estos porcentajes fueron respectivamente de un 21,8% y de un 68,3%. Entre las personas admitidas a tratamiento por cocaína la proporción de las que utilizaron la vía parenteral fue mucho menor: 11,0% en los casos con tratamiento previo y 3,3% en los casos sin tratamiento previo (Tablas 3.1 y 3.2).

Se observan diferencias importantes en la vía de administración de las drogas entre Comunidades. Durante 1998 la vía inyectada fue utili-

zada por menos de un 20% de las personas admitidas a tratamiento en Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla, mientras que en otras Comunidades fue la vía de consumo claramente mayoritaria, estando por encima del 50% en Baleares, Cantabria, Aragón y La Rioja. Entre los casos sin tratamiento previo se mantiene el mismo patrón por comunidades, aunque con proporciones más bajas de utilización de la vía inyectada y mayores de la fumada (Figura 3.6). Por lo que respecta a la vía principal de administración de la heroína, la vía predominante es la pulmonar, aunque se mantiene un núcleo importante de personas que continúan consumiendo principalmente por vía parenteral (28,8%) (Tabla 3.2). Por Comunidades Autónomas, la vía pulmonar predomina en buena parte España, excepto en un grupo de Comunidades del nordeste (Cataluña, Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria, Rioja y País Vasco) (Figuras 3.6 y 3.7). Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, la vía principal de administración predominante es la intranasal (esnifada), incluso en Madrid, donde parece que hay problemas de codificación y seguramente hay que interpretar el término ambiguo “inhalaada” como esnifada (Tabla 3.2).

Desde que en 1991 el indicador tratamiento empezó a recoger la vía principal de consumo de la droga que motiva el tratamiento, se ha observado una importante evolución de la vía principal de administración de la heroína en el conjunto del Estado. Esta evolución se ha producido tanto en los casos tratados con anterioridad, en los que la vía inyectada pasó de un 74,7% en 1991 a un 31,4% en 1998, como en los no tratados previamente, en los que pasó de un 50,3% a un 21,8% durante el mismo período, aunque en los últimos años parece que el descenso se ha ralentizado. El descenso afecta a todas las Comunidades Autónomas (Figura 3.6). La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”, “fumar en chinos” o “fumar en plata”) (Figura 3.8). Este cambio se observa también en las personas tratadas por cocaína, en las que la proporción de admitidos a tratamiento que consumió la cocaína principalmente por vía inyectada pasó de un 25,7% en 1991 a un 5,6% en 1998.

Figura 3.6. Proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por heroína, cuya vía de administración más frecuente de esa drogas es la vía parenteral (%). España 1991-1998.



* En las CCAA de Navarra y Canarias y en la ciudad de Melilla se presentan los datos correspondientes a 1992 en lugar de los datos de 1991, bien porque en este año no se habían recogido (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Casi la mitad (47,5%) de los admitidos a tratamiento en 1998 no se habían inyectado nunca (*no-inyectores*), un 17,6% se habían inyectado alguna vez en la vida pero no el año previo a la admisión a tratamiento (*ex-inyectores*) y un 34,8% se habían inyectado el último año (*inyectores actuales*) (Tabla 3.1). Entre los admitidos a tratamiento por heroína, estas proporciones fueron del 39,1%, 20,4% y 40,5% respectivamente. Por lo que respecta a los admitidos a tratamiento por otras drogas, sólo se encuentra una proporción importante de personas que se han inyectado alguna vez (*inyectores actuales o ex-inyectores*) entre los

admitidos por opioides diferentes a la heroína (71,8%). Para el resto de las drogas la proporción de *no-inyectores* es muy elevada, encontrándose las proporciones más elevadas entre los admitidos por cánnabis (93,3%) y derivados de las finiletilaminas (86,7%) (Tabla 3.2). Por Comunidades Autónomas las mayores proporciones de *no-inyectores* se encuentran en las comunidades del sur.

Los tratados por una droga consumen con frecuencia otras drogas además de la principal. La validez y fiabilidad de esta información puede no ser, sin embargo, muy elevada. Entre

los admitidos a tratamiento por heroína en 1998 las drogas secundarias más utilizadas fueron la cocaína (68,2%), la cannabis (39,4%), hipnóticos o sedantes (27,5%) y alcohol (26,3%). Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, la heroína fue utilizada como droga secundaria en un 16,9% de los casos. Otras drogas secundarias utilizadas frecuentemente por estos casos fueron el alcohol (58,1%) y la cannabis (48,2%) (Tabla 3.2).

Un 62,1% de todos los admitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas durante 1998 refirieron que habían sido previamente trata-

dos por la droga principal, frente a un 62,1% en 1997, un 56,9% en 1996, un 47,5 en 1994 y un 43,9% en 1992. La proporción de casos que habían sido tratados previamente fue mucho más alta entre los tratados por heroína (70,5%) que entre los tratados por cocaína (29,9%) o cannabis (14,1%) (Tabla 3.2).

En cuanto al estado serológico frente al VIH de los admitidos a tratamiento, hay que señalar en primer lugar que la proporción de personas admitidas a tratamiento con estado serológico frente al VIH desconocido es muy elevada (42,1%), llegando a ser del 58,1% entre

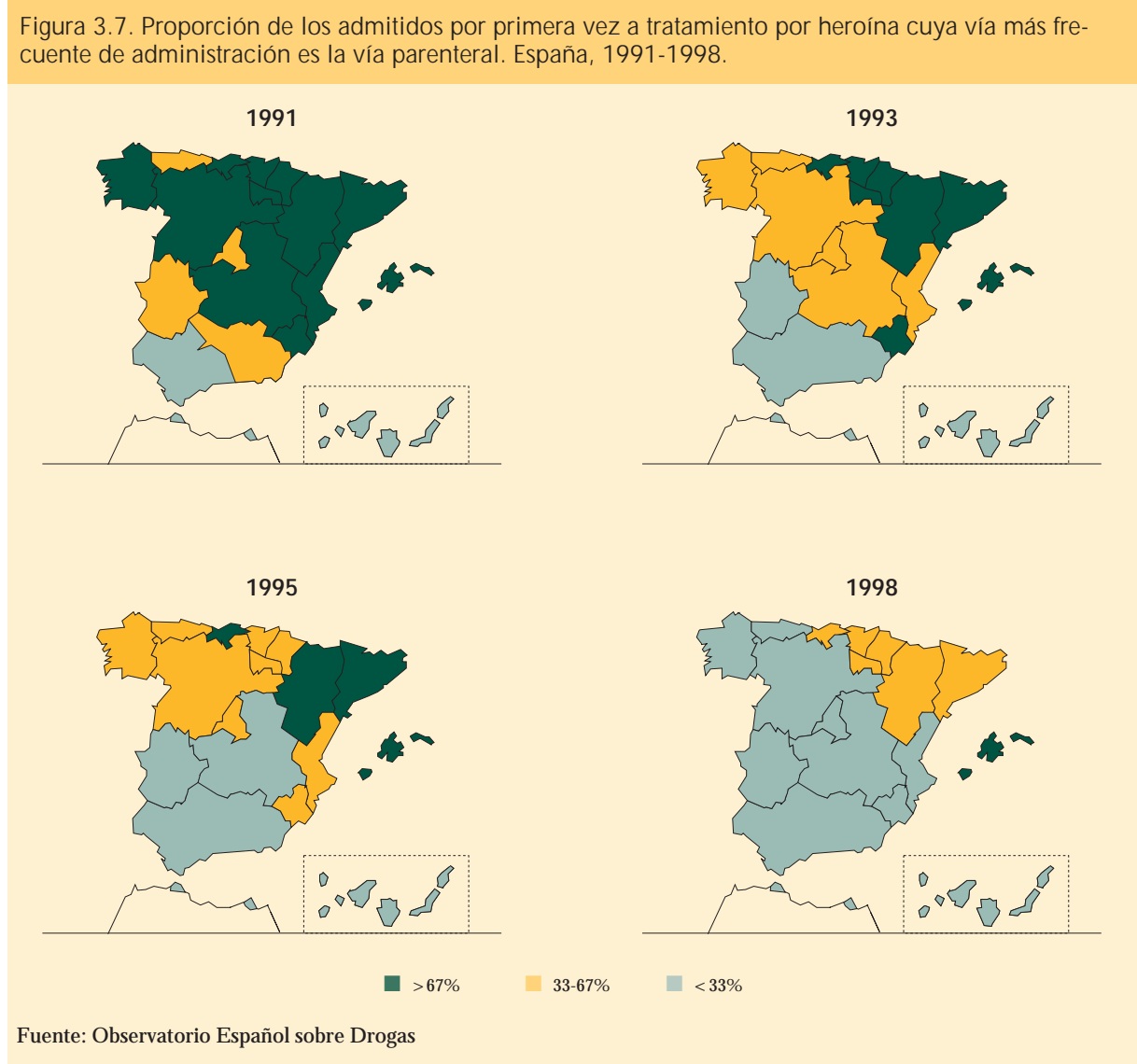
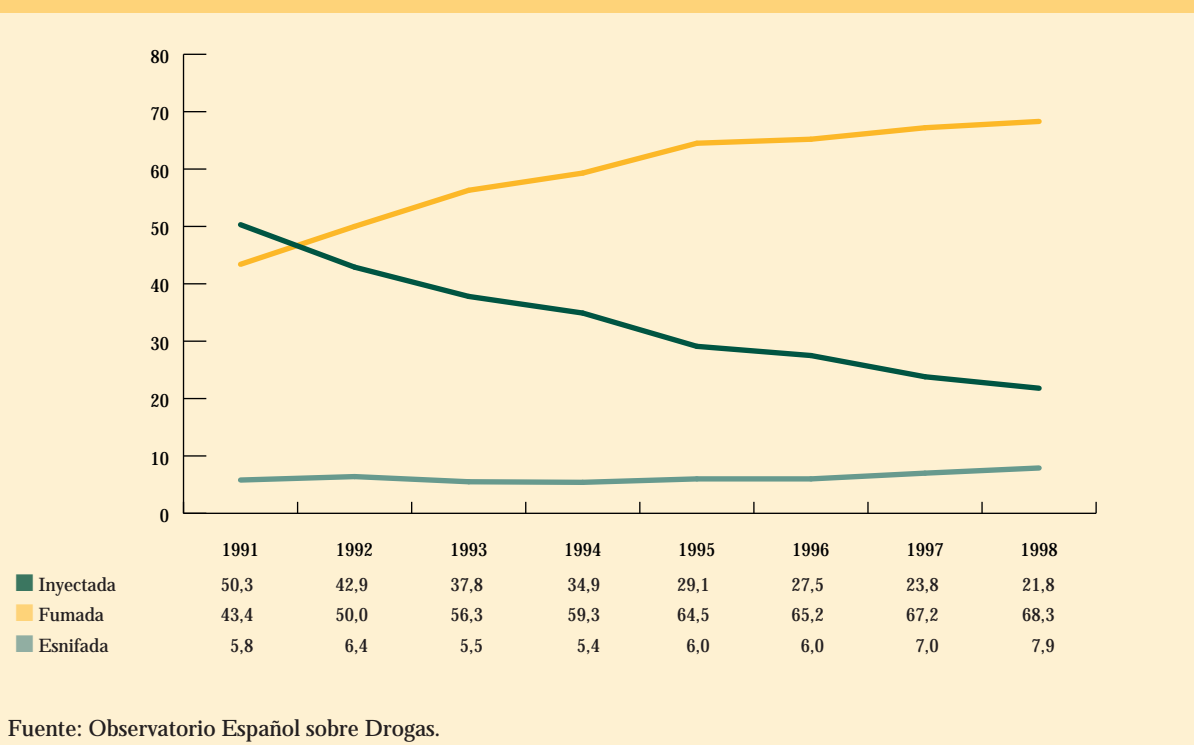


Figura 3.8. Distribución de los admitidos por primera vez a tratamiento por heroína según vía de administración de dicha droga. España, 1991-98.



los admitidos a tratamiento por primera vez, por lo que sus resultados han de tomarse con mucha cautela y ha de entenderse que las prevalencias de infección por VIH (positivos) que figuran a continuación son prevalencias mínimas (al menos ese porcentaje está infectado). Teniendo esto en cuenta, la prevalencia de infección por VIH más elevada se encontró entre los admitidos a tratamiento por otros opiáceos distintos de la heroína (22,2%) y por heroína (17,2%) y la más baja entre los admitidos por derivados de las feniletilaminas (1,9%) o por cánnabis (1,9%). La prevalencia es mucho más elevada entre las personas con tratamiento previo que en las admitidas a tratamiento por primera vez. Por ejemplo, para la heroína, las cifras son de 19,2% entre los tratados previamente y 12,2% entre los tratados por primera vez (Tablas 3.1 y 3.2).

2. ESTUDIO DE DISPENSACIÓN CONTROLADA DE LAAM

En el *Informe n° 2* del OED se hacía referencia al desarrollo de una experiencia de dispensación controlada con levo-alfa-acetil-metadol (LAAM) que, a instancias de la Comisión de Agonistas del Plan Nacional sobre Drogas, se desarrolló entre noviembre de 1998 y marzo de 1999 con el objetivo de evaluar la introducción de este fármaco agonista como una nueva modalidad terapéutica. En la experiencia, cuya aplicación se ha realizado bajo la supervisión de los Planes Autonómicos de las trece Comunidades Autónomas participantes (Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia), han colaborado un total de 23 centros asistenciales.

Los participantes en el estudio debían ajustarse a unos criterios de selección consistentes en ser consumidores de opiáceos con edades comprendidas entre los 18 y 45 años, encontrarse en tratamiento previo con metadona o ser admitidos en la experiencia directamente. El número final de pacientes participantes en la experiencia fue de 206, cuyas características sociodemográficas se recogen en la Tabla 3.3.

Los hábitos de consumo de estos pacientes, todos ellos consumidores de opiáceos, apare-

Tabla 3.3. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM. España, 1998-1999.

| | Porcentajes |
|---------------------------------|-------------|
| Sexo | |
| Hombre | 79,4 |
| Mujer | 20,6 |
| Grupo de edad (años) | |
| > 25 | 4,4 |
| 25 - 29 | 16,1 |
| 30 - 34 | 31,7 |
| 35 - 39 | 26,3 |
| 40 - 44 | 18,5 |
| ≥ 45 | 2,9 |
| Edad media (años) | 34 |
| Situación laboral | |
| Trabajando | 31,1 |
| Parado | 60,7 |
| Otros | 8,3 |
| Nivel máximo de estudios | |
| Primario | 68,0 |
| Secundario | 28,6 |
| Superior | 2,9 |
| Otros | 0,5 |
| Estado civil | |
| Soltero | 59,9 |
| Casado | 17,3 |
| Separado | 14,2 |
| Divorciado | 5,6 |
| Viudo | 1,5 |
| Otros | 1,5 |
| Situación de convivencia | |
| Domicilio propio | 29,0 |
| Domicilio familiar | 65,0 |
| Sin domicilio fijo | 3,0 |
| Otros | 3,0 |

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

cen reflejados en la Tabla 3.4. Se trata mayoritariamente de consumidores de heroína (un 94,2%), cuya vía de administración principal es en el 70,3% de los casos la inhalada/fumada/esnifada y con una antigüedad media en el consumo de la droga principal de 11 años. Res-

Tabla 3.4. Características de consumo de los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM. España, 1998.

| | Porcentajes |
|--|-------------|
| Sustancia principal de consumo* | |
| Heroína | 94,2 |
| Otros opiáceos | 5,8 |
| Vía de administración | |
| Fumada/inhalada/esnifada | 70,3 |
| Inyectada | 29,7 |
| Años de consumo | |
| 5 ó menos | 10,7 |
| 5 a 10 años | 35,2 |
| 10 a 15 años | 30,1 |
| Más de 15 años | 24,0 |
| Número medio de años de consumo de la droga principal | 11 años |
| Otras drogas consumidas antes del tratamiento** | |
| Otros opiáceos | 2,0 |
| Cocaína sin especificar | 74,2 |
| Base libre de cocaína (crack) | 9,9 |
| Anfetaminas | 6,0 |
| MDMA y derivados | 1,3 |
| Hipnóticos y sedantes | 23,2 |
| Cánnabis | 41,7 |
| Alcohol | 15,2 |
| Otras sustancias | 4,6 |
| Consumo actual de otras drogas** | |
| Otros opiáceos | 0,9 |
| Cocaína sin especificar | 51,3 |
| Base libre de cocaína (crack) | 10,4 |
| Anfetaminas | 2,6 |
| Hipnóticos y sedantes | 20,9 |
| Cánnabis | 36,5 |
| Alcohol | 17,4 |

* En la categoría "otros opiáceos" están incluidos los casos en los que la droga principal no estaba especificada. En la categoría "heroína" están incluidos los casos en los que la droga principal especificada era heroína+ cocaína.

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

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

pecto a las otras drogas consumidas antes del inicio del tratamiento destacan la cocaína (en el 84,1% de los casos) y el cánnabis (41,7%), que son precisamente las drogas que de forma más habitual, aunque en porcentajes inferiores, han continuado consumiéndose después de iniciado el tratamiento (Figura 3.9).

La procedencia de los pacientes participantes en el estudio fue mayoritariamente la derivación desde programas de mantenimiento con metadona (80,8% de los casos), de los cuales el 56,1% llevaba más de un año de tratamiento (Tabla 3.5). Los recursos asistenciales más utilizados por estos sujetos fueron los centros de atención a las drogodependencias (88,2%), las comunidades terapéuticas (35%) y los unidades hospitalarias de desintoxicación (32%).

Tabla 3.5. Procedencia de los pacientes y recursos asistenciales utilizados por los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM. España, 1998-1999.

| | Porcentajes |
|---|-------------|
| Derivado de PMM | |
| Sí | 80,8 |
| No | 19,2 |
| Tiempo que permaneció en un PMM | |
| Menos de 3 meses | 16,3 |
| De 3 meses a 1 año | 27,6 |
| De 1 a 2 años | 23,6 |
| Más de 2 años | 32,5 |
| Tipo de recursos asistenciales utilizados | |
| CAD | 88,2 |
| CT | 35,0 |
| UDH | 32,0 |
| Otros recursos | 15,3 |

PMM: Programa de mantenimiento con metadona.
CAD: Centro de atención drogodependencias.
CT: Centro tratamiento.
UDH: Unidad desintoxicación hospitalaria.

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

Por lo que se refiere al estado serológico frente al VIH, VHC y VHB, señalar que la infección por VIH era del 21,2% y del 59,5% frente al VHC (existiendo para ambos valores un total de seis casos con resultados desconocidos). La prevalencia de HB era de un 31,5% (Tabla 3.6). Destacar que la actitud adoptada

por los pacientes frente a los factores de riesgo sanitario más extendidas han consistido en el abandono de la vía parenteral y el uso de preservativos en sus relaciones sexuales (Tabla 3.6).

Tabla 3.6. Actitud frente a factores de riesgo y estado serológico frente al VIH y VHC de los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM. España, 1998-1999.

| | Porcentajes |
|-------------------------------------|-------------|
| Estado serológico frente al VIH | |
| Positivo | 21,2 |
| Negativo | 78,8 |
| Estado serológico frente al VHC | |
| Positivo | 59,5 |
| Negativo | 40,5 |
| Estado serológico frente al HB | |
| Positivo | 31,5 |
| Negativo | 68,5 |
| Actitud frente a factores de riesgo | |
| Abandono vía parenteral | 85,6 |
| Uso preservativos | 73,9 |

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

La valoración del tratamiento con el LAAM que los propios pacientes participantes en el mismo realizan a los 45 y 90 días de su inicio (Tabla 3.7), permite extraer las siguientes conclusiones:

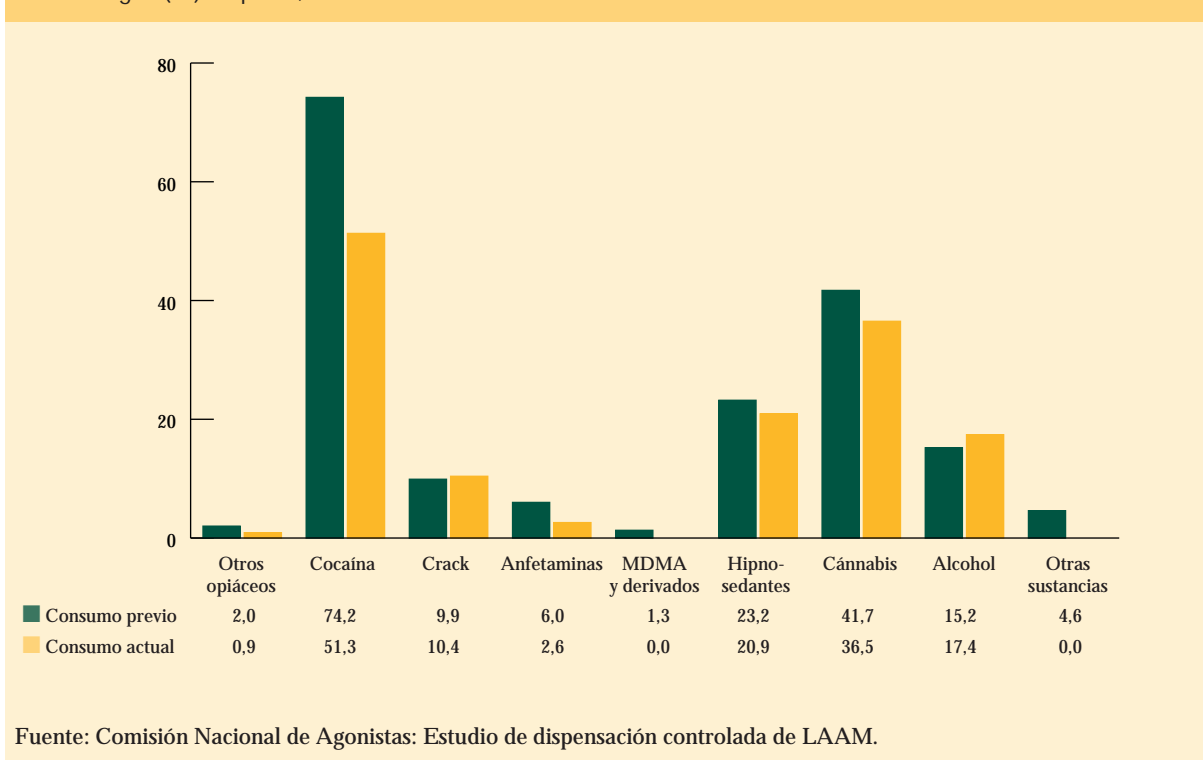
- Los pacientes participantes en el estudio manifiestan en porcentajes que oscilan entre el 79,8% y el 82,1%, a los 45 y 90 días respectivamente, un mayor grado de confortabilidad con respecto a los programas de mantenimiento con metadona o al no tratamiento.
- Los pacientes manifestaron experimentar con el LAAM una mayor seguridad en la abstinencia frente al consumo en porcentajes que oscilan entre el 62,2% y el 69,3% a los 45 y 90 días.
- Por su parte, el deseo de consumo (*craving*) mejoró a los 90 días en el 72,8% de los casos, así como las relaciones sociales y familiares (en el 65% de los casos) y la actividad laboral (en el 56,6%).

Tabla 3.7. Valoración del tratamiento de LAAM por los pacientes participantes a los 45 y 90 días de iniciar el tratamiento (porcentajes). España, 1998-1999.

| | Mucho peor | Peor | Igual | Mejor | Mucho mejor |
|------------------------|------------|------|-------|-------|-------------|
| Período 45 días | | | | | |
| Confortabilidad | 0,0 | 4,9 | 15,3 | 49,1 | 30,7 |
| Seguridad | 0,0 | 5,5 | 32,3 | 45,1 | 17,1 |
| Deseo de consumo | 1,2 | 5,5 | 35,4 | 37,8 | 20,1 |
| R. sociofamiliares | 0,0 | 5,5 | 47,6 | 28,0 | 18,9 |
| Actividad laboral | 0,6 | 5,8 | 56,1 | 22,6 | 14,8 |
| Somnolencia | 3,7 | 15,5 | 46,6 | 23,6 | 10,6 |
| Actividad sexual | 1,9 | 8,3 | 63,7 | 19,7 | 6,4 |
| Período 90 días | | | | | |
| Confortabilidad | 0,0 | 3,8 | 14,1 | 38,5 | 43,6 |
| Seguridad | 0,0 | 9,0 | 21,8 | 38,5 | 30,8 |
| Deseo de consumo | 0,0 | 2,6 | 24,7 | 41,6 | 31,2 |
| R. sociofamiliares | 1,3 | 5,2 | 28,6 | 29,9 | 35,1 |
| Actividad laboral | 1,3 | 5,3 | 36,8 | 26,3 | 30,3 |
| Somnolencia | 2,6 | 17,9 | 34,6 | 19,2 | 25,6 |
| Actividad sexual | 5,3 | 14,7 | 50,7 | 16,0 | 13,3 |

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

Figura 3.9. Casos admitidos en el estudio de dispensación controlada de LAAM, según consumo de otras drogas (%). España, 1998-1999.



Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

- A los 90 días un 44,8% de los pacientes refiere que la sensación de somnolencia ha mejorado y un 29,3% mejoras en su actividad sexual.
- Finalmente, una amplia mayoría (el 92,7%) de los participantes indica la ausencia de síndrome de abstinencia a los 90 días de permanencia en el tratamiento.

Respecto a la aparición de efectos secundarios coincidiendo con el inicio del tratamiento (Tabla 3.8) los más frecuentes fueron el estreñimiento (45%), el insomnio (32%), la ansiedad (27%), la anorexia (27%) y ciertos síntomas asociados al síndrome de abstinencia

(27%), como la midriasis, rinorrea, sudoración y lacrimo. A los 90 días de iniciado el tratamiento estos efectos secundarios han mejorado sustancialmente, reduciéndose el estreñimiento, el insomnio, la ansiedad, la anorexia y la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia hasta porcentajes del 35,4%, 15,7%, 13,3%, 14,5% y el 7,3% respectivamente (Tabla 3.9).

No se apreciaron cambios significativos en las cifras de la función hepática ni cambios destacables en la bioquímica general. En los pacientes con patologías previas (VHB, VHC, VIH, etc) no se observó deterioro físico ni variaciones en sus valores analíticos.

Tabla 3.8. Aparición de efectos secundarios en los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM al inicio del estudio. España, 1998-1999.

| | Porcentajes |
|--|-------------|
| SAO (síndrome de abstinencia a opiáceos) | 27,5 |
| Ansiedad | 27,5 |
| Anorexia | 17,0 |
| Estreñimiento | 45,0 |
| Cefaleas | 15,8 |
| Insomnio | 32,0 |
| Hipersomnia | 14,1 |
| Irritabilidad | 16,4 |
| Sedación | 12,4 |
| Náuseas | 10,5 |
| Vómitos | 5,9 |
| Impotencia | 8,6 |
| Eyaculación retardada | 10,4 |
| Pérdida de peso | 8,4 |
| Otros | 17,9 |

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

Tabla 3.9. Aparición de efectos secundarios en los casos admitidos a tratamiento en el estudio de dispensación controlada de LAAM a los 90 días de empezar el tratamiento. España, 1998-1999.

| | Porcentajes |
|--|-------------|
| SAO (síndrome de abstinencia a opiáceos) | 7,3 |
| Ansiedad | 13,3 |
| Anorexia | 14,5 |
| Estreñimiento | 35,4 |
| Cefaleas | 4,8 |
| Insomnio | 15,7 |
| Hipersomnia | 16,9 |
| Irritabilidad | 9,6 |
| Sedación | 9,6 |
| Náuseas | 2,4 |
| Vómitos | 1,2 |
| Impotencia | 11,1 |
| Eyaculación retardada | 13,3 |
| Pérdida de peso | 7,6 |
| Otros | 15,6 |

Fuente: Comisión Nacional de Agonistas: Estudio de dispensación controlada de LAAM.

3. INDICADORES SANITARIOS

Indicador urgencias

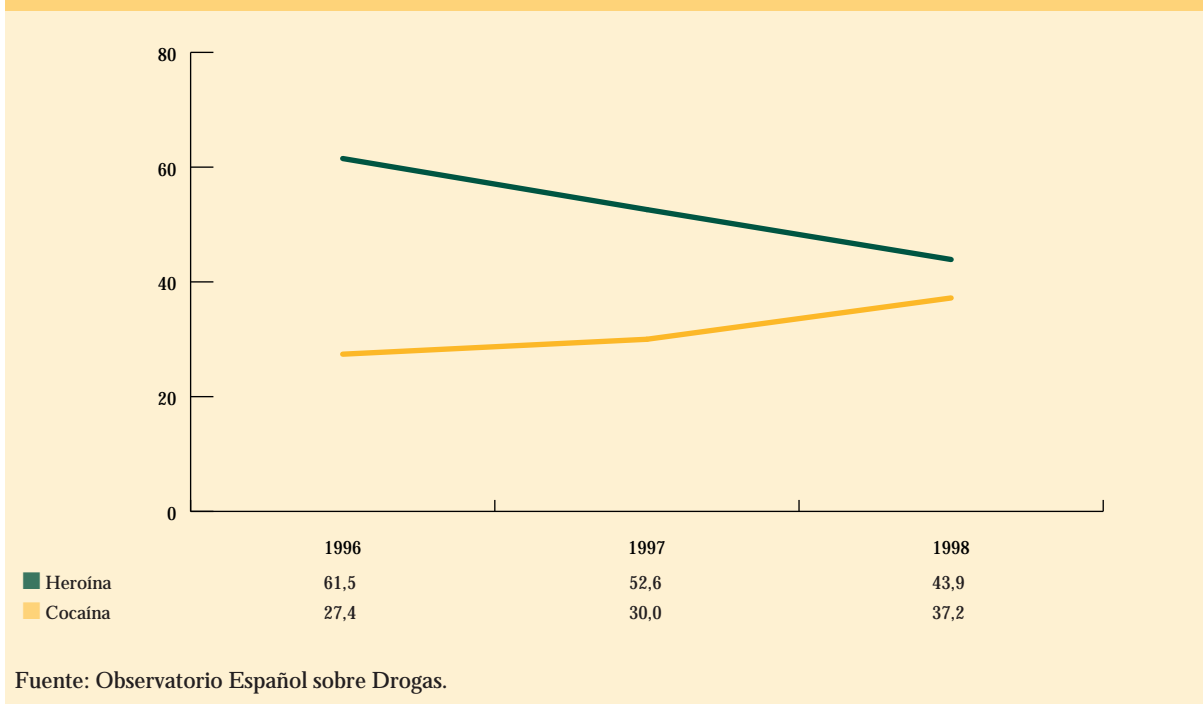
El indicador urgencias recogió en 1998 un total de 2.099 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 51 hospitales de 11 Comunidades, habiéndose limitado la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente. Hay que tener en cuenta que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo y que hay algunos problemas de inestabilidad de la cobertura, por lo que los datos no son comparables con los de años anteriores sin realizar un estudio profundo. Las variaciones de la cobertura del indicador urgencias no permiten establecer una comparación directa del número total de episodios de urgencias entre distintos años. Sin embargo, el indicador sí puede considerarse más útil para conocer las características de las personas que acudieron a los servicios de

urgencia por problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y también, en cierta forma, para validar la información de los indicadores tratamiento y mortalidad.

En 1998 las sustancias mencionadas con mayor frecuencia en los episodios de urgencia fueron la heroína (43,9% de los episodios), seguida de la cocaína (37,2%), hipnóticos o sedantes (26,2%) y de los opioides distintos de la heroína u opioides sin especificar (23,4%). Hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica y no de que la urgencia haya sido provocada por dichas drogas o esté relacionada con su consumo. Con respecto a 1996 y 1997 se observa una disminución importante de las menciones de heroína (52,6% en 1997) y un aumento importante de las menciones de cocaína (30,0% en 1997). También se aprecia un cierto aumento de la mención de hipnóticos y sedantes (21,6% en 1997). (Figura 3.10) (Tabla 3.10).

Se observaron importantes diferencias según Comunidad Autónoma, en cuanto a las drogas mencionadas en los episodios de urgencia. Por ejemplo, la proporción de menciones de cocaína

Figura 3.10. Evolución de la proporción de episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en que se mencionó heroína o cocaína. España, 1996-98.



na fue muy elevada en Cataluña (52,1%), Madrid (47,4%) y Canarias (46,9%) y baja en Asturias (12,2%) y La Rioja (0%). Se desconoce en qué medida estas diferencias son reales, o se deben simplemente al azar o a diferentes hábitos de los médicos a la hora de cumplimentar la historia clínica o de las personas encargadas de recoger la información. Al igual que sucedía con las sustancias psicoactivas mencionadas, las sustancias relacionadas con la urgencia con mayor frecuencia fueron la heroína (39,0%), la cocaína (31,9%), los hipnóticos y sedantes (24,6%) y los opioides diferentes a

heroína (17,0%). A la hora de interpretar los datos hay que tener en cuenta que una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias psicoactivas. Considerando los datos del período 1996-1998 se aprecian las mismas tendencias que en el caso de las sustancias mencionadas (Tabla 3.10).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las sustancias mencionadas hay que tener en cuenta que esta variable presentó una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser toma-

Tabla 3.10. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (números absolutos edad media y porcentajes). España, 1996-1998.

| | 1996 | 1997 | 1998 |
|--|-------|-------|-------|
| Nº de episodios | 2.585 | 1.933 | 2.099 |
| Edad media (años) | 27,8 | 28,1 | 29,1 |
| Sexo (%) | | | |
| Hombres | 78,6 | 79,2 | 76,9 |
| Mujeres | 21,4 | 20,8 | 23,1 |
| Sustancias psicoactivas* (%) | | | |
| Heroína | 61,5 | 52,6 | 43,9 |
| Otros opiáceos | 17,3 | 26,2 | 23,4 |
| Cocaína | 27,4 | 30,0 | 37,2 |
| Anfetaminas | 3,1 | 3,3 | 3,4 |
| MDMA y derivados | 1,6 | 2,7 | 2,9 |
| Hipnóticos y sedantes | 25,8 | 21,6 | 26,2 |
| Cánnabis | 7,4 | 7,3 | 11,3 |
| Otras sustancias | 5,1 | 3,6 | 6,0 |
| Sustancias psicoactivas relacionadas (%) | | | |
| Heroína | 56,1 | 50,9 | 39,0 |
| Otros opiáceos | 13,5 | 17,4 | 17,0 |
| Cocaína | 19,9 | 25,0 | 31,9 |
| Anfetaminas | 2,2 | 2,9 | 3,0 |
| MDMA y derivados | 1,3 | 2,2 | 2,2 |
| Hipnóticos y sedantes | 23,6 | 18,9 | 24,6 |
| Cánnabis | 6,2 | 6,6 | 8,9 |
| Otras sustancias | 4,1 | 3,2 | 5,0 |
| Diagnóstico (%) | | | |
| Sobredosis o intoxicación aguda | 34,8 | 33,0 | 43,3 |
| Síndrome de abstinencia | 37,2 | 41,6 | 32,0 |
| R. orgánica aguda no infecciosa | 16,9 | 16,3 | 13,4 |
| Problemas psicopatológicos | 11,1 | 9,0 | 11,4 |
| Condición legal (%) | | | |
| Detenido | 14,4 | 22,3 | 11,7 |
| No detenido | 85,6 | 77,7 | 88,3 |
| Resolución urgencia (%) | | | |
| Alta médica | 80,5 | 82,0 | 81,2 |
| Alta voluntaria | 7,0 | 6,7 | 8,8 |
| Ingreso hospitalario | 7,6 | 7,2 | 6,0 |
| Muerte en urgencias | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Traslado a otro centro | 4,8 | 4,1 | 3,9 |

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

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

dos con bastante cautela. En los episodios con mención de heroína, la vía de administración habitual predominante fue la parenteral (50,6%) o la pulmonar (49,7%), y en los episodios con mención de cocaína la intranasal (39,6%), la parenteral (38,2%) o la pulmonar (26,2%). La vía pulmonar predominó en el caso de la cánnabis (95,4%) y la vía oral en los episodios con mención de derivados de las feniletilaminas (100%), hipnóticos o sedantes (99,6%), anfetaminas (95,8%) y “otras sustancias psicoactivas” (93,9%). Si se estudian las tendencias del período 1996-98, se observa que en el caso de la heroína ha disminuido el uso de la vía parenteral (62,1% en 1996 y 56,6% en 1997) y ha aumentado el uso de la vía pulmonar (36,7% en 1996 y 40,8% en 1997). Con respecto a la cocaína las tendencias son menos claras, pero parece existir una tendencia a la disminución del uso de la vía parenteral (50,4% en 1996 y 34,3% en 1997).

Los varones constituyeron la mayor parte de las personas atendidas con urgencias por reac-

ción aguda a sustancias psicoactivas (76,9%), proporción inferior a la de los indicadores tratamiento (84,5%) y mortalidad (88,1%). Según la droga mencionada en la urgencia, el porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnóticos o sedantes (34,1%) y MDMA y similares (26,8%) (Tabla 3.11).

La edad media de todas las personas atendidas por episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fue 29.1 años, con una tendencia al aumento durante el período 1996-98 (Tabla 3.10). Las personas con episodios en los que se menciona derivados de las feniletilaminas fueron las que presentaron una edad media más baja (23.8 años), seguidas de las atendidas por anfetaminas (24.6 años) y la cánnabis (24.6 años). Por su parte, las personas con una edad media más alta fueron aquéllas con episodios en las que se mencionaba hipnóticos o sedantes (30.7 años) u opioides diferentes a la heroína (30.0 años) (Tabla 3.11).

Tabla 3.11. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según las sustancias mencionadas (números absolutos edad media y porcentajes). España, 1998.

| | Heroína | Cocaína | MDMA y der. | Cánnabis | | | | |
|---------------------------------|----------------|---------|-------------|---------------|-------|------|------|------|
| | Otros opiáceos | | Anfetaminas | Hipnosedantes | Otras | | | |
| Nº de episodios | 873 | 464 | 740 | 68 | 57 | 520 | 224 | 119 |
| Edad media (años) | 29.3 | 30.0 | 28.4 | 24.6 | 23.8 | 30.7 | 24.6 | 26.7 |
| Sexo (%) | | | | | | | | |
| Hombres | 80,2 | 79,7 | 80,2 | 79,4 | 73,2 | 65,9 | 81,6 | 68,6 |
| Mujeres | 19,8 | 20,3 | 19,8 | 20,6 | 26,8 | 34,1 | 18,4 | 31,4 |
| Diagnóstico (%) | | | | | | | | |
| Sobredosis o intoxicación aguda | 36,8 | 40,4 | 46,4 | 48,5 | 50,0 | 74,2 | 44,8 | 62,6 |
| Síndrome de abstinencia | 42,4 | 44,8 | 19,1 | 10,3 | 8,9 | 10,5 | 9,4 | 8,7 |
| R. orgánica aguda no infecciosa | 13,4 | 9,2 | 18,8 | 16,2 | 16,1 | 4,6 | 18,4 | 5,2 |
| Problemas psicopatológicos | 7,4 | 5,7 | 15,8 | 25,0 | 25,0 | 10,7 | 27,4 | 23,5 |
| Condición legal (%) | | | | | | | | |
| Detenido | 17,1 | 14,4 | 8,9 | 2,9 | 1,8 | 7,9 | 3,6 | 2,5 |
| No detenido | 82,9 | 85,6 | 91,1 | 97,1 | 98,2 | 92,1 | 96,4 | 97,5 |
| Resolución urgencia (%) | | | | | | | | |
| Alta médica | 81,2 | 78,6 | 79,1 | 83,8 | 75,4 | 76,7 | 79,5 | 80,4 |
| Alta voluntaria | 9,2 | 11,5 | 9,8 | 4,4 | 3,5 | 10,0 | 7,8 | 2,7 |
| Ingreso hospitalario | 6,5 | 6,6 | 6,3 | 10,3 | 8,8 | 7,8 | 7,3 | 7,1 |
| Muerte en urgencias | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Traslado a otro centro | 3,1 | 3,1 | 4,8 | 1,5 | 12,3 | 5,5 | 5,5 | 9,8 |

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

La clasificación diagnóstica que se efectúa en el indicador es muy somera (sólo cinco categorías). La sobredosis o intoxicación aguda (43,3%) y el síndrome de abstinencia (32,0%) fueron los diagnósticos más frecuentes en los episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas (Tablas 3.10 y 3.11). Hay que tener en cuenta que el indicador no incluye los episodios indirectamente relacionados con el consumo de estas sustancias, como, por ejemplo, los problemas infecciosos o los accidentes.

La mayoría de las urgencias se resolvieron con alta médica (81,2%). Sólo una urgencia en que se mencionó consumo de opiáceos diferentes a heroína se resolvió con la muerte del paciente en el servicio de urgencias. Un 6,0% precisaron ingreso hospitalario y en un 3,9% de los episodios el paciente fue trasladado a otro hospital para valoración y/o tratamiento. Estratificando según las sustancias mencionadas, se observa que la mayor proporción de ingresos hospitalarios se produjo en el caso de las anfetaminas (10,3%) y el MDMA y similares (8,8%) (Tablas 3.10 y 3.11). A la hora de interpretar los datos hay que tener en cuenta que es probable que una proporción importante de los episodios que generan ingresos hospitalarios se pierda, principalmente porque la historia no se encuentra en el archivo de urgencias en el momento de realizar la revisión.

Casos de sida asociados al consumo de drogas por vía intravenosa

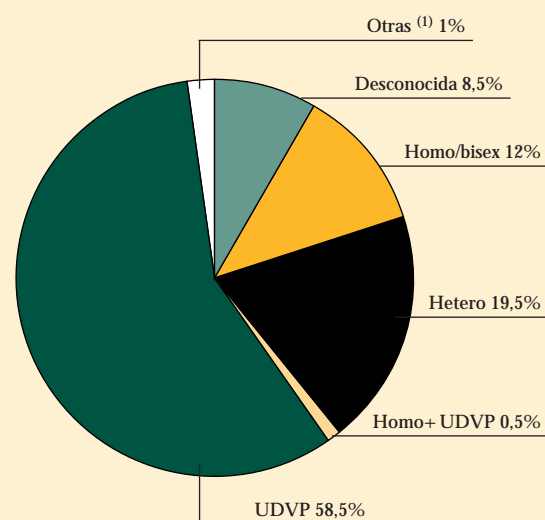
Los datos aportados por el Registro Nacional de Sida, facilitados por el Centro de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), confirman el descenso por quinto año consecutivo en el número de casos de sida diagnosticados en España. Desde 1994, año en el que se alcanzó el máximo histórico de casos diagnosticados (7.282), hasta 1999 se ha producido un descenso del 61,5% en el número de nuevos casos. Este proceso es atribuible fundamentalmente a los avances registrados en las estrategias preventivas (en particular con el progresivo abandono de la vía intravenosa por parte de un amplio sector de consumidores de opiáceos) y las mejoras en las terapias antirretrovirales.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 1999 se han notificado al Registro Nacional de Sida un total de 56.491 casos, de los que un 55% se corresponde con personas fallecidas.

Durante 1999 se diagnosticaron en España un total de 2.802 nuevos casos de sida (estimación corregida por retraso en las notificaciones), cifra que supone una reducción de un 19% con respecto a 1998. Las principales características sociodemográficas de los nuevos casos de sida diagnosticados en 1999 (que no necesariamente se corresponden con las nuevas infecciones por VIH) son las siguientes (Figura 3.11):

- El 88% de los casos son hombres.
- La edad media de diagnóstico se elevó hasta los 37,1 años.
- La vía de transmisión más frecuente continúa siendo la de usuarios de drogas por vía parenteral, identificada en el 58,5% de los casos, seguida por la transmisión heterosexual (19,5%) y homosexual/bisexual (12%).

Figura 3.11. Casos de sida diagnosticados en España en 1998-1999. Distribución según la categoría de transmisión. Registro Nacional de Sida.



(1) Hemoderivados + transfusiones + madre/hijo

El análisis de la evolución temporal de las distintas categorías de transmisión del sida (Tabla 3.12), permite comprobar que el descenso de nuevos casos de sida registrado en el período 1995/99 se ha producido en todas las categorías de transmisión a lo largo de los años incluidos en este período, con la única excepción del incremento que se registró en 1999 en la categoría de transfusiones, que crece con respecto a 1998.

Por lo que se refiere a la evolución de casos de sida diagnosticados entre usuarios de drogas por vía parenteral, hay que señalar que en 1999 se ha reducido el peso de esta vía de infección con respecto a 1998 (un 58,5% en 1999 frente al 58,9% en 1998), a pesar de con-

tinuar siendo la vía de infección mayoritaria (Figura 3.12).

El peso de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en el total de 56.491 casos de sida diagnosticados desde 1981 hasta el 31 de diciembre de 1999 difiere sustancialmente de unas Comunidades Autónomas a otras (Tabla 3.13). Las Comunidades del País Vasco (75,4%), Extremadura (72,2%), Ceuta (72,1%), Andalucía (71,9%) y Navarra (71,5%) son las que registran porcentajes más altos de sida entre UDVP. Los más bajos los registran las Comunidades de Canarias (33,2%), Baleares (50,8%), Murcia (55,9%), y Cataluña (56,5%).

Tabla 3.12. Evolución de los casos de sida en España. Datos anuales corregidos por retraso en la notificación. Números y porcentaje por categoría de transmisión, según el año de diagnóstico. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 31 de diciembre de 1999.

| | Homo/bisexual | UDVP+homosex. UDVP ¹ | UDVP+homosex. Hemoderivados | Transfusión Madre-hijo | Heterosexual Desconocida | TOTAL | | | |
|-------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------|-------|-----|-------|
| 1981 | 1 | | | | | 1 | | | |
| 1982 | 1 | 1 | 2 | | | 4 | | | |
| 1983 | 4 | 4 | 1 | 4 | 2 | 15 | | | |
| 1984 | 11 | 18 | 2 | 12 | 1 | 5 | 50 | | |
| 1985 | 37 | 94 | 14 | 18 | 1 | 6 | 2 | 2 | 174 |
| 1986 | 88 | 275 | 29 | 43 | 9 | 23 | 15 | 8 | 490 |
| 1987 | 209 | 670 | 34 | 47 | 19 | 32 | 45 | 25 | 1.081 |
| 1988 | 340 | 1.526 | 41 | 77 | 31 | 90 | 93 | 53 | 2.251 |
| 1989 | 515 | 2.063 | 80 | 85 | 31 | 88 | 181 | 80 | 3.123 |
| 1990 | 586 | 2.584 | 98 | 67 | 41 | 68 | 291 | 135 | 3.870 |
| 1991 | 698 | 2.939 | 81 | 76 | 44 | 84 | 376 | 227 | 4.525 |
| 1992 | 786 | 3.179 | 87 | 57 | 44 | 81 | 507 | 272 | 5.013 |
| 1993 | 796 | 3.458 | 71 | 56 | 30 | 84 | 632 | 302 | 5.429 |
| 1994 | 901 | 4.843 | 101 | 67 | 24 | 80 | 968 | 298 | 7.282 |
| 1995 | 938 | 4.497 | 79 | 56 | 21 | 80 | 1.007 | 289 | 6.967 |
| 1996 | 750 | 4.089 | 78 | 47 | 15 | 47 | 1.066 | 297 | 6.389 |
| 1997 ² | 521 | 2.916 | 54 | 23 | 14 | 37 | 844 | 270 | 4.679 |
| 1998 ² | 434 | 2.046 | 21 | 9 | 4 | 17 | 702 | 227 | 3.460 |
| 1999 ² | 335 | 1.637 | 15 | 7 | 6 | 16 | 547 | 239 | 2.802 |

1. Usuarios de droga por vía parenteral.

2. Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.

Figura 3.12. Evolución de los casos de sida entre usuarios de drogas por vía intravenosa. España, 1984-1999. Registro Nacional de Sida.

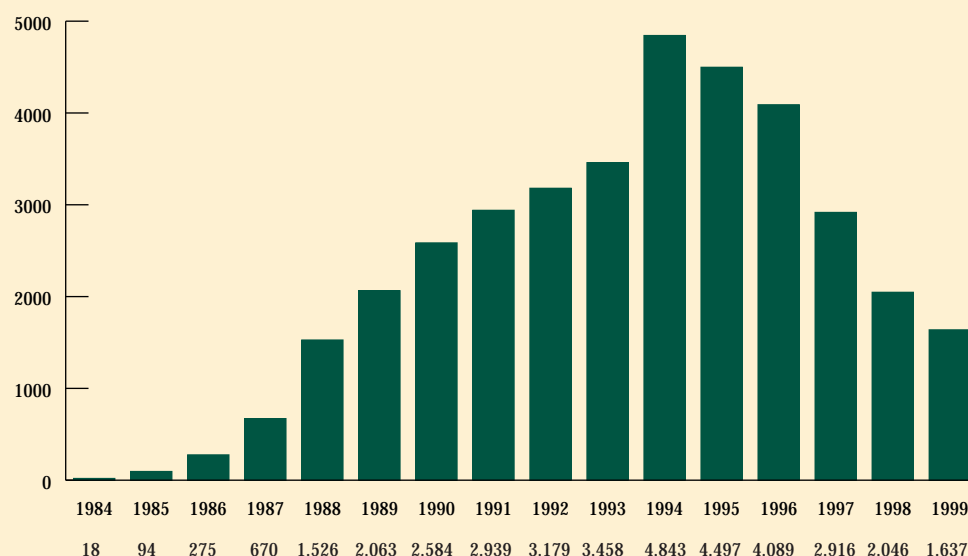


Tabla 3.13. Sida en España. Datos acumulados desde 1981, no corregidos por retraso en la notificación. Número y porcentaje entre usuarios de drogas por vía parenteral, según Comunidad Autónoma de residencia. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 31 de diciembre de 1999.

| COMUNIDADES AUTÓNOMAS | UDVP | | TOTAL | |
|-----------------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| | N | % | N | % |
| Andalucía | 5.580 | 71,9 | 7.760 | 100,0 |
| Aragón | 613 | 59,4 | 1.032 | 100,0 |
| Asturias | 609 | 61,8 | 985 | 100,0 |
| Baleares | 817 | 50,8 | 1.609 | 100,0 |
| Canarias | 475 | 33,2 | 1.341 | 100,0 |
| Cantabria | 357 | 67,2 | 531 | 100,0 |
| Castilla y León | 1.326 | 69,9 | 1.898 | 100,0 |
| Castilla-La Mancha | 651 | 66,6 | 977 | 100,0 |
| Cataluña | 6.985 | 56,5 | 12.359 | 100,0 |
| Comunidad Valenciana | 2.869 | 62,0 | 4.625 | 100,0 |
| Extremadura | 499 | 72,2 | 691 | 100,0 |
| Galicia | 1.822 | 67,6 | 2.695 | 100,0 |
| Madrid | 9.030 | 67,1 | 13.453 | 100,0 |
| Murcia | 539 | 55,9 | 964 | 100,0 |
| Navarra | 459 | 71,5 | 642 | 100,0 |
| País Vasco | 3.166 | 75,4 | 4.201 | 100,0 |
| La Rioja | 236 | 68,4 | 345 | 100,0 |
| Ceuta | 88 | 72,1 | 122 | 100,0 |
| Melilla | 38 | 64,4 | 59 | 100,0 |
| Extranjero | 63 | 31,2 | 202 | 100,0 |
| Total | 36.192 | 64,1 | 56.491 | 100,0 |

4

Control de la oferta de drogas



1. INDICADORES DE OFERTA DE DROGAS

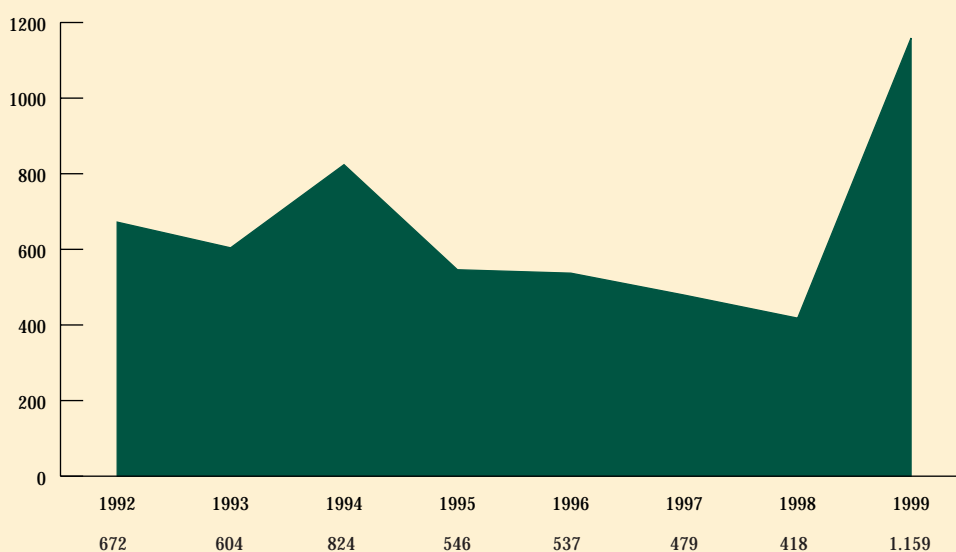
Sustancias intervenidas

Los datos aportados por la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) sobre las sustancias intervenidas en el conjunto del año 1999 confirman la enorme eficacia de las actuaciones desplegadas para la represión del tráfico ilícito de drogas a lo largo de ese período. Durante 1999 crecieron las incautaciones de las principales drogas con respecto a 1998,

en algunos casos como la heroína, el éxtasis o la cocaína, de manera importantísima.

En 1999 se registró un récord histórico en las cantidades de heroína incautadas (Figura 4.1), con 1.159 kgs., un volumen superior en un 177% al registrado en 1998. Las aprehensiones de heroína, que se habían mantenido estables en los últimos años, han experimentado un espectacular aumento en 1999, al haberse realizado las tres mayores incautaciones realizadas en España (operaciones "Carro", "Temple" y "Lockman").

Figura 4.1. Heroína incautada en España (kilos), 1992-1999.



Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

La cocaína incautada en 1999 alcanzó los 18.298 kilos, un volumen similar al máximo histórico alcanzado en España en 1997 y un 57% superior a la cocaína intervenida en 1998 (Figura 4.2). Debe señalarse que durante 1999 se produjeron importantísimas operaciones policiales ("Temple", "Cabezón", "Lubricante", etc.) que posibilitaron la incautación de grandes alijos. De hecho la denominada "Operación Temple" permitió incautar 12.827 kilos de cocaína.

El hachís continúa liderando las drogas incautadas en España con 435.153 kilos en 1999 (Figura 4.3), registrando un incremento del 1,6% en el volumen de las cantidades intervenidas en relación a 1998. Conviene tener presente que nuestro país constituye una de las más importantes vías de entrada de esta sustancia en el mercado europeo.

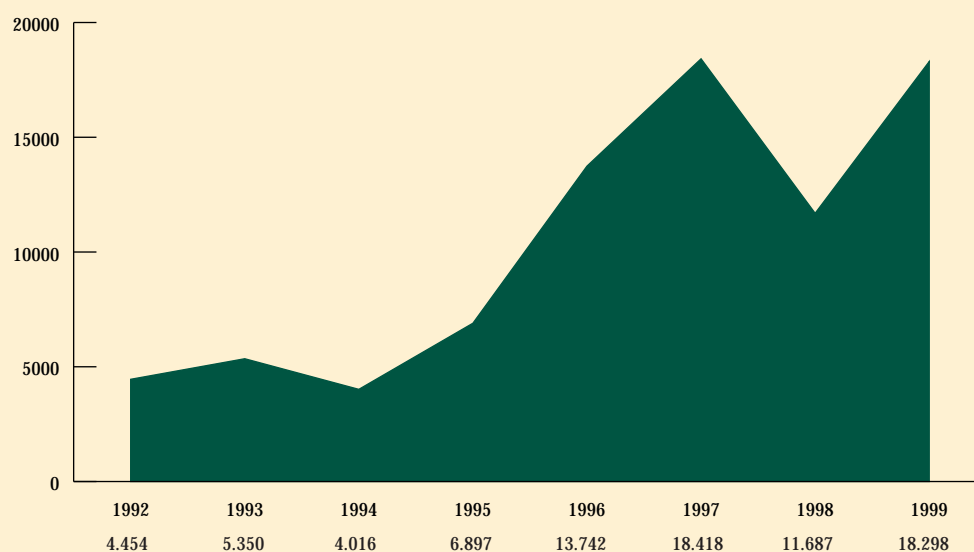
También las incautaciones de éxtasis han registrado en 1999 un crecimiento espectacular,

con un total de 359.096 unidades/pastillas intervenidas y un incremento del 85% con respecto a 1999. Por el contrario, las incautaciones de *speed*, 49 kgs., se redujeron en un 72% con respecto a 1998. Otro tanto cabe señalar respecto a las intervenciones de LSD, con 3.339 unidades (pastillas), que se redujeron en un 63% en relación al año precedente (Tabla 4.1 y Figuras 4.4, 4.5 y 4.6).

El número de decomisos practicados por sustancias en 1999 continúa estando liderado por los derivados del cánnabis (55.498), que representan el 60,57% del total, seguido por los cocaínicos (18.000) que suponen el 19,65% y los opiáceos (11.938) es decir, el 13,03%.

La distribución por Comunidades Autónomas de los decomisos practicados por sustancias confirma, tal como ocurriera en 1998, que Andalucía, Comunidad Valenciana, Cataluña y Canarias son las Comunidades que tienen mayor número de decomisos (Tabla 4.2).

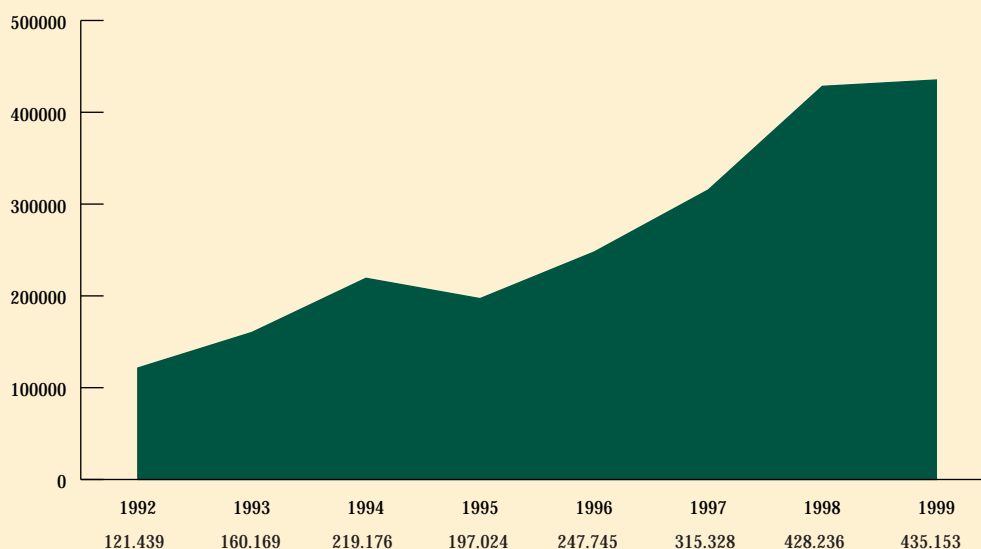
Figura 4.2. Cocaína incautada en España (kilos), 1992-1999.



Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Figura 4.3. Hachís incautado en España (kilos), 1992-1999.



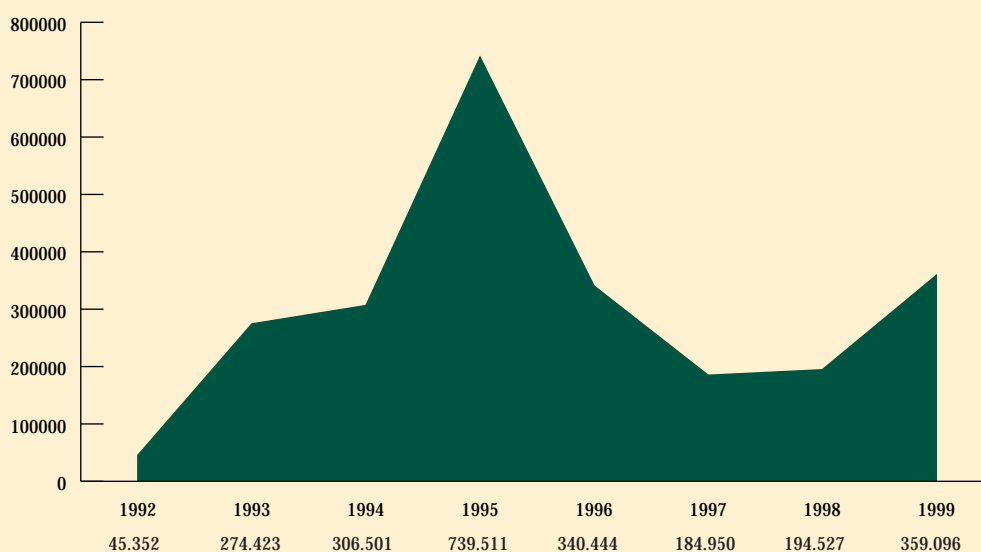
Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.
Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.1. Psicotrópicos incautados en España, 1992-1999.

| | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Éxtasis (unidades) | 45.352 | 274.423 | 306.501 | 739.511 | 340.444 | 184.950 | 194.527 | 359.096 |
| Speed (kg) | 22 | 34 | 31 | 35 | 53 | 119 | 177 | 49 |
| LSD (unidades) | 9.662 | 7.060 | 7.213 | 15.437 | 13.373 | 25.368 | 9.068 | 3.339 |

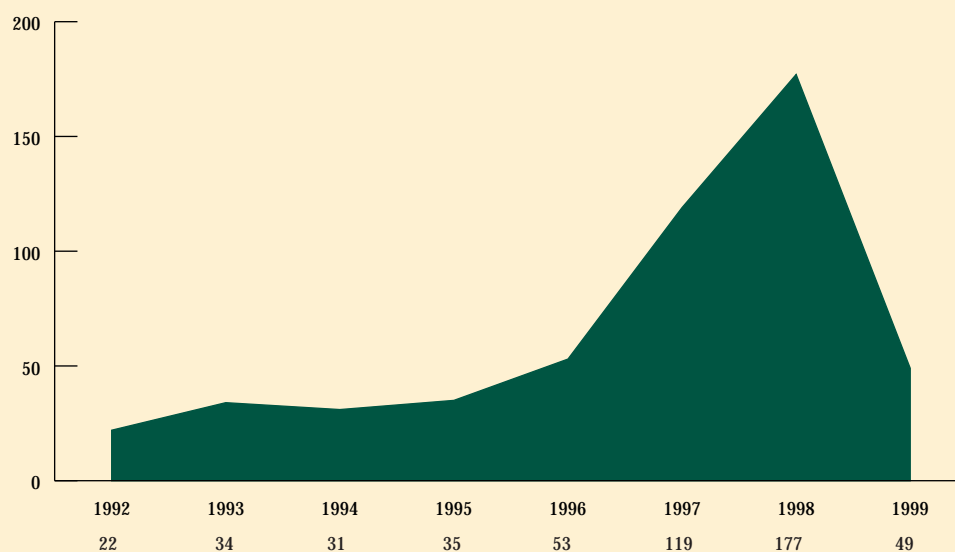
Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.
Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Figura 4.4. Éxtasis incautado en España (unidades), 1992-1999.



Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.
Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

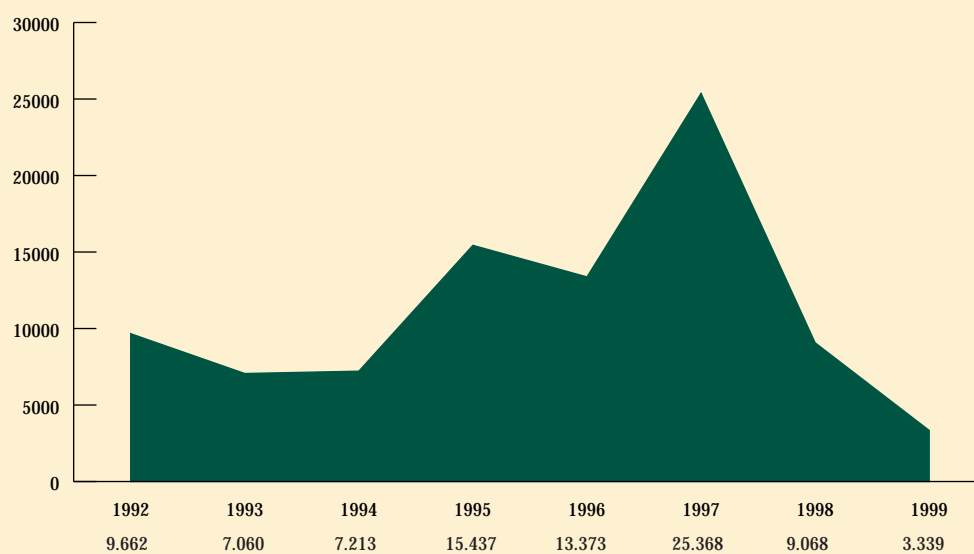
Figura 4.5. *Speed* incautado en España (kilos), 1992-1999.



Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Figura 4.6. LSD incautado en España (unidades), 1992-1999.



Nota: Las cantidades correspondientes a 1999 son datos oficiales provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.2. Decomisos y sustancias intervenidas por CCAA. Año 1999.

| CCAA | Decomisos Número | Heroína (gr) | Cocaína (gr) | Crack (gr) | Hachis (gr) | Grifa (gr) | Marihuana (gr) | Aceite hachis (gr) | Plantas canna. (gr) | Planta adorm. (gr) | LSD (dosis) | Sulfato anfet. (gr) | MDMA y otros (pastillas) | Otros psico. y fármacos (unidades) |
|--------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|----------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Andalucía | 22.724 | 43.412,04 | 165.002,28 | 0 | 336.254.805,25 | 1.062 | 33.603 | 2.017 | 333.377 | 1.215 | 815 | 669 | 4.790 | 101.130 |
| Aragón | 2.478 | 5.186,85 | 33.152,16 | 0 | 148.313,29 | 0 | 870 | 0 | 93.605 | 0 | 86 | 1.659 | 4.416 | 884 |
| Asturias | 1.305 | 1.254,64 | 1.299,67 | 0 | 1.373.121,18 | 37 | 2.397 | 0 | 40.521 | 263 | 156 | 662 | 817 | 2.282 |
| Baleares | 3.554 | 2.593,34 | 18.021,77 | 1 | 7.412.664,38 | 21 | 5.326 | 35 | 58.761 | 0 | 68 | 147 | 28.059 | 1.219 |
| Canarias | 9.402 | 26.943,20 | 7.753.151,87 | 359 | 2.341.040,11 | 5 | 15.818 | 0 | 19.452 | 0 | 349 | 28 | 2.028 | 19.073 |
| Cantabria | 1.562 | 121,96 | 4.568,67 | 0 | 31.992,49 | 44 | 313 | 0 | 38.806 | 0 | 10 | 36.333 | 304 | 1.259 |
| Castilla y León | 5.245 | 5.614,06 | 132.291,50 | 0 | 633.841,59 | 42 | 3.460 | 0 | 195.375 | 10.000 | 66 | 399 | 25.345 | 1.732 |
| Castilla-La Mancha | 4.576 | 145.067,82 | 102.069,16 | 0 | 753.364,65 | 19 | 13.404 | 0 | 187.485 | 0 | 98 | 580 | 693 | 1.274 |
| Cataluña | 9.735 | 36.374,49 | 882.561,10 | 0 | 25.062.559,12 | 205 | 14.510 | 0 | 588.470 | 0 | 609 | 222 | 20.033 | 4.103 |
| Extremadura | 2.673 | 454,48 | 2.901,59 | 0 | 149.268,43 | 3 | 1.132 | 0 | 150.753 | 1.500 | 14 | 43 | 4.002 | 206 |
| Galicia | 5.590 | 15.722,57 | 5.619.920,38 | 0 | 169.709,63 | 37 | 9.589 | 4 | 127.020 | 0 | 34 | 82 | 160 | 3.829 |
| Madrid | 4.486 | 863.792,07 | 2.816.140,27 | 0 | 493.375,61 | 5 | 28.024 | 290 | 12.112 | 0 | 146 | 3 | 78.893 | 593 |
| Murcia | 1.904 | 174,47 | 10.017,11 | 0 | 25.711.449,65 | 985 | 4.169 | 0 | 197.670 | 0 | 46 | 37 | 373 | 1.090 |
| Navarra | 1.637 | 1.390,64 | 222.644,48 | 0 | 421.266,77 | 11 | 446 | 0 | 71.465 | 26 | 6 | 831 | 1.246 | 226 |
| Ríoja | 411 | 79,09 | 3.189,62 | 0 | 6.427,15 | 4 | 601 | 0 | 2.700 | 0 | 13 | 1.625 | 125 | 71 |
| C. Valenciana | 13.312 | 100.068,15 | 302.870,90 | 0 | 10.880.951,44 | 731 | 39.507 | 0 | 201.275 | 0 | 627 | 5.003 | 185.775 | 182.536 |
| País Vasco | 454 | 751,42 | 38.736,74 | 0 | 662.027,20 | 0 | 588.149 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.198 | 544 | 383 |
| Cauta | 280 | 130,75 | 1.169,50 | 0 | 10.032.250,00 | 73 | 0 | 0 | 0 | 0 | 204 | 0 | 46 | 21.937 |
| Melilla | 313 | 165,40 | 1.170,32 | 0 | 8.626.852,06 | 538 | 0 | 0 | 183 | 0 | 0 | 0 | 0 | 147 |
| Total CCAA | 91.641 | 1.159.297,44 | 18.110.879,09 | 360 | 431.165.280,00 | 3.822 | 761.318 | 2.346 | 2.319.030 | 13.004 | 3.353 | 49.521 | 357.649 | 343.974 |

Nota: Datos provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Variaciones en la pureza y el precio de las sustancias

Los datos facilitados por la OCNE respecto a la pureza y precios alcanzados en el mercado por las principales drogas ilícitas (Tabla 4.3) en el segundo semestre de 1999, no muestran variaciones significativas con respecto a la situación existente en el mismo periodo de 1998.

La pureza de las distintas sustancias, tanto en su distribución en pequeñas dosis como en

grandes cantidades, se mantiene estable, con ligeros incrementos de la pureza de la cocaína distribuída en pequeña escala. Por lo que se refiere a la evolución seguida por los precios, hay que destacar el incremento de los mismos en el mercado mayorista en el caso de la heroína blanca y marrón y de la cocaína (sustancias que, como se ha comentado, sufrieron importantes aprehensiones a lo largo de 1999). Los precios del hachís, por su parte, se han mantenido estables.

Tabla 4.3. Pureza y precio de las sustancias. Segundo semestre 1999.

| | Dosis | | | Kilogramo | | Gramo | | Unidad | |
|---------------------------------------|----------|----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
| | Pureza % | Peso mgs | Precio Pts. | Pureza % | Precio Pts. | Pureza % | Precio Pts. | Pureza % | Precio Pts. |
| Estupefacientes | | | | | | | | | |
| Heroína | 25 | 87 | 1.530 | | | 33 | 11.500 | | |
| H. blanca | | | | 63 | 13.772.450 | | | | |
| H. marrón | | | | 51 | 7.010.000 | | | | |
| Cocaína | 44 | 191 | 2.000 | 75 | 6.005.000 | 56 | 9.700 | | |
| Grifa | | | | | 185.000 | | 420 | | |
| Hachís | | | | | 250.000 | | 640 | | |
| Aceite | | | | | 475.000 | | 2.000 | | |
| Psicotrópicos/alucinógenos | | | | | | | | | |
| LSD | | | 1.345 | | | | | | |
| Speed | | | 1.330 | | 2.850.000 | | 3.900 | | |
| Éxtasis | | | 2.275 | | | | | | |
| Otros psicotrópicos y fármacos | | | | | | | | | |
| Far. anfetam. | | | | | | | | | 650 |
| Otros | | | | | | | | | 550 |

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

2. INDICADORES POLICIALES

Detenidos por tráfico ilícito de drogas en 1999

Durante 1999 fueron detenidos y/o denunciados un total de 89.994 personas por tráfico ilícito de drogas, confirmándose el incremento de la presión policial sobre este tipo de delitos en relación a 1998 (con 81.644 personas detenidas y/o denunciadas).

Como viene ocurriendo en los últimos años, son los derivados cannábicos (61,62%), seguidos de los cocaínicos (19,69%) y los opiáceos

(13,19%), las sustancias cuyo tráfico ha provocado la mayor parte de las detenciones/denuncias practicadas (Tabla 4.4). Debe destacarse el mayor peso relativo de los cocaínicos en las detenciones/denuncias practicadas a lo largo de 1999 (un 19,69% frente al 16,9% de 1998), en detrimento de los opiáceos (que pasan del 16,9% en 1998 al 13,19% actual).

La distribución de los detenidos/denunciados por tráfico ilícito de drogas por Comunidades Autónomas confirma que continúan siendo las Comunidades de Andalucía, Valencia, Cataluña y Canarias las que concentran el grueso de las detenciones y/o denuncias (Tabla 4.5).

Tabla 4.4. Detenidos/denunciados por clase de drogas, según la sustancia que motivó la detención. España, 1999.

| Sustancias | Detenidos/denunciados | % sobre total |
|------------------------------|-----------------------|---------------|
| Cannábicos | 55.456 | 61,62 |
| Cocaínicos | 17.720 | 19,69 |
| Opiáceos | 11.871 | 13,19 |
| Psicotrópicos y barbitúricos | 2.862 | 3,18 |
| Alucinógenos | 1.780 | 1,98 |
| Otros | 304 | 0,34 |
| P. químicos y precursores | 1 | 0,0011 |
| Total | 89.994 | |

Nota: Datos provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.5. Detenidos/denunciados por tráfico de drogas. Estadística por Comunidades Autónomas. España, 1999.

| Comunidades Autónomas | Detenidos/denunciados | Tasa 10.000 habitantes |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Andalucía | 22.871 | 31 |
| Aragón | 2.344 | 19 |
| Asturias | 1.306 | 12 |
| Baleares | 3.470 | 31 |
| Canarias | 9.358 | 57 |
| Cantabria | 1.549 | 29 |
| Castilla y León | 4.832 | 19 |
| Castilla-La Mancha | 4.501 | 26 |
| Cataluña | 9.721 | 16 |
| Extremadura | 2.564 | 23 |
| Galicia | 5.467 | 19 |
| Madrid | 4.536 | 9 |
| Murcia | 1.829 | 16 |
| Navarra | 1.555 | 29 |
| Rioja | 387 | 14 |
| C. Valenciana | 12.635 | 31 |
| País Vasco | 437 | 2 |
| Ceuta | 380 | 52 |
| Melilla | 344 | 53 |
| Total | 89.996 | 22 |

Nota: Datos provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

La Comunidad Autónoma de Canarias, las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta y las Comunidades Autónomas de Andalucía, Islas Baleares y Comunidad Valenciana son por este orden, en cambio, las que concentran unas tasas de detenidos/denunciados por 10.000 habitantes más altas.

Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública

El número de sanciones administrativas impuestas por consumo de drogas en la vía pública en 1998, en aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección Ciudadana,

ascendió a 47.877, lo que supone una tasa de 11,83 sanciones por cada 10.000 habitantes (Tabla 4.6). El volumen de sanciones se ha mantenido estable con respecto a 1997, año en el que se impusieron 47.199 sanciones y en el que se registró una tasa de 12 sanciones por cada 10.000 habitantes.

La Comunidad Autónoma Valenciana (8.334 sanciones), Andalucía (7.023) y Canarias (6.061) son las que concentraron un mayor número de sanciones. No obstante, las Comunidades con mayores tasas por cada 10.000 habitantes fueron las de Canarias (37,15), Baleares (23,48), Comunidad Valenciana (20,69) y La Rioja (19,24).

Tabla 4.6. Distribución por Comunidades Autónomas de las sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública. España, 1999.

| Comunidades Autónomas | Nº de sanciones | Tasa 10.000 habitantes |
|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Andalucía | 7.023 | 9,60 |
| Aragón | 1.671 | 13,86 |
| Asturias | 284 | 2,54 |
| Baleares | 1.850 | 23,48 |
| Canarias | 6.061 | 37,15 |
| Cantabria | 503 | 9,28 |
| Castilla y León | 3.365 | 13,02 |
| Castilla-La Mancha | 3.255 | 18,81 |
| Cataluña | 5.628 | 9,04 |
| Extremadura | 447 | 4,06 |
| Galicia | 3.217 | 11,39 |
| Madrid | 2.566 | 4,95 |
| Murcia | 1.090 | 9,82 |
| Navarra | 698 | 13,02 |
| Rioja | 516 | 19,24 |
| C. Valenciana | 8.334 | 20,69 |
| País Vasco | 1.283 | 2,65 |
| Ceuta | 85 | 11,62 |
| Melilla | 1 | 0,15 |
| Total | 47.877 | 11,83 |

Nota: Datos provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal

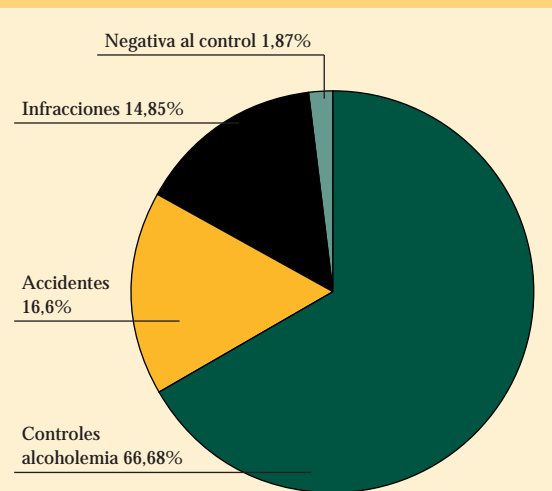
El 6 de mayo de 1999 entraron en vigor las nuevas tasas máximas de alcohol en sangre autorizadas para los conductores, que suponían la reducción de las mismas desde los 0,8 gramos por litro a 0,5 gramos para los conductores en general (la tasa de alcohol en aire espirado ha pasado a ser de 0,25 miligramos por litro). Las tasas de alcoholemia autorizadas para los profesionales de la conducción se redujeron hasta los 0,3 gramos por litro en sangre (0,15 miligramos por litro en aire espirado), igual a la aplicable a los conductores noveles de cualquier tipo de vehículo en los dos años siguientes a la obtención del permiso de conducir. Los últimos datos disponibles acerca del número de diligencias y denuncias iniciadas y/o impuestas por conducción con tasas de alcoholemia superiores a las permitidas se refieren al primer semestre de 1999 (Tabla 4.7), motivo por el cual todavía no recogen el impacto de la nueva normativa legal.

Durante los seis primeros meses de 1999 se abrieron en el conjunto del Estado, excepto en el País Vasco y las provincias de Girona y Lleida un total de 14.044 diligencias y se impusieron 24.445 denuncias. En 9.365 casos (el 66,68%) el inicio de las diligencias tuvo lugar como consecuencia de los resultados de controles de alcoholemia rutinarios, en 2.332 casos (el 16,6%) después de haberse producido un accidente, en 2.085 casos (14,85%) tras la comisión de alguna infracción por parte de los conductores, y las 262 restantes (1,87%) ante la negativa de someterse a los controles de alcoholemia (Figura 4.7).

Las Comunidades Autónomas donde se registró la apertura de un mayor número de diligencias fueron Andalucía (6.190), Galicia (1.703), Cataluña (887) y Castilla-La Mancha (876). Por lo que se refiere al volumen de denuncias impuestas, son estas mismas Comunidades las más relevantes: Andalucía (11.956 denuncias), Galicia (3.154), Castilla-La Mancha (1.616) y Cataluña (1.486).

Si se consideran conjuntamente el volumen de diligencias y denuncias, las Comunidades Autónomas que registraron mayores niveles en relación a su población son las Comunidades de la Rioja, Andalucía y Galicia con tasas de diligencias/denuncias de 36,73; 24,81; y 17,19 respectivamente por cada 10.000 habitantes.

Figura 4.7. Motivo de las diligencias por alcoholemia. España (excepto País Vasco, Girona y Lleida). Primer semestre 1999.



Fuente: Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Tabla 4.7. Diligencias y denuncias por tasa de alcoholemia superior al límite legal. Primer semestre 1999. (Excepto País Vasco y provincias de Girona y Lleida).

| CC.AA. | Nº diligencias por alcoholemia | | | | Total Diligencias | Denuncias Art. 20 y 21 | Total dilig. y denun | Tasa 10.000 habitantes |
|--------------------|--------------------------------|--------------|--------------|------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| | Provincia | Accidentes | Infracciones | Control | | | | |
| Andalucía | 421 | 496 | 5.218 | 55 | 6.190 | 11.959 | 18.149 | 24,81 |
| Aragón | 69 | 68 | 42 | 13 | 192 | 315 | 507 | 4,21 |
| Asturias | 128 | 31 | 67 | 19 | 245 | 0 | 245 | 2,19 |
| Baleares | 120 | 93 | 161 | 11 | 385 | 0 | 385 | 4,89 |
| Canarias | 108 | 86 | 71 | 12 | 277 | 446 | 723 | 4,43 |
| Cantabria | 33 | 36 | 87 | 10 | 166 | 0 | 166 | 3,06 |
| Castilla y León | 147 | 146 | 302 | 19 | 614 | 1.081 | 1.695 | 6,56 |
| Castilla-La Mancha | 136 | 126 | 601 | 13 | 876 | 1.616 | 2.492 | 14,40 |
| Cataluña | 288 | 215 | 367 | 17 | 887 | 1.486 | 2.373 | 3,81 |
| Extremadura | 54 | 44 | 306 | 10 | 414 | 774 | 1.188 | 10,79 |
| Galicia | 252 | 234 | 1.199 | 18 | 1.703 | 3.154 | 4.857 | 17,19 |
| Madrid | 233 | 225 | 244 | 13 | 715 | 1.197 | 1.912 | 3,69 |
| Murcia | 49 | 49 | 54 | 5 | 157 | 265 | 422 | 3,80 |
| Navarra | 20 | 19 | 25 | 2 | 66 | 112 | 178 | 3,32 |
| Rioja | 20 | 22 | 287 | 6 | 335 | 650 | 985 | 36,73 |
| C. Valenciana | 254 | 195 | 334 | 39 | 822 | 1.390 | 2.212 | 5,49 |
| Total | 2.332 | 2.085 | 9.365 | 262 | 14.044 | 24.445 | 38.489 | 9,51 |

Fuente: Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

5

Población penitenciaria: indicadores de prisiones



1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población reclusa a 1 de enero de 1999 ascendía a 38.365 personas, exceptuando las prisiones catalanas cuya gestión está transferida a la Comunidad Autónoma. De esta población el 90,8% eran hombres, el 17% extranjeros, y el 61% tenía entre 26-40 años (el 4,3% menores de 21 años). El 73% eran penados, de los cuales, el 55% eran reincidentes. El 46,4%

de la población penitenciaria estaba imputada por delitos contra el patrimonio y el 32,4% por delitos contra la salud pública, no obstante, si atendemos a la situación procesal y a la variable sexo este porcentaje se incrementa significativamente. Es decir, el 78,8% de la población reclusa estaba imputada por delitos contra la propiedad y contra la salud pública, tipologías delictivas relacionadas con las drogas (Figuras 5.1 y 5.2).

Figura 5.1. Evolución del número de internos por delitos contra la salud pública (%). España, 1982-99.

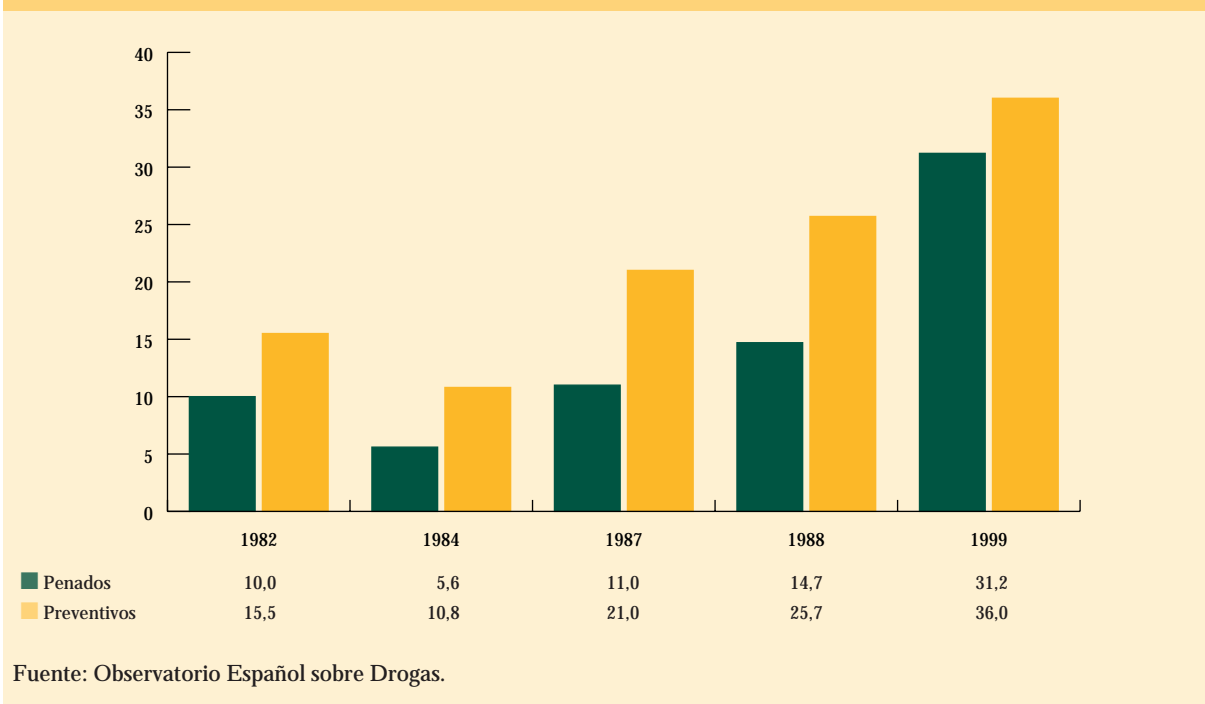
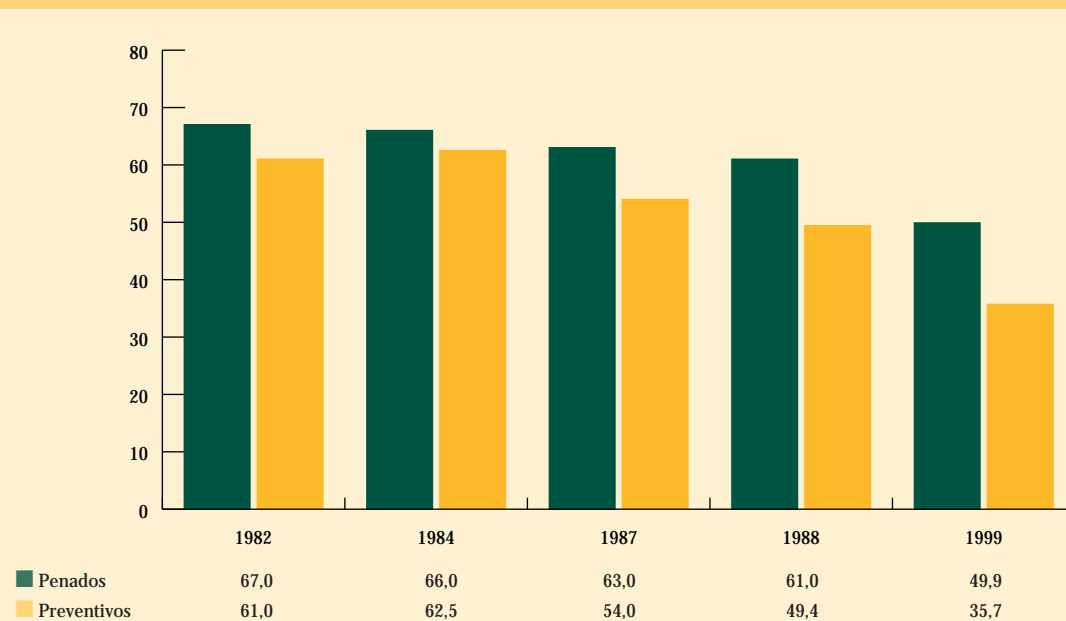


Figura 5.2. Evolución del número de internos por delitos contra la propiedad (%). España, 1982-99.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Se confirma la tendencia al incremento de reclusos en todo el Estado en un 4,73 por 100, en relación a 1997. Después de tres años continuados de descensos (1995-1997) se vuelve a niveles similares al año 1996 en cuanto a población media, y al nivel del año 1995 en cuanto a población a fin de año.

La estructura de la población reclusa en estos últimos años ha tenido unos cambios significativos, fundamentalmente: el incremento del peso específico de la población femenina, en 1987 representaba el 5,37% del total de la población, en 1998 representó más del 9%; peso específico del tipo criminológico del delito contra la salud pública; y un progresivo envejecimiento de la población reclusa.

De acuerdo con los especialistas, este incremento de la población penitenciaria, y en concreto del número de mujeres reclusas, está estrechamente relacionado con el creciente fenómeno del tráfico y consumo de drogas.

2. CARACTERÍSTICAS SANITARIAS

La tuberculosis, las enfermedades de transmisión parenteral (principalmente VIH y VHC), las enfermedades psiquiátricas y el consumo de drogas son los problemas de salud más importantes en el medio penitenciario.

Las infecciones víricas más importantes en este medio, por su frecuencia y repercusión clínica son las producidas por el VIH y por el virus de la hepatitis C. La incidencia de la hepatitis B ha disminuido drásticamente gracias a la vacunación sistemática. El grupo de riesgo más importante para la adquisición de estas infecciones son los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

La tuberculosis presenta también una mayor tasa de infección y de enfermedad en los UDVP tanto por sus peculiares condiciones de vida como por la asociación de esta práctica con la infección por VIH. La permanencia en prisión supone un factor de riesgo para esta

enfermedad, ya que el acúmulo de personas de alto riesgo en una institución cerrada favorece su propagación al tratarse de una enfermedad de transmisión aérea.

El estudio transversal de junio de 1998 sobre sanidad penitenciaria, realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, estima por primera vez la proporción de internos infectados por hepatitis C, B y tuberculosis, así como la prevalencia de enfermedad mental grave. Las prevalencias estimadas por este estudio han sido las siguientes:

- Infección por VIH: 19,9%. Aproximadamente la mitad de los infectados conocidos tomaban antirretrovirales en esa fecha, continuando la tendencia ascendente de estos tratamientos en los últimos años .
- Sida: 4,0%.
- Infección tuberculosa: 50,6%.
- Coinfección VIH-tuberculosis (principal situación de riesgo para el desarrollo de la enfermedad tuberculosa): superior al 10%.
- Infección por virus de la hepatitis C: 46,1%.
- Portadores del antígeno de superficie de la hepatitis B: 3,8%.
- Enfermedad mental grave (psicosis crónica y/o discapacidad psíquica): 6,2%.

3. USO DE DROGAS EN PRISIÓN

La información sobre uso de drogas depende de la veracidad de los autoinformes, y los sujetos que ingresan en prisión están poco motivados para informar sobre su uso de drogas, por ello la fiabilidad de esos datos es menor a la presentada en los otros apartados.

En 1989, el 44,5% de la población penitenciaria había declarado haber consumido alguna vez drogas por vía intravenosa, siendo el tiempo medio de consumo alrededor de 5 años. El 28% de los internos eran seropositivos al VIH, en el caso de los usuarios de drogas por vía parenteral este porcentaje ascendía al 60% (Tabla 5.1).

En 1998 se calcula en más del 50% la población que ingresa en prisión con problemas de

Tabla 5.1. Evolución de las características sanitarias del recluso español. España, 1989,1998.

| | 1989* | 1998 |
|---|----------|-----------|
| Edad media | 29 años | 33.4 años |
| Declara haber consumido alguna vez droga por vía intravenosa (UDVP)*: | 44,5% | 39,9% |
| – Varones | 45,0% | |
| – Mujeres** | 38,0% | |
| Tiempo medio de consumo | 4.5 años | |
| Consumidores heroína al ingreso | 42,7% | 36,1% |
| Consumidores cocaína al ingreso | 38,9% | 30,6% |
| Infectados por VIH | 28,0% | 19,9% |
| Infectados de hepatitis B | 62,7% | 45,6% |
| Infectados de hepatitis C | | 46,1% |

* En 1989 se realizó la primera explotación del SURI. Se estima que se produce cierto consumo no declarado en torno al 5%, lo que podría explicar las tasas de seropositividad al VIH en individuos sin factores de riesgo declarados. La característica más comúnmente compartida por el colectivo reclusos españoles era el consumo de drogas por vía intravenosa.

** Aunque consumen dosis superiores.

Fuente: Sistema Unificado de Recogida de Información, 1989 (SURI) y *Estudio transversal de junio de 1998 sobre sanidad penitenciaria* de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

consumo de sustancias psicoactivas, este porcentaje sufre diferencias significativas dependiendo del centro penitenciario estudiado.

Se ofrecen en la tabla 5.2 los últimos estudios realizados sobre esta variable en las prisiones de nuestro país.

Patrones de uso

El indicador admisiones a tratamiento en Instituciones Penitenciarias del Observatorio Español sobre Drogas presenta las características generales de los casos admitidos a tratamiento en estas instituciones. En 1998 se registraron 1.755 admisiones en Instituciones Penitenciarias notificadas al indicador tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas. (Hay que tener en cuenta que la cobertura de notifi-

Tabla 5.2. Consumo de drogas en población penitenciaria según diferentes estudios. España, 1994-1998.

| FUENTE | MUESTRA | CONSUMO DROGAS |
|--|--|--|
| Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Instituciones Penitenciarias (1994). <i>Evaluación terapéutica previa del drogodependiente que ingresa en prisión.</i> | Más del 25% de los centros y más del 30% del total de ingresos en el periodo considerado. Muestra final: 1.541 internos | El 54,2% de las personas que ingresaron en prisión consumían heroína y/o cocaína en los dos años anteriores a su ingreso en prisión. El 46,3% consumía alguna de estas sustancias en el momento de ingresar en prisión: <ul style="list-style-type: none"> • El 30,7% heroína y cocaína. • El 12,2% heroína. • El 3,4% cocaína. El 39,1% había utilizado la vía parenteral en el consumo de drogas en el último mes. |
| Ríos, J.C.; Cabrera, P. (1998). <i>Mil voces presas.</i> Universidad Pontificia de Comillas. | 1.011 reclusos procedentes de 62 centros penitenciarios. | El 56,5% se declaraba consumidor de drogas. El 39% había utilizado la vía parenteral y el 27% había compartido jeringuillas. El 29% estaba en tratamiento antes de ingresar en prisión, el 38% de éstos en tratamiento con metadona. |
| Miranda, M.J.; Barberet, R.; Canteras, A.; Romero, E. (1998). <i>Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas.</i> Instituto de la Mujer. | Aplicación de un cuestionario a 356 mujeres seleccionadas al azar en 18 centros. | El 70% declaró haber consumido drogas alguna vez en la vida. El 52% declaró que el consumo de drogas tenía mucha relación con su ingreso en prisión. El 35% manifestó haber consumido drogas varias veces al día. Tipo de droga consumida: alcohol (42%), heroína (41%) y cocaína (39%). Un 39,4% manifestó necesitar ayuda para controlar sus problemas con las drogas. |

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

cación ha sido baja, esta cobertura desde 1996 se extiende a los centros penitenciarios de Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Madrid y Murcia).

Se presenta en la tabla 5.3 las características de los casos notificados, los datos hay que tomarlos con mucha cautela porque la zona geográfica de Cataluña representa más del 50% de los datos registrados, zona donde predomina la vía inyectada.

Al igual que en años anteriores, la heroína continúa siendo la responsable de la gran mayoría de las admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas (88,9%), aunque la cocaína comienza a representar una propor-

ción de casos importantes (6%). Entre los casos admitidos a tratamiento por primera vez, la proporción de casos por cocaína es mayor (8,5%) que la citada anteriormente, y la proporción de casos por heroína, menor.

Los tratados por una droga consumen con frecuencia otras drogas además de la principal, las drogas secundarias más utilizadas son el cannabis (58,5%), la cocaína (50,5%), y los hipnóticos y sedantes (35,4%).

El estudio transversal de junio de 1998 sobre sanidad penitenciaria española recoge los hábitos de consumo de drogas en reclusos a su ingreso actual (Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Patrones de uso de sustancias psicoactivas en la población que ingresa en prisión y en la población penitenciaria que ingresa en tratamiento (%). España, 1998.

| INDICADORES | FUENTE | RESULTADOS | |
|---|--|-----------------------|-------|
| Droga principal de admisión a tratamiento en centros penitenciarios | Indicador Admisiones a tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas, 1998. | Heroína | 88,9% |
| | | Cocaína | 6,0% |
| Otras drogas consumidas los 30 días anteriores | Idem | Cannabis | 58,5% |
| | | Cocaína | 50,5% |
| | | Hipnóticos y sedantes | 39,5% |
| Tipo de sustancia consumida en el momento de ingresar en prisión | <i>Estudio transversal de junio de 1998 sobre sanidad penitenciaria española</i> Estudio descriptivo transversal, con datos obtenidos a partir de la historia clínica. Muestra: 2.223 reclusos | Tabaco | 85,2% |
| | | Heroína | 36,1% |
| | | Cocaína | 30,6% |
| | | Benzodiacepinas | 25,0% |
| | | Drogas de diseño | 3,9% |

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 5.3. Fallecimientos notificados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. España, 1996-1998.



Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Conductas de inyección en prisión

Distintas investigaciones realizadas sobre usuarios de drogas por vía parenteral que ingresan en prisión informan de que un alto porcentaje de este tipo de usuarios han compartido jeringuillas en algún momento de su vida (Tabla 5.4). En el estudio transversal de junio de 1998 sobre Sanidad Penitenciaria

Española se observa una alta prevalencia de prácticas de riesgo, destacando la baja utilización del preservativo, incluso en los internos infectados por el VIH. En cuanto a las prácticas de riesgo de inyección, este estudio ha estimado que el 18,2% de los reclusos era usuario actual de drogas por vía parenteral y el 21,7% había sido usuario de drogas por esta vía. Hay que tener en cuenta que en el 10,9% de la muestra no consta esta variable.

Tabla 5.4. Conductas de riesgo durante la inyección en población que ingresa en prisión según diferentes fuentes.

| ESTUDIOS | MUESTRAS | PRÁCTICAS DE RIESGO DURANTE LA INYECCIÓN |
|--|--|--|
| Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Instituciones Penitenciarias (1994). <i>Evaluación terapéutica previa del drogodependiente que ingresa en prisión.</i> | Más del 25% de los centros y más del 30% del total de ingresos en el período considerado. Muestra final: 1.541 internos. | El 56,3% de los drogodependientes que ingresaron en prisión había utilizado jeringuillas en los dos últimos años. El 48% de éstos había compartido jeringuillas durante los dos últimos años. El 39,1% había utilizado la vía parenteral en el consumo de drogas en el último mes. |
| Ríos, J.C.; Cabrera, P. (1998). <i>Mil voces presas.</i> Universidad Pontificia de Comillas. | 1.011 reclusos procedentes de 62 centros penitenciarios. | El 39% había utilizado la vía parenteral y el 27% había compartido jeringuillas. |
| Moreno Jiménez, M.P. (1999) "Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias de algunas variables en presos drogodependientes." <i>Rev Adicciones</i> . vol. 11, n. 1. | Análisis de 64 reclusos drogodependientes que participan en un programa de deshabituación. | El 69% se declara adicto por vía parenteral. El 95% consume heroína como droga principal, de los cuales un 55% también consume cocaína y un 3,1% otras sustancias. Frecuencia de consumo: en la calle 3-4 consumos diarios principalmente por vía intravenosa. En prisión varía de 2-3 consumos diarios a períodos de abstinencia de más de 1 semana. Uso de jeringuillas en prisión: en reclusión disminuye el número de personas que utilizan esta vía, aunque cuando la utilizan lo hacen bajo mayor riesgo de contagio de enfermedades. |
| Pallás Alvarez, J.R.; Fariñas Alvarez, C.; Prieto Salcedo, D.; Delgado Rodríguez, M. (1999). Factores de riesgo asociados a ser usuario de drogas intravenosas en la población penitenciaria. <i>Rev. Esp. Sanid Penit</i> ; 1: 80-87. | Estudio epidemiológico transversal realizado en dos centros penitenciarios entre los años 1991 y 1994. Población de estudio 1.425 internos. Tasa de participación: 56,5%*. | El 35,57% era usuario de drogas por vía parenteral: <ul style="list-style-type: none"> •El 62,9% había compartido jeringuillas. •El 16,6% había compartido objetos cortos-punzantes. |
| Instituciones Penitenciarias (1995). <i>Perfil de los internos que ingresaron por primera vez en prisión de Basauri.</i> | Internos que ingresaron por primera vez en prisión durante 1995. N = 180. | El 50% refirió consumir o haber consumido drogas, el 50% de éstos heroína sola o asociada a cocaína y el 75% de estos consumidores utilizaba la vía parenteral. El 33% compartía jeringuillas. |
| <i>Estudio transversal de junio de 1998 sobre sanidad penitenciaria española.</i> | Muestra: 2.223 reclusos. | Usuarios de drogas por vía parenteral al ingreso: 18,2%. Antiguos usuarios de drogas por vía parenteral: 21,7%. Han compartido jeringuillas: 74,7%. |

* 495 internos rehusaron participar y 602 sujetos rehusaron contestar las preguntas relacionadas con el consumo de drogas.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Asimismo, tres cuartas partes de los UDVP habían compartido jeringuillas (no consta en el 37,0% de la muestra). No se aporta información sobre las prácticas recientes al respecto.

Del citado estudio se desprende que la fase de seroconversión anual en la población reclusa es inferior al 1%, lo que supone un ritmo de transmisión claramente inferior al que tiene lugar en libertad en este tipo de población, en la que un 20% están infectados.

Estos factores de riesgo de comportamiento, asociados con la alta frecuencia de enfermedades infecciosas en UDVP crean una serie de problemas que necesitan ser tratados por los equipos multidisciplinares de prisiones.

Muertes por sobredosis en prisión

Durante 1998 hubo un total de 34 reclusos fallecidos por sobredosis, 25 de los cuales fallecieron en prisión (Figura 5.3). No están incluidos los fallecimientos registrados en la población penitenciaria de Cataluña.

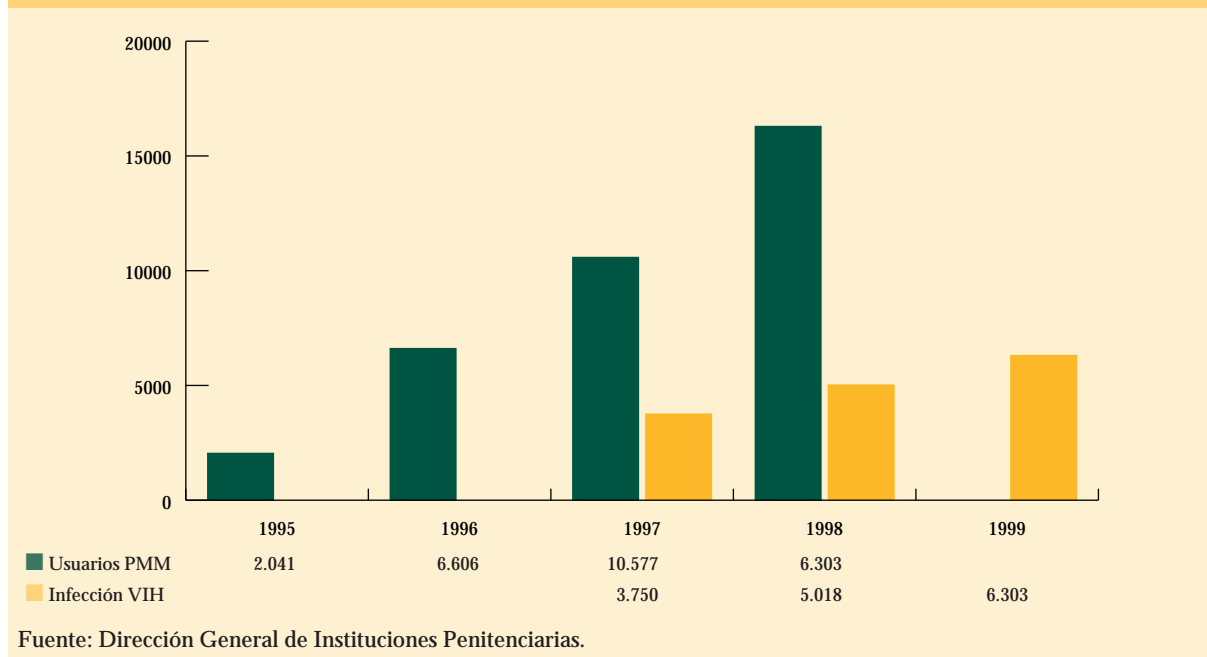
4. OFERTAS TERAPÉUTICAS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Las prisiones son un espejo de la sociedad, pero una realidad distorsionada, así más del 90% de los internos son hombres, la mayor parte de ellos jóvenes. El consumo de sustancias ilegales es frecuente al igual que las conductas de riesgo; los desórdenes psíquicos y médicos son frecuentes; y la ocurrencia de enfermedades infecciosas es desproporcionadamente alta entre los reclusos.

El consumo de tabaco, de medicamentos o de drogas ilícitas es proporcionalmente más elevado en este medio que en la población general, por otra parte, características del sistema penitenciario como el aislamiento y la sobrepoblación están también en relación con el consumo de drogas y la forma de consumirlas.

Esta realidad ha conducido a nuevas formas de intervención en centros penitenciarios: creación de módulos terapéuticos intrapenitenciarios, impulso de sentencias alternativas para

Figura 5.4. Número anual de reclusos en PMM (Programas de mantenimiento con metadona) y número anual de jeringuillas distribuidas en centros penitenciarios. España, 1995-1999.



terapia externa, y extensión de las estrategias de reducción del daño. En Instituciones Penitenciarias el objetivo prioritario es la reducción de los daños y los riesgos.

En cuanto a modalidades de intervención en drogodependencias que se están llevando a cabo en el medio penitenciario hay que resaltar:

Programas de intercambio de jeringuillas

Actualmente existen programas de intercambio de jeringuillas en 3 centros penitenciarios (Basauri, 1997; Pamplona, 1998; y Tenerife, 1999). Próximamente se implementarán en otros tres centros penitenciarios.

Como características de estos programas hay que decir que, frente a otras experiencias internacionales que utilizan máquinas dispensadoras, en España el suministro/intercambio de jeringuillas se realiza mediante recursos humanos.

Aparte de experiencias muy puntuales en Alemania y Suiza, España está siendo un país pionero en la implantación de estos programas. Se ha constituido un grupo de trabajo sobre estos programas en prisiones, bajo la coordinación de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, con el objetivo de desarrollar metodologías de trabajo y evaluaciones comunes

Hay que resaltar la evaluación realizada del programa de intercambio de jeringuillas implementado en Basauri tras un año de experiencia. Los datos más relevantes de esta evaluación son:

- Se han suministrado 5.250 kits anti-sida a 90 internos diferentes. Una media de 14 kits por día o un kit por interno cada seis días.
- No se ha producido un aumento significativo del consumo de drogas así como de la utilización de la vía parenteral.
- La solicitud de jeringuillas por otros reclusos disminuye del 16% al 11%; no existe un incremento significativo del préstamo de jeringuillas a otros reclusos;

se reduce significativamente del 16% al 13% el aceptar jeringuillas de otros reclusos.

- Todos los funcionarios entrevistados muestran una actitud positiva hacia el programa.

Desde el Ministerio del Interior se ha recomendado la extensión de estos programas en el medio penitenciario.

Programas de metadona

Todos los centros penitenciarios disponen de esta modalidad terapéutica. El número de usuarios se ha incrementado significativamente en los últimos años (1996-1998), de hecho en algunas Comunidades Autónomas los consumidores de opiáceos atendidos en el medio penitenciario superan a los consumidores atendidos en la red comunitaria.

Durante 1998, recibieron tratamiento con metadona 16.283 reclusos dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, habiéndose iniciado el tratamiento en el interior de los centros penitenciarios en algo más del 40% de los casos, correspondiendo el restante 60% a personas que ingresaron de libertad en tratamiento con metadona. El 13,41% de la población reclusa estaba en tratamiento con metadona a fecha de 31 de diciembre de 1998, lo que supone que diariamente estaban tomando este fármaco 5.162 reclusos (Figura 5.4).

Extensión de los módulos libres de drogas

Como últimas experiencias hay que apuntar la puesta en marcha de dos nuevos proyectos en régimen de módulo terapéutico: en uno de ellos conviven reclusos y reclusas, y en el otro se atiende a usuarios en tratamiento con metadona. De este modo este tipo de iniciativas de alta exigencia se consolidan como modelo viable dentro de la oferta de actuación con los drogodependientes en el sistema penitenciario.

Derivación de reclusos drogodependientes a recursos comunitarios

En los últimos años se ha notado un significativo incremento de estas derivaciones. Este incremento se ha producido de forma notable en el caso de las derivaciones a tratamiento ambulatorio, relacionado con el importante

número de personas que salen de prisión en tratamiento con metadona (4.553 derivaciones a tratamiento con metadona durante 1998). Estas derivaciones supusieron el 63,4% del total efectuadas desde el ámbito penitenciario. (En estos datos no están incluidas las derivaciones de la población penitenciaria de Cataluña).



6

Indicadores judiciales



1. SENTENCIAS POR DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA Y RELACIONADOS CON LAS DROGAS

A lo largo del segundo semestre de 1998 se dictaron en España un total de 4.713 sentencias por la comisión de delitos penales relacionados con las drogas, de las cuales 1.679 lo fueron por delitos contra la salud pública y 3.614 por otros delitos relacionados con las sustancias psicoactivas (Tabla 6.1).

Dentro de la categoría de las condenas por delitos relacionados con las sustancias psico-

activas, son los delitos contra la seguridad del tráfico rodado (un 53,9%) y los delitos drogoinducidos, es decir, aquellos cometidos bajo los efectos del consumo de drogas, (45,7%) los que motivaron la práctica totalidad de las sentencias condenatorias. Por su parte, un 76,8% de las condenas por delitos drogoinducidos estuvieron relacionados con delitos contra la propiedad.

Las características de los inculcados (Tabla 6.2) difieren según el tipo de delito (contra la salud pública o relacionados con las drogas).

Tabla 6.1. Distribución de las sentencias por delitos relacionados con sustancias psicoactivas (números absolutos). España, segundo semestre de 1998.

| Sentencias | Subtotales | Nº total |
|--|------------|----------|
| Número total de sentencias por drogas | | 4.713 |
| Condenas por delitos contra la salud pública | | 1.679 |
| Condenas por otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas | | 3.614 |
| Condenas por delitos contra la seguridad del tráfico | 1.950 | |
| Condenas por delitos de receptación y otras conductas afines | 11 | |
| Condenas por otros delitos cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas | 1.653 | |
| Condenas por delitos contra las personas ¹ | 90 | |
| Condenas por delitos contra la propiedad ² | 1.270 | |
| Condenas por otros delitos ³ | 293 | |

Nota: Las condenas por delitos contra la salud pública más las condenas por otros delitos relacionadas con sustancias psicoactivas no suman el total de sentencias, ya que en una sentencia pueden existir varios culpables y un inculcado puede ser condenado por varios delitos.

1. Delitos comprendidos bajo los Títulos I a VII y XI a XII del Libro II del Código Penal vigente.

2. Delitos comprendidos bajo el Título XIII. Capítulos I a VII y IX del Libro II del Código Penal vigente.

3. Delitos no incluidos en los epígrafes anteriores.

Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación S. Sebastián.

Tabla 6.2. Características generales de los inculcados en delitos relacionados con sustancias psicoactivas (números absolutos, edad media y porcentajes). España, segundo semestre de 1998.

| | Contra la salud pública | Relacionados con drogas | Total delitos |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------|
| Total | 1.679 | 3.614 | 5.293 |
| Sexo | | | |
| Hombre | 85,4% | 95,2% | 92,1% |
| Mujer | 14,6% | 4,8% | 7,9% |
| Edad media | 34 | 30 | 32 |
| Grupo de edad (años) | | | |
| 15-19 | 2,7% | 1,3% | 1,7% |
| 20-24 | 13,3% | 7,9% | 9,7% |
| 25-29 | 15,1% | 10,7% | 12,1% |
| 30-34 | 15,2% | 9,4% | 11,2% |
| 35-39 | 13,8% | 4,7% | 7,6% |
| 40-44 | 8,6% | 2,1% | 4,1% |
| 45-49 | 5,0% | 1,0% | 2,2% |
| 50-54 | 3,0% | 0,5% | 1,3% |
| > 54 | 3,3% | 0,2% | 1,2% |
| Desconocido | 20,0% | 62,1% | 48,8% |
| Delitos cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas | | | |
| Sí | 16,6% | 36,6% | 30,2% |
| No | 83,4% | 63,4% | 69,8% |
| Inculcados reincidentes | | | |
| Sí | 8,8% | 21,9% | 17,7% |
| No | 91,2% | 78,1% | 82,3% |

Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación S. Sebastián.

El perfil de los condenados por delitos contra la salud pública se corresponde básicamente con un varón (85,4%), con una edad media de 34 años, que cuando cometió el delito no estaba bajo los efectos de sustancias psicoactivas (83,4%) y que sólo en un reducido porcentaje es reincidente (8,8%). Por su parte, los inculcados por delitos relacionados con las drogas son varones con una mayor frecuencia (95,2%), más jóvenes (edad media de 30 años), con frecuencia cometieron los delitos bajo la influencia de sustancias psicoactivas (36,6%) y son reincidentes en elevados porcentajes (21,9%).

La distribución de los 5.293 delitos (que no de las sentencias, puesto que en una sentencia

pueden concurrir varios inculcados y un inculcado puede ser condenado por varios delitos vinculados con las drogas) incluidos en las sentencias analizadas en los seis últimos meses de 1998 (Tabla 6.3 y Figura 6.1), confirma que son las Comunidades Autónomas de Andalucía (923 delitos), Madrid (784), Cataluña (783) y C. Valenciana (650) las que concentran un mayor número de delitos.

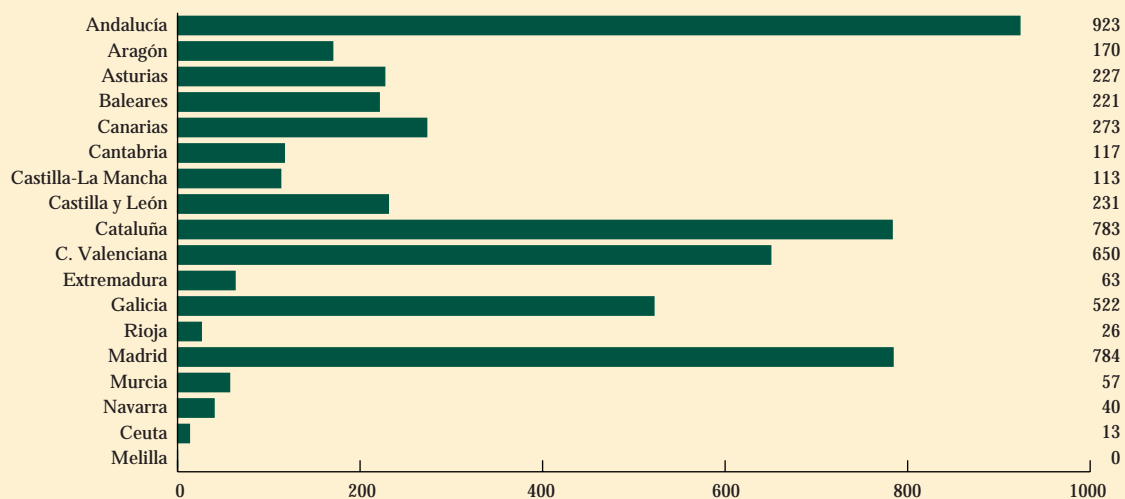
El análisis diferenciado de los delitos contra la salud pública (Figura 6.2) indica la existencia de esta misma jerarquía. Por su parte los delitos relacionados con las drogas fueron más numerosos en Andalucía, Cataluña, Madrid y la C. Valenciana (Figura 6.3).

Tabla 6.3. Distribución de los delitos relacionados con sustancias psicoactivas, según Comunidad Autónoma y provincia (números absolutos). España, segundo semestre de 1998.

| Provincias | Contra salud pública | Relacionados con drogas | Total delitos | Provincias | Contra salud pública | Relacionados con drogas | Total delitos |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|---------------|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------|
| Andalucía | | | | Cataluña | | | |
| Almería | 45 | 58 | 103 | Barcelona | 189 | 407 | 596 |
| Cádiz | 129 | 41 | 170 | Girona | 32 | 79 | 111 |
| Córdoba | 11 | 88 | 99 | Lleida | 3 | 2 | 5 |
| Granada | 44 | 130 | 174 | Tarragona | 13 | 58 | 71 |
| Jaén | 42 | 100 | 142 | Extremadura | | | |
| Málaga | 1 | 7 | 8 | Badajoz | 5 | 37 | 42 |
| Sevilla | 45 | 182 | 227 | Cáceres | 8 | 13 | 21 |
| Aragón | | | | Galicia | | | |
| Teruel | 4 | 2 | 6 | La Coruña | 39 | 198 | 237 |
| Zaragoza | 36 | 128 | 164 | Lugo | 16 | 40 | 56 |
| Asturias | 63 | 164 | 227 | Orense | 5 | 59 | 64 |
| Baleares | 67 | 154 | 221 | Pontevedra | 33 | 132 | 165 |
| Canarias | | | | Madrid | 303 | 481 | 784 |
| Las Palmas | 91 | 79 | 170 | Murcia | 9 | 48 | 57 |
| Sta. Cruz | 74 | 29 | 103 | Navarra | 8 | 32 | 40 |
| Cantabria | 28 | 89 | 117 | Rioja | 5 | 21 | 26 |
| Castilla y León | | | | C. Valenciana | | | |
| Ávila | 1 | 12 | 13 | Alicante | 97 | 214 | 311 |
| Burgos | 8 | 39 | 47 | Castellón | 14 | 48 | 62 |
| León | 19 | 40 | 59 | Valencia | 72 | 205 | 277 |
| Palencia | 7 | 24 | 31 | Ceuta | 13 | 0 | 13 |
| Salamanca | 10 | 19 | 29 | Melilla | 0 | 0 | 0 |
| Segovia | 6 | 18 | 24 | Total CCAA | 1.624 | 3.589 | 5.213 |
| Soria | 1 | 16 | 17 | | | | |
| Valladolid | 0 | 11 | 11 | | | | |
| Castilla-La Mancha | | | | | | | |
| Albacete | 8 | 25 | 33 | | | | |
| Ciudad Real | 14 | 15 | 29 | | | | |
| Cuenca | 2 | 12 | 14 | | | | |
| Guadalajara | 2 | 24 | 26 | | | | |
| Toledo | 2 | 9 | 11 | | | | |

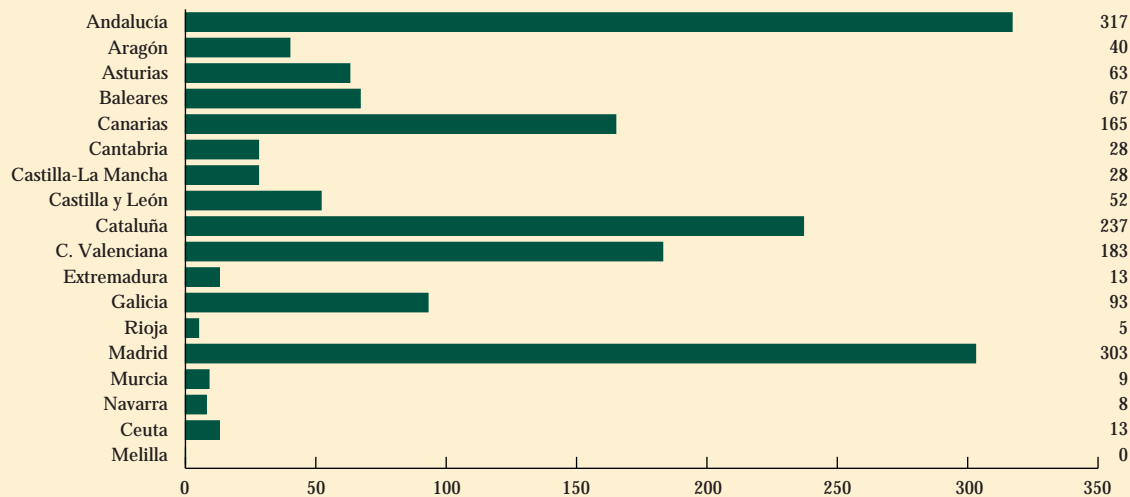
Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación de San Sebastián.

Figura 6.1. Distribución de los delitos contra la salud pública y delitos relacionados con drogas. Por Comunidades Autónomas. España, segundo semestre 1998.



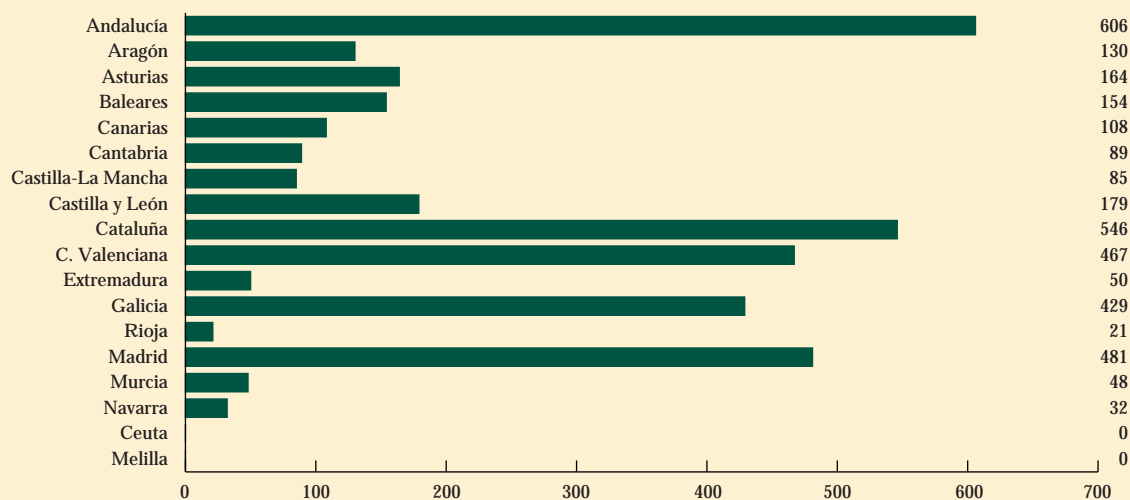
Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación de San Sebastián.

Figura 6.2. Distribución de los delitos contra la salud pública.
Por Comunidades Autónomas. España, segundo semestre 1998.



Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación de San Sebastián.

Figura 6.3. Distribución de las condenas por delitos relacionados con drogas.
Por Comunidades Autónomas. España, segundo semestre 1998.



Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación de San Sebastián.

2. CUMPLIMIENTOS ALTERNATIVOS A LA PRISIÓN

Derivaciones desde Juzgados: sentencias alternativas al ingreso en prisión

De los datos suministrados por los Planes Autonómicos sobre Drogas hay que destacar la especial consideración a la instauración de los programas alternativos a la privación de libertad. En los seguimientos de estos cumplimientos realizados por los Servicios de Atención al Detenido, o bien por los Servicios Sociales Penitenciarios, se aprecia que un alto porcentaje de las medidas alternativas estaban asociadas a problemas de toxicomanías y que el procedimiento que más se había aplicado eran las medidas de seguridad (Tabla 6.4).

Tabla 6.4. Número de drogodependientes que han seguido tratamiento de deshabituación alternativo al cumplimiento de la pena privativa de libertad. España, 1998.

| | Nº drogodependientes |
|--------------------|----------------------|
| Andalucía | n/c |
| Aragón | 81 |
| Asturias | 63 |
| Baleares | n/c |
| Canarias | n/c |
| Cantabria | n/c |
| Castilla-La Mancha | n/c |
| Castilla y León | 372 |
| C. Valenciana | n/c |
| Extremadura | 44 |
| Galicia | 240 |
| La Rioja | n/c |
| Madrid | n/c |
| Murcia | n/c |
| Navarra | 82 |
| País Vasco | n/c |
| Ceuta | n/c |
| Melilla | n/c |
| Total | 801 |

Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.

En Navarra, de acuerdo con los datos ofrecidos por el Servicio Social Penitenciario de esta comunidad, el 80% de las medidas de seguridad fueron aplicadas a drogodependientes y todas las revocaciones se dieron en drogodependientes; la suspensión de condena por problemas específicos de drogodependencia se aplicó en el 70% de los casos, y el 60% de los casos donde se aplicó la suspensión general fue en drogodependientes; los arrestos de fin de semana en el 27,6 % de los casos se aplicaron en drogodependientes y el 69% de éstos estaban en tratamiento. Por otra parte, el índice de fracaso de estos cumplimientos alternativos fue del 16%.

En Vizcaya, de acuerdo con los datos ofrecidos por los Servicios de Atención al Detenido de esta Comunidad, el 89% de los seguimientos de los cumplimientos alternativos estaban asociados a drogodependencia.

En Castilla y León, de acuerdo con los datos suministrados por el Plan Autonómico sobre Drogas, el 4,9% de los casos atendidos en el primer nivel de la red de drogodependencias (detección-motivación) han sido drogodependientes beneficiarios de medidas alternativas (61% medida de seguridad y 23,4% suspensión de condena). El 28,1% de los usuarios de la red asistencial de esta Comunidad han sido pacientes judiciales.

La entrada en vigor del nuevo Código Penal, ha implicado que la administración penitenciaria haya adaptado su modelo organizativo para responder a las demandas derivadas de las nuevas sanciones del sistema punitivo. A este respecto, se reorganizaron los Servicios Sociales Penitenciarios para acomodarlos en mayor grado a las necesidades derivadas del Código Penal.

La incidencia territorial de los cumplimientos alternativos desde la aplicación del nuevo Código Penal recogida por los Servicios Sociales Penitenciarios (SSP) se muestra en la tabla 6.5.

Un total de 441 cumplimientos alternativos fueron registrados por estos Servicios. De estos, 275 (como se observa en la tabla 6.5) estaban relacionados con drogodependientes, es decir, el 62,3%.

Tabla 6.5. Cumplimientos alternativos notificados a los Servicios Sociales Penitenciarios (SSP) desde la entrada en vigor del Código Penal hasta finales de 1998¹.

| | Art. 102 Código Penal | Art. 1.a Código Penal | Art. 87 Código Penal | Total |
|--------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------|
| Álava | 1 | | 1 | 2 |
| Albacete | 1 | | | 1 |
| Alicante | 34 | 21 | 45 | 100 |
| Almería | 1 | | | 1 |
| Burgos | 3 | 4 | | 7 |
| Cádiz | 2 | | | 2 |
| Castellón | 1 | | | 1 |
| Granada | | 1 | | 1 |
| Guadalajara | | 1 | | 1 |
| Logroño | | 1 | | 1 |
| Madrid | 3 | | 1 | 4 |
| Murcia | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Orense | 3 | | | 3 |
| Palencia | 1 | | | 1 |
| Pamplona | 63 | 66 | 1 | 130 |
| Santander | 1 | | | 1 |
| Sevilla | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Soria | 4 | | 1 | 5 |
| Tenerife | | 1 | | 1 |
| Valencia | 1 | 1 | | 2 |
| Valladolid | | 2 | | 2 |
| Zaragoza | 1 | | | 1 |
| Total | 123 | 101 | 51 | 275 |

1. Como puede comprobarse no se detecta incidencia en todas las provincias y ello porque los tribunales sentenciadores no siempre requieren la intermediación de los SSP.

Fuente: Organismo Autónomo de Trabajos Penitenciarios.

La distribución según la medida alternativa aplicada ha sido la siguiente:

- Se aplicaron 163 medidas de seguridad privativas, de las cuales el 75% estaban relacionadas con tratamiento en drogodependencias.
- Medidas de seguridad no privativas se aplicaron 123, el 82% relacionadas con drogodependientes.
- 155 suspensiones de condena, el 49% de éstas se aplicaron en drogodependientes.

En estos datos no está incluida Cataluña, en esta comunidad se creó en 1995 una Dirección General de Medidas Alternativas que lleva el control de estas medidas.

Desde la entrada en vigor del Código Penal, en mayo de 1996 hasta los primeros 6 meses de 1999, los jueces catalanes han dictado 1.337 sentencias que imponían penas alternativas a la prisión a 479 sujetos. Estas penas alternativas incluyen arrestos de fin de semana, traba-

jos en beneficio de la comunidad, tratamiento psiquiátrico y participación en programas de educación.

En el 44,9% de estas sentencias se aplicaron medidas de tratamiento para drogodependientes:

- Medidas de tratamiento ambulatorio de drogas o de alcohol: 503 sentencias.
- Internamiento en un centro de deshabituación: 98 sentencias.

Una de las principales dificultades en la aplicación de las medidas alternativas, estriba en el hecho de que en la aplicación de éstas confluyen dos sistemas, el sistema judicial y el sistema sociosanitario, la divergencia entre ambas perspectivas origina en la práctica dificultades para el trabajo conjunto.

En este sentido, hay que destacar la investigación *La concesión de los cumplimientos alternativos a prisión desde las Audiencias Provinciales 1998*, realizado por la entidad Servicio Interdisciplinar de Atención al Detenido (SIAD) y subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en este estudio se pone de manifiesto que el 50% de los Magistrados de lo Penal optarían por tratamientos alternativos siempre que exista un riguroso control, y el 28,6% de los Fiscales siempre que se dictamine por especialistas y exista un control riguroso. (Datos obtenidos de las encuestas efectuadas a 75 Salas de lo Penal y 34 Fiscalías de todas las Comunidades Autónomas durante el período del 1 de enero al 30 de abril de 1998).

Esta investigación destaca que aunque existe una actitud favorable por parte de la judicatura para aceptar los tratamientos alternativos, la realidad es que en el momento del juicio lo

que más interesa a los Magistrados y los Fiscales es saber cómo estaba realmente el sujeto en el momento de cometer el delito.

Derivaciones desde Instituciones Penitenciarias

Se deriva a los reclusos por medio de la aplicación de los artículos del Reglamento Penitenciario, que permiten el acceso periódico o definitivo de los internos drogodependientes a los dispositivos comunitarios. El nuevo Reglamento Penitenciario ha potenciado el tratamiento fuera de las prisiones.

Durante 1998 han sido derivados a recursos comunitarios 7.180 internos drogodependientes, lo que ha supuesto un incremento del 22% con respecto a 1997.

Además, desde la entrada en vigor del Código Penal se ha ido incrementado la proporción de liberados condicionales sometidos a reglas de conducta previstas en el art. 105 de este Código, estando próximo al 50% el colectivo de liberados condicionales sometidos a alguna regla de conducta, y el 24,34% de ese porcentaje ha sido sometido a tratamiento externo de carácter sociosanitario (el número medio de liberados al año ha sido de 6.500).

Los datos suministrados informan de que un número significativo de sujetos dependientes de la Administración de Justicia ha estado recibiendo tratamiento en recursos comunitarios, de hecho en el conjunto de la red asistencial de drogodependencias estos pacientes suponen un porcentaje importante, algo lógico teniendo en cuenta que esta red se creó para atender el problema de la heroína y que existe una asociación bien documentada entre el uso de esta sustancia y la conducta delictiva.



7

Indicadores de mortalidad



1. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS

En 1998 el indicador mortalidad registró un total de 472 muertes por reacción aguda tras el consumo sustancias psicoactivas en el conjunto de todas las áreas monitorizadas (86 partidos judiciales, con una población cubierta de 14.573.879 habitantes, lo que representa un 37,5% de la población española).

De las muertes registradas, 271 correspondieron a las seis grandes ciudades monitorizadas desde 1983 (310 si se hace una estimación de las muertes de Sevilla, donde no se recogió información en 1997), y de ellas 267 fueron por reacción aguda a opioides o cocaína (299 si se estiman los datos para Sevilla). El número de muertes por reacción aguda a opioides o cocaína en estas seis grandes ciudades experimentó un ascenso continuo entre 1983 y 1991, y a partir de entonces ha seguido una tendencia descendente, pasando de 579 en 1991 a 394 en 1995, 347 en 1997 y 299 en 1998 (incluyendo en los dos últimos años datos estimados para Sevilla) (Figura 7.1). En otras áreas monitorizadas de forma continua desde 1991 la tendencia de la mortalidad es también descendente, aunque el hecho de que muchas de ellas sean pequeñas hace que se produzca una importante fluctuación interanual en el número de muertes por efecto del azar. Mención especial merece el caso de Palma de Mallorca donde la mortalidad en vez de descender parece estable o en aumento (Tabla 7.1).

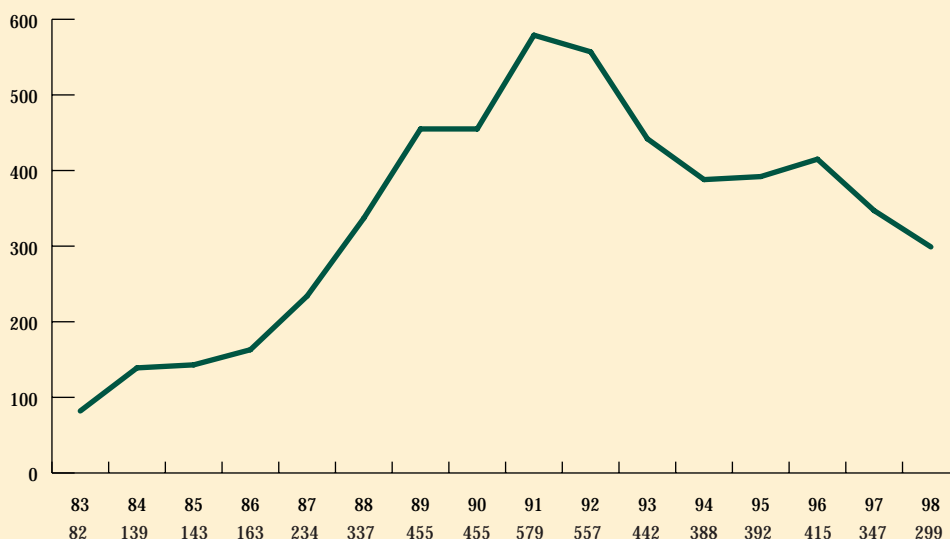
En la gran mayoría de los casos las muertes fueron notificadas por los Institutos Anatómico Forenses (IAF), aunque en algunos casos las notificaciones partieron de Médicos Forenses agrupados en otras entidades (Clínicas Forenses) o, de forma excepcional, de médicos forenses individuales. Los datos complementarios sobre toxicología proceden principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid y Barcelona), pero también de otras instituciones.

Se detectan importantes diferencias entre las seis ciudades monitorizadas desde 1983 en la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. También se observan diferencias geográficas importantes si se consideran exclusivamente las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, con cifras elevadas en Barcelona (6,7 muertes/100.000 habitantes) y más bajas (menores de 4,5/100.000) en el resto de las ciudades.

Del conjunto de fallecidos, un 88,1% eran varones (un 86,3% en las seis ciudades y un 90,5% en el resto de áreas). La edad media los fallecidos fue de 32,3 años. El mayor número de muertes se concentró en los grupos de edad de 30-34 años (34,3%) y de 25-29 años (22,4%). La mayoría de los fallecidos con información sobre el estado civil estaban solteros (71,4%) (Tabla 7.2).

En cuanto al estado serológico frente al VIH hay también que tener en cuenta que la proporción de casos con valores desconocidos

Figura 7.1. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en seis grandes ciudades* españolas, 1983-98.



* Las muertes corresponden a las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. Las muertes de 1997 y 1998 de la ciudad de Sevilla están estimadas.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

para esta variable es elevada, por lo que los resultados han de analizarse con cautela. De los casos con información sobre el estado serológico frente al VIH, un 44,1% eran positivos (Tabla 7.2).

Sería deseable que se contara con análisis toxicológicos en todos los casos de muerte no natural, incluidas las muertes por intoxicación o reacción aguda a cualquier tipo de sustancia. Sin embargo, en algunos casos de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas registradas no se dispone de estos resultados por

causas diversas (no se solicitaron, la muestra no era adecuada, los resultados no habían llegado en el momento de la notificación, etc.). En 1998 la proporción de casos con información toxicológica de muestras biológicas fue de un 88,1% frente a un 84,8% en 1997, un 82,1% en 1995 y un 65,9% en 1993. Entre los casos con análisis toxicológico disponible, la mayoría fueron positivos a opiáceos (90,1%), un 51,4% a cocaína, un 46,9% a benzodiazepinas y un 26,2% a alcohol. El resto de las sustancias tuvieron una presencia mínima (Tabla 7.3).

Tabla 7.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas* en varias ciudades españolas. 1991-1998.

| | Año de defunción | | | | | | | |
|------------------------|------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
| Sevilla | 26 | 20 | 22 | 17 | 21 | 39 | – | – |
| Granada | 28 | 29 | 19 | 14 | 22 | 9 | – | – |
| Málaga | 20 | 20 | 15 | 9 | 7 | 11 | – | – |
| Zaragoza | 34 | 9 | 18 | 16 | 18 | 27 | 24 | 17 |
| Palma de Mallorca | 34 | 27 | 31 | 31 | 35 | 38 | 51 | 38 |
| Palma de G.C. | 1 | 14 | 13 | 7 | 4 | 7 | – | – |
| Valladolid | 9 | 14 | 8 | 20 | 11 | 15 | 15 | 12 |
| Ponferrada | 1 | 5 | 6 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 |
| Barcelona | 159 | 160 | 151 | 125 | 148 | 148 | 130 | 113 |
| Valencia | 50 | 74 | 47 | 52 | 35 | 32 | 25 | 23 |
| Donostia-San Sebastián | 12 | 6 | 15 | 13 | 12 | 12 | 10 | 18 |
| Barakaldo | 15 | 8 | 11 | 10 | 9 | 7 | 10 | 11 |
| Bilbao | 25 | 40 | 26 | 32 | 37 | 43 | 20 | 20 |
| Badajoz | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 4 | – | 2 |
| Coruña (La) | – | – | 7 | 6 | 10 | 14 | 11 | 9 |
| Santiago de Compostela | 5 | 7 | 8 | 9 | 3 | 7 | 7 | 5 |
| Ourense | – | – | 2 | 6 | 3 | 5 | 5 | 1 |
| Pontevedra | – | – | 10 | 11 | 4 | 5 | 6 | 4 |
| Vigo | – | – | 16 | 26 | 8 | 17 | 19 | 22 |
| Madrid | 285 | 255 | 179 | 146 | 129 | 140 | 122 | 98 |
| Alcobendas | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| Getafe | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 0 |
| Leganés | 7 | 0 | 5 | 8 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Majadahonda | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| Cartagena | 4 | 8 | 3 | 8 | 10 | 14 | 6 | 0 |
| Murcia | 14 | 9 | 6 | 9 | 3 | 4 | 14 | 12 |
| Pamplona/Iruña | 18 | 13 | 9 | 13 | 12 | 9 | 6 | 7 |

* Entre 1991 y 1995 sólo se recogen las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 7.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, edad media y porcentajes). 1998.

| | Seis ciudades* | Otras áreas | Total |
|---|----------------|-------------|-------|
| Número de fallecidos | 271 | 201 | 472 |
| Sexo | | | |
| Varones | 86,3% | 90,5% | 88,1% |
| Mujeres | 13,7% | 9,5% | 11,9% |
| Edad media (años) | 32.3 | 31.1 | 31.8 |
| Grupo de edad (años) | | | |
| < 15 | 0,8% | 0,0% | 0,4% |
| 15-19 | 1,2% | 2,5% | 1,7% |
| 20-24 | 10,8% | 11,4% | 11,1% |
| 25-29 | 17,8% | 28,4% | 22,4% |
| 30-34 | 37,5% | 30,3% | 34,3% |
| 35-39 | 18,9% | 17,4% | 18,3% |
| 40-44 | 7,3% | 6,0% | 6,7% |
| ≥ 45 | 5,8% | 4,0% | 5,0% |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 71,4% | 70,1% | 71,0% |
| Casado | 17,7% | 16,9% | 17,5% |
| Separado/divorciado | 8,2% | 13,0% | 9,4% |
| Viudo | 2,7% | 0,0% | 2,0% |
| Procedencia del cadáver | | | |
| Domicilio | 52,6% | 50,0% | 51,5% |
| Hotel-pensión | 6,1% | 3,2% | 4,8% |
| Calle | 19,8% | 24,7% | 21,9% |
| Local público | 3,2% | 4,8% | 3,9% |
| Hospital | 13,4% | 9,1% | 11,5% |
| Cárcel | 1,2% | 3,8% | 2,3% |
| Otra | 3,6% | 4,3% | 3,9% |
| Evidencias de consumo reciente | | | |
| Sí | 97,6% | 97,4% | 97,5% |
| No | 2,4% | 2,6% | 2,5% |
| Evidencia de suicidio | | | |
| Fuerte evidencia | 4,1% | 8,3% | 5,4% |
| Indicios/sospecha | 3,0% | 8,3% | 4,6% |
| Ninguna evidencia | 92,9% | 83,3% | 90,0% |
| Signos recientes venopunción | | | |
| Sí | 84,7% | 84,2% | 84,5% |
| No | 15,3% | 15,8% | 14,5% |
| Muerte causada por patología previa agravada por consumo sust. psicoactivas | | | |
| Sí | 68,7% | 15,8% | 49,8% |
| No | 15,3% | 84,2% | 50,2% |
| Anticuerpos anti-VIH | | | |
| Positivo | 44,1% | 54,3% | 47,6% |
| Negativo | 55,9% | 45,7% | 52,4% |

* Datos de las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza. No están incluidos los datos de Sevilla por no haberse recibido en la fecha de elaboración del informe.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 7.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras de sangre de fallecidos por reacción aguda, según ciudad de fallecimiento (números absolutos). 1998.

| | Barcelona | Bilbao | Madrid | Valencia | Otras áreas | Total |
|-----------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|
| Opiáceos | 103 | 16 | 73 | 23 | 160 | 375 |
| Cocaína | 52 | 15 | 51 | 15 | 81 | 214 |
| Barbitúricos | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 4 |
| Benzodiazepinas | 76 | 9 | 23 | 14 | 73 | 195 |
| Anfetaminas | 0 | 3 | 3 | 0 | 5 | 11 |
| MDMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Alucinógenos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Alcohol | 27 | 5 | 14 | 5 | 58 | 109 |
| Total | 110 | 19 | 84 | 25 | 180 | 416 |

Nota: Sólo se dispone de los análisis toxicológicos realizados a una parte de los fallecidos. Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas (416) siempre es muy inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas. Los resultados de los análisis toxicológicos presentados corresponden a las muestras biológicas analizadas y no sólo a las muestras de sangre.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

2. DEFUNCIONES EN ENFERMOS DE SIDA USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Desde el inicio de la epidemia de VIH/sida hasta el 31 de diciembre de 1999 han sido notificados al Registro Nacional de Sida un total de 31.027 defunciones de enfermos de sida, de las cuales 20.266 (el 63,6%) se han producido entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

Las principales características sociodemográficas de los enfermos de sida-UDVP fallecidos desde 1981 hasta 1999 se recogen en la Tabla 7.4. Son los varones (que acumulan el 82,5% de las defunciones) y las personas de entre 25 y 34 años (donde se producen el 68,9% de las defunciones), los grupos sociales donde mayor es la mortalidad por sida entre UDVP.

La distribución por Comunidades Autónomas de las defunciones notificadas hasta 1999 (Tabla 7.5), sitúan a Madrid, Cataluña, Andalucía y País Vasco en las primeras posiciones en números absolutos. Precisamente estas cuatro Comunidades Autónomas son las que registran mayores tasas medias por millón de habitantes de casos de sida entre UDVP.

Tabla 7.4. Características sociodemográficas de los fallecimientos notificados en enfermos de sida UDVP en España. Datos acumulados desde 1981 al 31.12.99.

| | Fallecidos | |
|--------------|---------------|------|
| | Número | % |
| Sexo | | |
| Hombre | 16.713 | 82,5 |
| Mujer | 3.553 | 17,5 |
| Total | 20.266 | |
| Edad | | |
| 13-14 | 1 | |
| 15-19 | 129 | |
| 20-24 | 2.095 | |
| 25-29 | 6.918 | |
| 30-34 | 7.045 | |
| 35-39 | 2.931 | |
| 40-44 | 799 | |
| 45-49 | 192 | |
| 50-54 | 52 | |
| 55-59 | 33 | |
| 60 y más | 18 | |
| Desconocida | 53 | |
| Total | 20.266 | |

Fuente: Registro Nacional de Sida.

Tabla 7.5. Defunciones notificadas en enfermos de sida UDVP en España. Datos acumulados desde 1981 al 31.12.99.

| | Nº Fallecidos |
|--------------------|---------------|
| Andalucía | 2.308 |
| Aragón | 286 |
| Asturias | 282 |
| Baleares | 490 |
| Canarias | 191 |
| Cantabria | 122 |
| Castilla y León | 593 |
| Castilla-La Mancha | 302 |
| Cataluña | 4.554 |
| C. Valenciana | 1.245 |
| Extremadura | 209 |
| Galicia | 1.062 |
| Madrid | 5.905 |
| Murcia | 300 |
| Navarra | 266 |
| País Vasco | 1.926 |
| La Rioja | 134 |
| Ceuta | 48 |
| Melilla | 12 |
| Extranjero | 31 |
| Total | 20.266 |

Fuente: Registro Nacional de Sida.

Tabla 7.6. Consumos de alcohol, droga y/o psicofármacos/medicamentos entre conductores fallecidos en accidentes de tráfico. 1998.

| Sustancias consumidas | Nº de casos | % |
|---|-------------|----|
| Alcohol etílico (solo) | 416 | 38 |
| Otras drogas y psicofármacos/medicamentos | 83 | 8 |
| Alcohol etílico, otras drogas, psicofármacos/medicamentos | 55 | 5 |
| Ninguna | 536 | 49 |

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

3. MUERTES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

El convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Justicia (a través del Instituto Nacional de Toxicología), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Tráfico, permitió que durante 1998 se analizaran un total de 1.245 casos de fallecidos en accidentes de tráfico, 1.090 conductores y 155 peatones atropellados, pertenecientes a las 17 Comunidades Autónomas españolas.

Los resultados de este estudio, en el que han participado los Departamentos de Barcelona (124 casos), Madrid (790) y Sevilla (331) del Instituto Nacional de Toxicología, confirman la importante relación existente entre los accidentes de tráfico con víctimas y el consumo de alcohol, psicofármacos y drogas.

Los conductores fallecidos eran mayoritariamente varones (91%) con edades comprendidas entre los 20 y los 30 años. Entre los peatones atropellados es menor la presencia de los varones (75%) y el grupo de edad que registró una mayor incidencia fue el de los mayores de 60 años.

En un 51% de los conductores fallecidos se identificó la existencia de consumos de alcohol, de drogas y/o de psicofármacos/medicamentos (Tabla 7.6). El patrón de consumo observado con una mayor frecuencia fue el de alcohol solo (en el 38% de los casos), seguido del consumo de drogas asociado a psicofármacos/medicamentos (8%) y el de alcohol acompañado de drogas y psicofármacos/medicamentos (5%).

Por otra parte la distribución de los casos en función de su nivel de alcoholemia, confirma que un 43% de los conductores fallecidos (Tabla 7.7) registraron alcoholemias positivas, de los cuales un 30% superaba la tasa máxima permitida en esas fechas (> 0,8 grs./l.). Conviene destacar la presencia de alcohol, drogas y/o psicofármacos/medicamentos entre el 39% de los peatones atropellados (Tabla 7.8). El consumo de alcohol, sin mezclar con otras sustancias, es la conducta más relevante (32% de los casos analizados).

Tabla 7.7. Niveles de alcoholemia entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico. 1998.

| Niveles alcoholemia | Nº de casos | % |
|---------------------|-------------|----|
| Negativa | 619 | 57 |
| Positiva | 471 | 43 |
| > 0,8 grs./l. | 331 | 30 |
| < 0,8 grs./l. | 140 | 13 |

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.8. Consumos de alcohol, droga y/o psicofármacos/medicamentos entre peatones atropellados en accidentes de tráfico. 1998.

| Sustancias consumidas | Nº de casos | % |
|--------------------------------|-------------|----|
| Alcohol etílico (solo) | 50 | 32 |
| Alcohol etílico y otras drogas | 3 | 2 |
| Otras drogas (solo) | 7 | 5 |
| Ninguna | 95 | 61 |

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.



8

Indicadores de prevención



1. CONVENIO MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA, INTERIOR, SANIDAD Y CONSUMO

En 1999 se firma la III Addenda al Protocolo de intenciones de colaboración entre los tres Ministerios, que tenía por objetivo impulsar la Educación para la Salud en el Sistema Educativo. Dados los buenos resultados de las acciones anteriores en la presente addenda se plantea dar continuidad a los proyectos iniciados, a la vez que se incluyen una serie de nuevas medidas.

Concretamente las acciones desarrolladas durante 1999 han sido las siguientes:

- Acción A. Elaboración y difusión en los centros educativos de un documento, *Guía práctica para profesores*, sobre nutrición saludable y prevención de trastornos de la conducta asociados a los problemas de anorexia y bulimia. Esta guía está dirigida al profesorado del primer ciclo de la ESO.
- Acción B. Elaboración de una guía para hacer recomendaciones a los padres para aumentar la actividad física de sus hijos.
- Acción C. Realización de cursos de formación sobre Educación para la Salud dirigidos al personal docente, a realizar durante el curso 1999-2000.
- Acción D. Continuar la aplicación del programa *Construyendo salud* en los centros escolares.

El programa *Construyendo salud* entra en su tercer año de aplicación. En este tercer año se ha incluido el trabajo con las familias, de

forma que actualmente la intervención consta de tres pilares: una intervención intraescolar, otra extraescolar y una familiar. En este programa participarán 73 centros de 17 provincias españolas, llegando a un total de 9.000 alumnos de 1º y 2º curso de la ESO.

Tabla 8.1. Centros participantes en el Programa *Construyendo salud* (1999-2000)

| Provincia | Centros | Alumnos/as | |
|-----------------|-----------|--------------|--------------|
| | | 1º ESO | 2º ESO |
| Albacete | 4 | 359 | 460 |
| Asturias | 4 | 182 | 223 |
| Ávila | 5 | 127 | 201 |
| Badajoz | 5 | 388 | 305 |
| Burgos | 5 | 167 | 230 |
| Cáceres | 3 | 159 | 213 |
| Ceuta | 4 | 170 | 201 |
| Ciudad Real | 4 | 235 | 283 |
| Cuenca | 4 | 463 | 451 |
| Guadalajara | 5 | 290 | 308 |
| León | 4 | 151 | 221 |
| Melilla | 3 | 369 | 410 |
| Salamanca | 4 | 223 | 280 |
| Segovia | 4 | 202 | 274 |
| Toledo | 7 | 317 | 429 |
| Valladolid | 4 | 163 | 263 |
| Zamora | 4 | 199 | 141 |
| Subtotal | 73 | 4.128 | 4.872 |
| Total | | 9.000 | |

Tabla 8.2. Programa *Construyendo salud*.

| Curso | Centros | Alumnos | Profesores |
|------------|---------|---------|------------|
| 1997-1998 | 124 | 6.777 | 341 |
| 1998-1999 | 120 | 8.000 | 630 |
| 1999-2000* | 73 | 9.000 | |

* Se incorpora al programa el trabajo con familias.

Los resultados del programa han sido publicados en el libro *La prevención de la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*.

2. CONVENIO PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Y PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Es el segundo año que se firma este convenio cuyo objetivo es promover la prevención de la transmisión del VIH/sida entre usuarios de drogas. Si durante el primer año los esfuerzos se concentraron en crear y consolidar equipos de trabajo en cada Comunidad Autónoma y en la elaboración de los materiales de apoyo, en este segundo año se han orientado a la realización de cursos de formación en cada territorio autonómico con el fin de que todos los dispositivos asistenciales sobre drogas dispusieran de personal formado en educación sanitaria que fueran capaces de diseñar talleres dirigidos a usuarios de drogas.

3. CONVENIO ASOCIACIÓN DE LA TELEVISIÓN EDUCATIVA IBEROAMERICANA, FUNDACIÓN UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID Y PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Se han emitido un total de nueve programas de dos horas de duración cada uno sobre el fenómeno de las drogodependencias. Estos programas se han emitido vía satélite a todas las Universidades iberoamericanas.

4. OTRAS ACCIONES DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS DURANTE 1999

Se ha publicado un nuevo ejemplar de la serie *Actuar es posible* esta vez referido a los problemas del consumo de alcohol entre los adoles-

Tabla 8.3. Cursos de sexo más seguro/consumo menos riesgo (año 1999).

| | Cursos | Participantes |
|-----------------|-----------|---------------|
| Aragón | 2 | 24 |
| Baleares | 1 | 20 |
| Asturias | 2 | 24 |
| Canarias | 3 | 75 |
| Cantabria | 1 | 15 |
| C.-La Mancha | 2 | 28 |
| C. y León | 3 | 42 |
| Barcelona | 2 | 42 |
| Extremadura | 2 | 40 |
| Galicia | 3 | 60 |
| Madrid (Ayto.) | 2 | 48 |
| Madrid (CA) | 2 | 36 |
| Murcia | 2 | 40 |
| País Vasco | 3 | 38 |
| La Rioja | 1 | 12 |
| Valencia | 3 | 55 |
| Ceuta | 1 | |
| Melilla | 1 | 15 |
| Cruz Roja | 2 | 24 |
| Proyecto Hombre | 2 | 20 |
| UNAD | 1 | 20 |
| TOTAL | 41 | 638 |

centes y jóvenes. Este libro pretende ser una herramienta útil para ayudar al profesorado de Educación Secundaria Obligatoria.

Se ha publicado el libro *Bases teóricas que fundamentan los programas de prevención de las drogodependencias*, elaborado por E. Becoña. Este libro constituye un hito en el campo preventivo y pretende ayudar a fundamentar teóricamente los programas.

Se ha celebrado un nuevo seminario en colaboración con el NIDA sobre la evaluación de las intervenciones preventivas. Al mismo asistieron 80 expertos en prevención que debatieron sobre la importancia de la evaluación así como sobre las estrategias para desarrollarla.

Ha tenido lugar la 2ª Conferencia sobre prevención familiar y drogas, en la que se profundizó sobre los avances y límites de la prevención orientada a las familias, que ha tenido una gran aceptación.

9

Indicadores de inserción/reinserción



Entre los programas y servicios que Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Organizaciones no Gubernamentales han desarrollado en 1998 para facilitar a los drogodependientes unas condiciones de vida y una autonomía económica que les permitan relacionarse y situarse al margen de los circuitos de la exclusión (Tabla 9.1), ocupan un puesto primordial los relacionados con el ámbito laboral. En este sentido, se confirma en el apartado de la **formación**, la tendencia ascendente de los programas de formación específicamente dirigidos a la incorporación laboral, con 7.891 alumnos, de un total de 11.289 usuarios de los distintos programas de educación y de preformación y formación laboral.

Tabla 9.1. Programas de incorporación social. Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios. España, 1998.

| | Nº de programas y/o centros | Nº de usuarios |
|--|-----------------------------|----------------|
| Centros de día para la incorporación social | 67 | 3.272 |
| Programa de apoyo residencial | 171 | 3.249 |
| Programas de educación y de preformación y formación laboral | 367 | 11.289 |
| Programas de integración laboral | 138 | 6.400 |

Fuente: DGPNSD. Datos facilitados por los Planes Autonómicos sobre Drogas y el Ayuntamiento de Madrid.

Entre los programas de **integración laboral**, los denominados “programas especiales de empleo”, con más de 5.000 usuarios, (un 79% del total), parecen ser los más adecuados para proporcionar ocupación remunerada a drogodependientes seguidos, con mucha menor utilización, por los talleres artesanos (1.003 usuarios). Siguiendo la evolución de estos programas en los dos o tres últimos años, sería interesante, en un futuro, analizar la diversidad de iniciativas que se contabilizan bajo alguna de las denominaciones, con objeto de poder ofrecer una visión más detallada de aquellos programas que agrupan al mayor número de usuarios.

Hay que resaltar un año más, en los **programas de apoyo residencial** (donde se incluyen pisos, residencias y acogimiento en familias), el incremento de los drogodependientes alojados en “pisos” durante las diversas fases del proceso de rehabilitación, con un 76% del total.

Por otra parte, en el marco del Acuerdo firmado en 1997, entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para la colaboración del Instituto Nacional de Empleo (INEM) con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, hay que señalar que, se han aprobado veinte proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios, con un total de 591 alumnos (Tabla 9.2). Asimismo, 416 alumnos drogodependientes en proceso de rehabilitación, participaron en cursos del Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional.

Tabla 9.2. Proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios aprobados en el marco del Acuerdo DGPNSD-INEM. Año 1998.

| CCAA | Programa | | Entidad promotora | Nº de alumnos |
|---------------|-------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------|
| | Provincia | Escuela taller | | |
| Andalucía | | | | |
| | Cádiz | ET Marroquinos | Ayto. Cádiz | 25 |
| | Cádiz | | Diputac. Cádiz | 20 |
| | Granada | | CO La Jarcia | 30 |
| | Córdoba | ET Córdoba Activa | CO Albolote | 60 |
| | | | Ayto. Córdoba | |
| Asturias | | | CO Picu'l Sol | 50 |
| Asturias | | | Ayto. Gijón | |
| Canarias | | | | |
| | Las Palmas | ET San Cristobal | Confederación AAVV | 40 |
| | Las Palmas | | Centro Acción Social Yrichen | 15 |
| | Las Palmas | ET Acoran | Ayto. Galdar | 15 |
| | Tenerife | ET Capacitación Laboral drogodep. | Ayto. La Matanza | 30 |
| | Tenerife | | Asoc. San Miguel | 20 |
| | | | CO Jardinero | |
| C.-La Mancha | | | | |
| | Ciudad Real | ET Santo Voto | Ayto. de Puertollano | 25 |
| | Toledo | | CO San Prudencio | 20 |
| | | | Ayto. Talavera de la Reina | |
| C. y León | | | | |
| | Valladolid | | CO Aclad | |
| | | | Asoc. Castellano Leonesa | 15 |
| C. Valenciana | | | | |
| | Castellón | ET Castellón II | Ayto. Castellón | 50 |
| Extremadura | | | | |
| | Badajoz | ET La Cocosa | Diputación Badajoz | 30 |
| Madrid | | | | |
| | | ET Casa de Campo | IMEFE | 32 |
| | | ET Parque Retiro | IMEFE | 40 |
| Murcia | | | | |
| | | | CO La Huertecica | 24 |
| Murcia | | | Colec. La Huertecica | |
| Navarra | | | | |
| | | ET Mantenimiento de Cañadas | Ayto. Pamplona | 20 |
| País Vasco | | | | |
| | Vizcaya | ET Conservat. Municipal | Oal inguralde Barakaldo | 30 |
| Total | | 12 | 8 | 591 |



Anexos



1. SONDAS DE INFORMACIÓN RÁPIDA

Fecha: 14 de septiembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Comisaría General Policía Científica. DGP. Ministerio del Interior.

Extracto: Sobre el seguimiento realizado a la sustancia MBDB por el Grupo Horizontal Drogas, se participa que entre mayo y julio, ambos inclusive, no ha tenido entrada en este laboratorio químico ninguna muestra en la que se haya identificado la N-Metil-1(3-4-METILINDIOSI-FENIL)-2-BUTANAMINA (MBDB).

Fecha: 23 de septiembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Gabinete de Coordinación del PNSD.

Extracto: Informe Observatorio Europeo, se ha comprobado que el GHB mezclado con alcohol y otras sustancias es extremadamente peligroso. Dos fallecimientos en Reino Unido y Australia.

Fecha: 23 de septiembre de 1999.

Origen: Internacional.

Fuente: Consejo de Europa.

Extracto: Decisión del Consejo de la Unión Europea de controlar en todos los Estados miembros la sustancia 4-MTA, dando lugar el incumplimiento de las medidas de control a la aplicación de sanciones penales.

Fecha: 8 de octubre de 1999.

Origen: Baleares.

Fuente: Brigada Provincial de Policía Judicial.

Extracto: Se ha detectado un ligero descenso en el precio del éxtasis, venta de éxtasis por clanes gitanos y comprimidos de éxtasis con el logotipo "EURO".

Fecha: 4 de noviembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Gabinete de Coordinación del PNSD.

Extracto: Resumen nueva droga "YAA BAA", expresión tailandesa con la que se denomina a los derivados de la anfetamina (éxtasis y otros) en dicho país. Por los datos escasos recopilados sobre ella, y sin dejar de considerar la posibilidad de que se refiera con carácter general a las anfetaminas, "YAA BAA" puede hacer referencia concretamente a la "METH" (methdrina) químicamente es una metil-anfetamina. La methdrina (METH) se encuentra incluida desde 1971 en la lista II del Convenio de Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas. Entre sus características es de destacar la rapidez e intensidad de sus efectos. Es un potente psicoanaléctico o excitante del sistema nervioso central. Los datos sobre decomisos indican que la principal productora de metanfetamina en la región era Cuba. En cuanto al uso indebido es Tailandia la que tiene mayor difusión. En Reino Unido, la cantidad decomisada en 1998 aumentó en más de 600 kilos en relación con la decomisada en 1997. Es importante vigilar el nuevo mercado de dicha sustancia en comprimidos, procedentes del sudeste asiático.

Fecha: 18 de noviembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Gabinete de Coordinación del PNSD.

Extracto: Se carece de datos que determinen la existencia de nuevas aprehensiones o decomisos de 4-MTA, distintos al caso de Baleares del otoño de 1998, de los dos pequeños decomisos de comprimidos en los que se detectó dicha sustancia. El nivel de peligrosidad de la 4-MTA se debe principalmente a la proximidad en que se encuentran la dosis efectiva y la dosis tóxica en su consumo.

Fecha: 18 de noviembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Gabinete de Coordinación del PNSD.

Extracto: Se ha tenido conocimiento de que en España ha comenzado también a detectarse, este último año, el comercio clandestino de la sustancia "YAA BAA" en forma de comprimidos de fabricación ilegal, no industrial (desconociéndose método empleado), bien sola bien mezclada con anfetamina. Dicho fenómeno no se daba en nuestro país hace casi un par de décadas, cuando circulaban clandestinamente comprimidos de metanfetamina sola o asociada a otros principios activos.

Fecha: 18 de noviembre de 1999.

Origen: Madrid.

Fuente: Gabinete de Coordinación del PNSD.

Extracto: Se informa de haber obtenido un resultado negativo sobre las aprehensiones de catina en España.

2. CREACIÓN DE DIVERSOS COMITÉS TÉCNICOS EN EL CONSEJO ASESOR DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS

El Real Decreto 783/1998, de 30 de abril creó, en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Consejo Asesor del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, como órgano de apoyo y asesoramiento a la misma.

La Orden del Ministerio del Interior de 24 de noviembre de 1998 vino, por su parte, a regular las funciones, composición y estructura del citado Consejo, estableciendo en su apartado cuarto que, el mismo “funcionará en Pleno y a través de los Comités Técnicos o Científicos que se constituyan.”

De acuerdo con dicha disposición, el Delegado del Gobierno para el PNSD, en su calidad de Presidente del Consejo Asesor del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías ha dictado tres Resoluciones por las que se crean otros tantos Comités.

En la primera de ellas, de fecha 13 de abril de 1999, se crea el Comité Científico-Médico, que asumirá las competencias que el Consejo Asesor tiene normativamente atribuidas cuan-

do se refieran a aspectos sanitarios (preventivos y asistenciales) vinculados al fenómeno de las drogodependencias en sus diversas manifestaciones.

La segunda Resolución, de fecha 19 de enero de 2000, crea el Comité Técnico de Organizaciones no Gubernamentales, que asumirá las competencias que el Consejo Asesor tiene normativamente atribuidas cuando se refieran a la problemática relacionada con la intervención de las Organizaciones no Gubernamentales en el campo de la prevención de las drogodependencias y la asistencia y reinserción social de las personas afectadas por las mismas.

Finalmente, la tercera Resolución, de fecha asimismo 19 de enero de 2000, crea el Comité Técnico de Profesionales de la Prevención, la Asistencia y la Reinserción Social en el campo de las drogodependencias. Este Comité asumirá las competencias que el Consejo Asesor tiene normativamente atribuidas cuando se refieran a la problemática relacionada con la intervención de colectivos profesionales (médicos, psicólogos, profesionales de la enfermería y del trabajo social, etc.) en la prevención de las drogodependencias y la asistencia y la reinserción social de las personas afectadas por las mismas.

3. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LOS EFECTOS ADICTIVOS DE VARIAS DROGAS DE ABUSO: CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA INDUCIDO CUANDO HAY TOLERANCIA A CANNABINOMIMÉTICOS

Informe final de resultados del Convenio de Colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y la Universidad Complutense de Madrid.

INTERÉS DEL PROYECTO Y ADECUACIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL CITADO CONVENIO

A. Introducción

A finales de la década de los 80, se inició el descubrimiento de un sistema neuronal, denominado cannábico a causa de que los derivados de la planta *cannabis sativa* interactúan directamente con él. En la actualidad, sabemos que este sistema participa en múltiples funciones biológicas, entre las que se incluye: la señalización de la comunicación nerviosa, regulación neuroendocrina, respuestas inmunitaria, sensorial, cognitiva, mnésica, motora, dolorosa, etc.; y también, participa en el procesamiento de la señal de recompensa que los mamíferos pueden extraer de los estímulos naturales, como sucede con las conductas alimentaria, maternal, sexual, etc. y de las drogas de abuso.

Una parte de la dificultad que representa este estudio, y en esa misma medida viene dado el interés, se desprende de la enorme ubicuidad del sistema cannábico en el organismo, que complica la comprensión de los efectos de los derivados del cannabis sobre la conducta, del grado de implicación en múltiples funciones de gran relevancia comportamental (memoria, procesamiento sensorial, refuerzo), por el elevado consumo mundial, especialmente entre la población joven, y por la elevada tolerancia social sobre los efectos indeseables que puede tener su consumo agudo y crónico.

Dado que nuestro grupo de investigación pudo demostrar en modelos animales, que la expresión del síndrome de abstinencia de los deriva-

dos del cannabis producían unas consecuencias cerebrales muy similares a las producidas por otras drogas de abuso independientemente de su capacidad adictiva, es de gran interés, en la medida de lo posible, despejar la causa que explique el porqué el consumo crónico de hashish en el humano no parece generar unas consecuencias comportamentales tan perjudiciales a las ocasionadas por otras drogas de abuso de mayor poder adictógeno; como el alcohol, los opiáceos o la cocaína, a pesar de que todas ellas provocan procesos neurobiológicos cerebrales similares. Este estudio pretende arrojar luz sobre algunas cuestiones de los efectos de los citados cannabinoides.

B. Principales aportaciones conseguidas fruto del presente Convenio

1. El consumo de cannabis (cuyo principal responsable de los efectos psicoactivos es el Δ^9 tetrahidrocannabinol- THC-) con fines sedantes es una finalidad muy demandada en el uso de este tipo de droga. De hecho, una forma de inicio en el consumo de cannabis, se debe a la búsqueda de aliviar síntomas psiquiátricos, frente a cualquier otra razón. Como quiera que el consumo de cannabis se asocia a un incremento en el riesgo de presentar manifestaciones psicóticas y a una menor eficacia terapéutica de los tratamientos antipsicóticos.

Hemos pretendido conocer en qué grado el consumo agudo o crónico de THC puede alterar modelos animales que estudian la psicosis. Para lo cual administramos anfetamina o THC aguda y crónicamente a varios grupos de ratas para conocer qué dosis promedio generan síntomas análogos a los psicóticos, para posteriormente hacer un tratamiento cruzado después de un tiempo de lavado (sin tratamiento farmacológico alguno).

Los resultados obtenidos apoyan las siguientes ideas:

- a) La exposición aguda de THC atenúa la activación psicomotora producida por anfetamina. Este hecho puede ser de gran interés porque podría explicar la razón del consumo de THC asociado a cocaína o anfetaminas en adictos o psicoestimulantes, para evitar los efectos psi-

comotores excesivos en los primeros momentos del consumo, que se manifiestan como indeseables. La interpretación científica de este efecto se basa en que el sistema cannábico actúa como un contrarregulador frente a la activación dopaminérgica anfetamínica¹; es decir, el sistema cannábico actúa como un *freno* natural que evita el desajuste producido por la activación de monoaminas cerebrales (dopamina, noradrenalina, serotonina) en las áreas neuroanatómicas implicadas en la conducta adictiva debido a la anfetamina.

- b) La exposición crónica de THC seguida de una sola dosis de anfetamina aumenta exageradamente las manifestaciones psicóticas frente a los animales no tratados previamente con THC.

Este hecho apoya lo anteriormente interpretado, en el sentido que un sistema encargado de *frenar* las respuestas exageradas puede desensibilizarse cuando crónicamente se le está activando exógenamente con THC.

En conclusión: el consumo agudo de THC actúa potenciando el papel regulador del sistema cannábico; sin embargo, el consumo crónico le desensibiliza eliminando el papel de *freno* natural frente a respuestas en las que algunas monoaminas cerebrales están implicadas, como en el consumo de drogas de abuso que en este caso es anfetamina, o en enfermedades neuropsiquiátricas en cuya base morbosa existe una señal exagerada de las citadas monoaminas cerebral². La patología dual es una causa frecuente de mantenimiento en el consumo de drogas como el cannabis, y es probable que el hecho de que la aparición de patología neuropsiquiátrica no sea tan rápida como en otras drogas de abuso (alcohol o cocaína) porque a diferencia de éstas el cannabis actúa en un sistema regulador y por lo tanto el efecto es indirecto y requiere más tiempo para su desajuste.

1. Esta función del sistema cannábico ya fue demostrada en un trabajo anterior publicado en la revista *Nature neuroscience*, en abril de este año.

2. En la psicosis hay una señal dopaminérgica aumentada.

2. El consumo mantenido de una droga de abuso como el cannabis, altera la señalización natural del sistema cannábico provocando una modificación que en la mayoría de los casos se manifiesta a través de una neuroadaptación.

La patología neuropsiquiátrica asociada al consumo de drogas de abuso, sea porque la droga representa un iniciador de la enfermedad o que facilita su desarrollo una vez instaurada, son aspectos de gran interés social. En esta línea, se presenta un capítulo del libro editado por la Fundación Cuerpo & Mente³. Resumidamente, se plantea la fuerte asociación entre el sistema cannabinoide y aquellos circuitos dopaminérgicos cerebrales implicados en la adicción y en otras enfermedades neuropsiquiátricas, como la esquizofrenia o la enfermedad de Parkinson, de lo cual pueden desprenderse nuevas estrategias terapéuticas basadas en un sistema neurobiológico todavía no explorado terapéuticamente.

3. Existe una gran expectación social por la posible aplicación terapéutica de los derivados cannabinoide. La idea surge a partir del descubrimiento de los núcleos neuroanatómicos donde residen receptores cannábicos, basado en la idea de que si este sistema está implicado funcionalmente en numerosos procesos cognitivos, sensoriales, etc. sería posible terapéuticamente utilizar fármacos que interactúan sobre él para corregir aquellas alteraciones que dan origen o agravan una enfermedad o síntoma como, por ejemplo, el dolor.

En esta línea se discute en qué mecanismos neuronales están presente y qué función puede realizar el sistema cannábico y las posibles aplicaciones terapéuticas, entre las que se incluyen: el dolor, la náusea y vómito, la conducta alimentaria, el trastorno motor que da origen a múltiples enfermedades neuropsiquiátricas (Huntington, Parkinson, Tourette, esclerosis múltiple...), espasticidad, epilepsia, trastornos de memoria, psicosis y adicción.

3. Libro que se edita en inglés y español cada dos años, y se elabora con todas las ponencias que se presentan en un congreso, los capítulos se realizan por encargo expreso.

Consideramos oportuno indicar, que la aplicación terapéutica está excluida cualquier presentación farmacológica que no sea exclusivamente un fármaco agonista o antagonista del receptor cannábico, y mediante la aplicación de las mismas normas y leyes que para el resto del arsenal terapéutico farmacológico.

4. La utilización potencial del receptor cannábico como herramienta terapéutica es la causa de este trabajo donde se demuestra cómo la utilización de un fármaco antagonista del receptor cannábico⁴, altera el grado de adicción al etanol. Esto podría tener gran relevancia terapéutica si ocurriera igualmente en el humano, puesto que este antagonista no parece que tenga efectos indeseables mayores de los que tiene la naloxona, antagonista opiáceo frecuentemente utilizado en la desintoxicación del etanol.

En este caso, observamos cómo disminuyó el consumo de etanol, pero solamente en animales adictos al mismo; es decir, se enfrentaron dos grupos entre sí, aquellos animales que consumen etanol pero que no tienen síndrome de abstinencia (no son dependientes) frente a los que lo tienen.

Los resultados obtenidos señalan que el antagonista cannábico evitó el consumo de etanol solamente en las ratas adictas.

El posible interés reside en que (i) el sistema cannábico puede intervenir entre en la transición del consumo no problemático al alcoholismo y (ii) que el antagonismo agudo del citado sistema puede interrumpir el deseo de etanol en los adictos, sin interferir en el efecto apetitivo de la droga.

5. El efecto de las drogas de abuso sobre el cerebro y la emocionabilidad, se aborda en este trabajo publicado en una prestigiosa revis-

ta nacional, que publica el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Se estudia la implicación del Sistema límbico como responsable del procesamiento y expresión de las emociones producidas por el consumo de las drogas de abuso.

En él se estudian los profundos cambios emocionales como consecuencia de su consumo crónico y en qué estructuras cerebrales participan en la adicción, así como los sistemas neuroquímicos y las neuroadaptaciones que operan como factores de vulnerabilidad adictiva.

Se propone la existencia de mecanismos convergentes entre los distintos sistemas de neurotransmisión, esos puntos de convergencia son lugares donde reside el cambio por el consumo crónico de aquellas drogas de abuso que los activan y producto de esos procesos neuroadaptativos generan estados transitorios en la adicción agravándola. El sistema cannábico puede representar una alternativa interesante para frenar los citados cambios, proporcionando nuevas perspectivas terapéuticas.

6. El consumo de cannabis provoca alteraciones en la secreción neurohormonal, debido a los cambios que produce en la comunicación nerviosa encargada de regular y controlar el funcionamiento de estructuras de gran relevancia, como son el hipotálamo y la hipófisis, dando como resultado la modificación de la secreción endocrina de las hormonas gonadotróficas (que intervienen en la conducta sexual), la liberadora de la TSH (tiroidea), de crecimiento, prolactina y adrenocorticotropa⁵. El estudio trata de demostrar la presencia de receptores cannábicos en la hipófisis y se vale de la capacidad que tiene el THC de estimular directamente la liberación de prolactina para proponerlo como un modelo experimental *in vitro* que permitirá estudiar la acción molecular precisa del THC.

4. Existen dos tipos de receptores cannábicos CB₁ y CB₂, pero el causante de los efectos psicoactivos de los derivados cannábicos solamente es el primero. El fármaco aludido, SR-141716, fue desarrollado por el laboratorio farmacéutico francés Sanofi.

5. La hormona ACTH está íntimamente relacionada con la adaptación al estrés, y su control en la adicción está profundamente alterado.

4. MEMORIA-RESUMEN DEL PROYECTO: RELACIÓN DEL SISTEMA CANNABINOIDE ENDÓGENO CON LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS Y COCAÍNA (PROYECTO CORRESPONDIENTE AL AÑO 1999)

J. J. Fernández Ruiz. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

1. Objetivos abordados durante 1999

Los objetivos incluidos en el proyecto completo que han sido abordados a lo largo del segundo semestre de 1999 han sido los siguientes:

- Establecer los cambios que se producen en el sistema cannabinoide endógeno en el cerebro de animales tratados con Δ^9 -THC a dosis comparables con las del consumo humano, analizando los niveles de RNA mensajero, la activación de proteínas G y la capacidad de unión del receptor para cannabinoides, así como los niveles de cannabinoides endógenos, en las regiones cerebrales relacionadas con la conducta de adicción a drogas.
- Establecer los cambios que se producen en el sistema cannabinoide endógeno en el cerebro de animales dependientes a cocaína obtenidos a partir de experimentos de autoadministración con esta droga, analizándose, como en el objetivo anterior, los niveles de RNA mensajero, la activación de proteínas G y la capacidad de unión del receptor para cannabinoides, así como los niveles de cannabinoides endógenos, en las regiones cerebrales relacionadas con la conducta de adicción a drogas.

2. Resultados obtenidos

En los diferentes experimentos realizados para estudiar los dos objetivos anteriores se han obtenido los siguientes resultados:

Objetivo 1: Análisis de endocannabinoides y sus receptores en el cerebro de ratas tolerantes a Δ^9 -THC.

Respecto al primer objetivo, se han realizado una serie de estudios, utilizando animales tratados con Δ^9 -THC a una dosis de 5 mg/kg de peso/día durante varios días.

Se observó la esperada reducción de la densidad de los receptores para cannabinoides y de la estimulación por WIN-55,212-2 de la unión de [35 S]-GTP γ S en la mayor parte de las regiones estudiadas. La única región que no presentó cambios en ambos parámetros fue el área límbica anterior, pero lo más interesante fue que, en esta región, se observó un marcado incremento en el contenido de anandamida en los animales tolerantes a Δ^9 -THC.

Además, los contenidos de anandamida disminuyeron en el cuerpo estriado, mientras que no se encontraron cambios en el resto de las regiones. Los contenidos del otro endocannabinoide, 2-araquidonilglicerol no variaron en la mayor parte de las estructuras del cerebro de los animales tolerantes a Δ^9 -THC, excepto en el caso del estriado donde también disminuyeron significativamente.

En resumen, puede decirse que los resultados obtenidos en los experimentos de este objetivo demuestran que la activación prolongada de los receptores para cannabinoides, un hecho que ocurre en situaciones prolongadas de consumo de marihuana o hachís, conlleva un descenso de los contenidos de endocannabinoides y de sus receptores en el estriado, así como un incremento de la formación de anandamida sin cambios en sus receptores en los núcleos del sistema límbico. Estas observaciones tienen interés a la vista del papel sugerido para los endocannabinoides y sus receptores en el control de la conducta motora y del estado emocional, respectivamente.

Por último, hay que indicar que estos estudios han sido realizados en colaboración con el grupo del profesor V. Di Marzo en Nápoles (Italia) y que los resultados han dado lugar a una publicación que ha sido evaluada y aceptada en la revista *Journal of Neurochemistry* y que se adjunta con esta memoria (ver anexo I al final de esta memoria).

Objetivo 2: Análisis de los receptores para endocannabinoides en el cerebro de ratas dependientes a cocaína.

Respecto a este segundo objetivo, se han empezado a realizar los primeros estudios utilizando animales preparados en el laboratorio del Dr. Emilio Ambrosio en la UNED. Estos animales son sometidos a estudios de autoadministración de cocaína según diferentes modelos y sus cerebros se utilizan para anali-

zar los receptores para cannabinoides así como la expresión de precursores de los péptidos opioides. Se han obtenido algunos resultados preliminares que se encuentran actualmente en fase de análisis estadístico y elaboración para su publicación en alguna revista científica especializada en este área.