

INFORME N° 1
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

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.

La redacción del texto ha sido realizada por Lorenzo Sánchez Pardo.

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: 126-98-017-6

ISBN: 84-8150-185-9

Depósito legal:

E

l consumo de drogas y los problemas asociados al mismo son un tema objeto de preocupación y atención constante para todos los países, así como de debate en los principales foros internacionales. Conocer su alcance en cuanto a los consumos y la magnitud de sus consecuencias, identificar los conocimientos y las actitudes de los ciudadanos sobre las drogas y profundizar en las causas que generan y mantienen el fenómeno, son tareas imprescindibles para articular las políticas más eficaces ante un problema que afecta tan gravemente a la convivencia social.

Estas razones justificaron la creación del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el marco del Plan Nacional sobre Drogas. El Observatorio se concibe como un auténtico barómetro que nos permitirá ir disponiendo de una información permanente y exhaustiva capaz de ofrecer una visión de conjunto del fenómeno de las drogas desde sus diferentes perspectivas.

El Informe que hoy tengo la satisfacción de presentar es el primero que el Observatorio Español realiza. En él se analiza la situación de las drogodependencias en España de acuerdo con los últimos datos disponibles. A su vez, sus contenidos reflejan el esfuerzo de investigación y sistematización de numerosas instituciones, profesionales y entidades sociales. En mi calidad de Presidente del Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas, quiero felicitar a todos los que han hecho posible este primer documento y animar a sus lectores a que lo lean de un modo crítico y participativo, para que los sucesivos informes puedan ser mejorados con la ayuda de todos.

Jaime Mayor Oreja
Ministro del Interior
Presidente del Plan Nacional sobre Drogas

E

l Plan de Medidas de Lucha contra las Drogas, aprobado por el Gobierno en el Consejo de Ministros del 24 de enero de 1997, preveía la constitución de un Observatorio Español sobre Drogas. El Real Decreto 783/1998, ha plasmado jurídicamente lo previsto en dicho Plan, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, y atribuyendo a dicho Ministerio, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la competencia relativa al desarrollo en el ámbito estatal de las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de información sobre las drogas y las toxicomanías. Este Real Decreto incluye la creación del Consejo Asesor del Observatorio como órgano consultivo integrado por miembros destacados de entidades sociales, profesionales, técnicas y científicas relacionadas con la respuesta a las drogas en nuestro país.

Desde su constitución, el Observatorio Español ha venido realizando una importante labor de puesta en marcha y ordenamiento de nuevas fuentes de información, así como de revisión de las existentes. A su vez, se ha propiciado un impulso a la investigación de cara a disponer de un mejor conocimiento del estado de situación de las drogodependencias en España.

Como parte de sus funciones, el Observatorio pretende difundir de forma periódica estas informaciones y análisis para conocimiento de las instituciones y particulares que trabajan en este tema y de la sociedad en su conjunto.

El presente Informe es el primero que el Observatorio Español lleva a cabo. Para su realización se han recogido informaciones y datos de un gran número de organismos, tanto de diversas Administraciones Públicas como de instituciones privadas. Asimismo, se incluyen en este Informe los resultados de varios estudios y encuestas, impulsados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, entre los que destaca la última Encuesta Domiciliaria a la Población General, realizada a finales de 1997, y que es la segunda con esas características que se desarrolla en España.

Evidentemente, este Informe no hubiera podido ser realizado sin el esfuerzo y la dedicación de todos los organismos, instituciones y personas que han aportado sus conocimientos y experiencia para su elaboración. Quiero destacar muy especialmente el trabajo de revisión y las aportaciones de

los miembros del Consejo Asesor y la compleja tarea de redacción que tan eficazmente ha realizado D. Lorenzo Sánchez. A todos ellos quiero agradecerles su colaboración y animarles a continuar en esta labor.

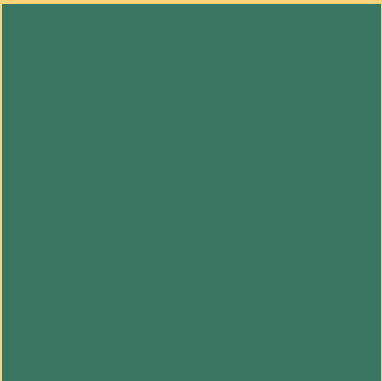
Somos conscientes de las indudables lagunas y limitaciones de este Informe inicial: por una parte, resulta francamente difícil integrar tantas informaciones parciales y dispersas; por otra, la elaboración de nuevos indicadores se encuentra aún en una fase de desarrollo que se irá perfilando paulatinamente. Sin embargo, confío en que este documento resulte de utilidad para todos aquellos que trabajan en la erradicación de las drogodependencias en nuestro país, y desde estas páginas les solicito su apoyo a fin de que nos hagan llegar cuantas observaciones y sugerencias consideren oportunas con vistas a la mejora de este Informe en las próximas ediciones.

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

Indice

Introducción	9
1. Constitución del Observatorio Español sobre Drogas (OED)	13
1. Presentación del Observatorio Español sobre Drogas	15
2. Objetivos del Observatorio Español sobre Drogas	16
3. Funciones del Observatorio Español sobre Drogas	17
4. Configuración del Observatorio Español sobre Drogas	18
5. El Sistema de Información del OED	20
2. Estado de situación del consumo de drogas: indicadores sociológicos y patrones de consumo	21
1. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997	23
2. Encuesta a Consumidores de Heroína en Tratamiento (ECHT), 1996-97	33
3. Características de los escolares (14-18 años) no consumidores de drogas	36
3. La respuesta asistencial	39
1. Indicadores de tratamiento	41
2. Características de los tratamientos con metadona en España, 1997	41
3. Indicadores sanitarios	46
4. Control de la oferta de drogas	49
1. Indicadores de oferta de drogas	51
2. Indicadores policiales	55
5. Población penitenciaria: indicadores de prisiones	65
6. Indicadores judiciales	69
1. Estudio sobre la utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión	71
2. Procedimientos judiciales	72

7. Indicadores de mortalidad	73
1. Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas	75
2. Muertes producidas por accidentes de tráfico	77
8. Indicadores de prevención: actividades en el ámbito educativo	79
9. Indicadores de inserción/reinserción	85
Anexo 1	89
Nuevos instrumentos de información del OED	
Anexo 2	95
Real Decreto 783/1998, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías	



Introducción

Entre las funciones asignadas al Observatorio Español sobre Drogas (OED), figura la difusión de información sobre diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, a través de la publicación de informes periódicos.

Estos Informes del Observatorio no pretenden sustituir a la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) que con carácter anual se edita desde 1986. Los objetivos de ambas publicaciones son distintos: Mientras la Memoria será cada vez más un documento donde se reflejen las actividades realizadas por los diferentes organismos que componen la estructura del Plan Nacional sobre Drogas (Departamentos de la Administración Central, Planes Autonómicos de Drogas y Organizaciones no Gubernamentales), en los Informes del OED se expondrán con mayor inmediatez que en la Memoria los datos procedentes de encuestas, estadísticas y estudios puntuales que sobre aspectos concretos se desarrollen en el ámbito del Plan.

Estos Informes tendrán una extensión menor que la Memoria y se editarán con menor periodicidad que ésta (está prevista la edición de dos Informes al año), pudiendo en alguna ocasión revestir un carácter monográfico, cuando la importancia del tema o el valor de los datos recogidos sobre un determinado aspecto de las drogodependencias así lo requiera.

El objetivo de este primer Informe del Observatorio Español sobre Drogas es poner a disposición de aquellas instituciones públicas y

privadas que desarrollan su actividad en el ámbito de las drogodependencias, así como de investigadores y profesionales del sector, los últimos datos de que se dispone en relación con una serie de indicadores. Estos indicadores forman un sistema (Sistema de Indicadores del Observatorio Español sobre Drogas), que pretende abarcar de la manera más globalizadora posible los diferentes aspectos que confluyen en una temática tan polifacética como es la de las drogas y las drogodependencias, y antes de su definitiva adopción fueron debatidos en el seno del Consejo Asesor del Observatorio.

El Sistema de Indicadores del Observatorio se propone facilitar mediciones cuantitativas acerca de determinados aspectos o dimensiones relacionados con el fenómeno de las drogas y las drogodependencias. Los indicadores incluidos en este sistema tienen diferentes grados de especificidad, sensibilidad y comparabilidad, es decir, distinta potencia o capacidad descriptiva, pese a lo cual, considerados en su conjunto, pueden facilitar un conocimiento adecuado de la situación actual de los consumos de drogas y las drogodependencias en España, de su evolución temporal y de la eficacia de las políticas y programas puestos en marcha para hacerles frente.

Los indicadores pueden tener una naturaleza directa o indirecta:

- Los indicadores directos facilitan mediciones directas de la población objeto de estudio (consumidores de drogas), a través de encuestas y otros métodos de recogida de información.

- Los indicadores indirectos, por su parte, ofrecen mediciones indirectas del fenómeno, fundamentalmente a través de información recogida en diferentes registros y centros, con los cuales la población consumidora tiene contacto.

Los indicadores que comprende el Sistema adoptado por el Observatorio Español, y con arreglo a los cuales se ha estructurado el presente Informe, son los siguientes:

- Sociológicos
- Patrones de consumo
- Tratamiento
- Sanitarios
- Oferta de drogas
- Policiales
- Prisiones
- Judiciales
- Mortalidad
- Prevención
- Inserción/reinserción

El contenido de este Informe se estructura de acuerdo con los siguientes capítulos:

- En primer lugar se recogen los objetivos del Observatorio, sus funciones y la configuración de sus órganos: el Consejo Asesor y la Comisión Técnica y se explica el funcionamiento del propio sistema de información del OED.
- El segundo capítulo expone el estado de situación del consumo de drogas, de acuerdo con unos indicadores sociológicos y de patrones de consumo, que se sustentan en los datos proporcionados por diferentes encuestas y estudios. Destaca entre éstas la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, cuyo trabajo de campo se realizó a finales de 1997, y de la que se ofrecen los resultados preliminares, la Encuesta a Consumidores de Heroína en Tratamiento, y datos de una explotación específica de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.

- El tercer capítulo se refiere a la respuesta asistencial y comprende indicadores de tratamiento y otros de carácter sanitario, especialmente referidos al impacto del sida en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

- El cuarto capítulo trata del control de la oferta, e incluye indicadores de oferta, así como otros de carácter policial relativos a actividades de represión del tráfico ilegal de drogas. También aparecen datos sobre la distribución y venta de alcohol, así como sanciones por consumo de drogas en la vía pública.

- El capítulo quinto se refiere a la población penitenciaria, con datos sobre la situación de los internos en centros penitenciarios y su relación con el consumo de drogas.

- En el capítulo sexto se presentan indicadores de carácter judicial, sobre los tratamientos alternativos a la prisión y los procedimientos judiciales por tráfico de drogas.

- El capítulo séptimo ofrece datos sobre mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas, así como información de un estudio relativo a fallecidos en accidentes de tráfico, relacionados con consumo de alcohol u otras drogas.

- Finalmente, los apartados octavo y noveno recogen indicadores acerca de actividades de prevención, así como de inserción social de los afectados por las drogodependencias.

- El Informe se cierra con dos anexos. En el primero de ellos se describe una serie de nuevos instrumentos de información como son las denominadas “sondas rápidas” y la página web que funciona en la Delegación del Gobierno para el PNSD. En el segundo anexo se reproduce el R.D. 783/1998, de 30 de abril, por el que se establece en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

1

Constitución del Observatorio Español sobre Drogas (OED)

1. PRESENTACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

La expansión que han registrado los consumos de diferentes drogas en las últimas décadas en España, al igual que en el resto de países europeos, está teniendo un impacto muy negativo no sólo en sus consumidores, sino también en la salud y el bienestar colectivo. Para hacer frente a los problemas que se derivan de los consumos de drogas, las diferentes Administraciones Públicas (Central, Autonómica y Local), así como numerosas Organizaciones no Gubernamentales, vienen impulsando distintas medidas preventivas, asistenciales y de apoyo a la inserción social.

La complejidad del fenómeno de las drogodependencias, así como el permanente dinamismo que registran los consumos de drogas, hace necesario disponer de una información lo más amplia y fiable posible de la situación de los consumos de drogas existente en nuestro país en un momento determinado (extensión de los consumos de las distintas sustancias, patrones de consumo dominantes, etc.), de su evolución o tendencias futuras y de las consecuencias que de los mismos se derivan (repercusiones sanitarias, sociales, legales, etc.). Estas informaciones son fundamentales en la formulación de políticas y el diseño de planes y programas de intervención con los cuales hacer frente de una forma efectiva a los problemas derivados del uso y abuso de drogas, tanto desde la perspectiva de la reducción de la demanda y la oferta de drogas, como desde la asistencia e inserción social del colectivo drogodependiente.

Precisamente para poder disponer de un barómetro permanente que permita integrar la información parcialmente dispersa y desarrollar y ampliar diferentes instrumentos de información y análisis sobre las drogas y las drogodependencias, el Gobierno de la Nación decidió incluir en el Plan de Medidas aprobado en enero de 1997, la creación del **Observatorio Español sobre Drogas (OED)**.

De acuerdo con ello, el R.D. 783/1998, de 30 de abril, establece en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Esta disposición normativa añade una función más a las que corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en estos términos: “Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tiene reconocidas en la normativa comunitaria, así como realizar y coordinar en el territorio español, a efectos internos, actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información sobre las drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, y actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las Comunidades Autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus estatutos de autonomía.”

Asimismo, se establece que corresponde a la Subdirección General del PNSD la elaboración de los documentos y la realización de las

gestiones necesarias para el ejercicio de esta nueva función.

El Observatorio Español sobre Drogas se concibe como una estructura cooperativa, integrada por diferentes fuentes de información, procedentes de instituciones públicas y privadas, especialistas y científicos, sobre la base del respeto de las responsabilidades y competencias respectivas.

La puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas constituye pues, una iniciativa institucional de gran trascendencia en el diseño y la organización de las estrategias a adoptar frente al consumo de drogas. En la medida en que el OED sea capaz de integrar de modo coherente toda la información disponible sobre las drogas y de generar nuevos instrumentos de investigación y análisis del fenómeno, estaremos en condiciones de anticiparnos de forma más eficaz a los nuevos patrones de consumo de drogas y de articular mecanismos que permitan una intervención temprana frente a las consecuencias y problemas que se deriven de los mismos.

El Observatorio Español sobre Drogas es, por lo tanto, el órgano permanente de recogida de información de las diferentes fuentes nacionales e internacionales. Su función básica será la evaluación de la situación de las drogas en nuestro país, basándose en la recogida, análisis y difusión de información que permita ponerla a disposición de las instituciones, los profesionales que gestionan y/o trabajan en el campo de las drogodependencias y el conjunto de la sociedad. Se trata también de disponer de un instrumento eficaz en la toma de decisiones por los responsables del Plan Nacional sobre Drogas para una adecuada planificación y puesta en marcha de actuaciones en la materia.

Es fundamental señalar que en el cumplimiento de las funciones y los objetivos asignados al Observatorio Español sobre Drogas, que más adelante se recogen, están involucradas diversas instancias de la Administración e instituciones y entidades de carácter público y privado, cada una de ellas con diferentes niveles de responsabilidad y protagonismo. En este sentido, debe destacarse que, además del papel que

la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas tiene asignado como responsable directo del OED, es fundamental la colaboración en el mismo de una serie de instancias y entidades de las que dependen en último término muchos de los componentes del SEIPAD (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicción a Drogas) del OED. Entre estas últimas merecen una especial mención:

- a. Órganos de la Administración Central del Estado con sistemas de información y registro generales (Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Plan Nacional sobre el Sida, Instituto Nacional de Toxicología, Dirección General de Tráfico, etc.).
- b. Planes Autonómicos sobre Drogas.
- c. Planes sobre Drogas de las Administraciones Locales.
- d. Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en el sector de las drogodependencias.
- e. Universidades y centros de investigación públicos y privados.
- f. Asociaciones profesionales y expertos en el campo de las drogodependencias.

2. OBJETIVOS DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

1. Facilitar una visión global, permanente, fiable y actualizada de los problemas relacionados con los consumos de drogas en España (elaborar diagnósticos sobre la situación de las drogas).
2. Suministrar información que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las políticas a adoptar en materia de drogodependencias, así como la adecuación de los programas de intervención a las nuevas situaciones y necesidades que vayan surgiendo (facilitar el diseño y la evaluación de las políticas sobre drogas).

3. Detectar precozmente los cambios registrados en el fenómeno (nuevas pautas de consumo, nuevos efectos asociados, etc.), que permitan identificar las tendencias de los consumos y realizar proyecciones de futuro.
4. Crear un Sistema de Información del Observatorio Español sobre Drogas que, basado en diferentes fuentes de información directas e indirectas, facilite de forma ágil información relativa a una serie de indicadores previamente seleccionados. La información a suministrar por el Sistema de Información del OED se referirá, entre otros aspectos a:
 - Las características sociodemográficas de los consumidores de drogas.
 - La situación de la oferta y la demanda de drogas.
 - Los perfiles de la población drogodependiente que accede a los centros de tratamiento u otros servicios asistenciales (servicios sanitarios, sociales, etc.).
 - La naturaleza y extensión de diversos efectos asociados al uso y abuso de drogas.
 - La percepción social que los ciudadanos tienen sobre diversos aspectos relacionados con las drogas y su consumo.
5. Determinar aquellos problemas relacionados con los consumos de drogas que deberán ser objeto de estudios e investigaciones específicas.
6. Generar una metodología homogénea y fiable para la recogida de información. Con ello, se pretende que el tratamiento de la información sea consistente para los diferentes organismos involucrados y que garantice la comparabilidad.
7. Propiciar el desarrollo de centros especializados de documentación y la difusión y el intercambio de la información existente sobre diversos aspectos relacionados con las drogas.
8. Asesorar a los diferentes centros informantes que colaboran o sean susceptibles de colaborar con el Observatorio Español sobre Drogas.

3. FUNCIONES DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

Las funciones asignadas al Observatorio Español sobre Drogas son las siguientes:

1. La actuación como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales.
2. La creación de un nuevo Sistema de Información del OED, que permita evaluar la situación de los consumos de drogas y los efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras.
3. La difusión de información sobre diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, a través de la publicación de informes periódicos, entre responsables políticos e institucionales, profesionales e investigadores, asociaciones y organizaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias, medios de comunicación, etc.
4. La colaboración y coordinación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea. El OED actuará como punto focal en España de la Red Europea de Información sobre Droga y Toxicomanías (REITOX), facilitando a través de ésta toda la información disponible en nuestro país. Asimismo, se encargará de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que facilite el OEDT.
5. La promoción de diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos.
6. El impulso del Centro de Documentación sobre Drogas y de diferentes mecanismos de intercambio y comunicación científica y técnica entre los personas que trabajan en el campo de las drogodependencias.

7. El asesoramiento a diferentes instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de drogas y las posibles medidas a adoptar.

4. CONFIGURACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

El Observatorio Español sobre Drogas es un órgano permanente de recogida de información de los múltiples aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias, dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior). Para colaborar en el desarrollo de las funciones que tiene encomendadas, se han creado en su seno las siguientes estructuras u órganos:

Consejo Asesor

Es el órgano colegiado de apoyo y asesoramiento en el ejercicio por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de las funciones que le competen cuando actúa como Observatorio Español sobre Drogas. Este Consejo Asesor será presidido por el Delegado del Gobierno para el PNSD, y formarán parte del mismo los expertos públicos y privados que se designen al efecto, entre los que figurarán representantes de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de la Carrera Judicial y/o Fiscal, del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Instituto Nacional de Toxicología y/o de los Institutos de Medicina Legal, de las ONGs de ámbito estatal que intervienen en drogodependencias, de las Comunidades Autónomas y/o Corporaciones Locales, de la Universidad, así como profesionales de experiencia acreditada en los ámbitos de la prevención y de la asistencia y reinserción social de drogodependientes.

■ Miembros del Consejo Asesor del OED

Miembros de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:

- Eufemia Sánchez Arcos (Vocal Asesor del Observatorio Español sobre Drogas)

- Emiliano Martín González (Subdirector General del PNSD)
- Gabriel Fuentes González (Director del Gabinete de Evaluación de la Delegación del Gobierno para el PNSD)
- Benigno Zamorano Atienza (Director del Gabinete de Coordinación de la Delegación del Gobierno para el PNSD)
- Camilo Vázquez Bello (Vocal Asesor de Relaciones Internacionales de la Delegación del Gobierno para el PNSD)

Miembros externos a la Delegación:

- José Cabrera Forneiro
- José Godino Izquierdo
- Manuel Sancho Ruiz
- Ignacio Calderón Balanzategui
- Amador Calafat Far
- Juan Ignacio Jiménez Frisuelos
- Joaquín Santodomingo Carrasco
- Valentín Alonso Loriente
- José Carlos Fuertes Rocañin
- Luis Domínguez Arqués
- Lorenzo Sánchez Pardo
- Juan Francisco Orsi Severino
- Teresa Salvador Llivina
- Juan Luis Recio Adrados
- Elisardo Becoña Iglesias
- Manuel Correa Gamero

■ Organización interna

Los miembros del Consejo Asesor son designados con carácter temporal y su cese se producirá por el Delegado del Gobierno para el PNSD, quién lo comunicará al Consejo Asesor.

El Consejo Asesor funcionará en Pleno y en Comisiones Técnicas o Grupos de Trabajo que serán creadas por el Pleno, con carácter temporal y para la realización de tareas específicas, cuya constitución, composición y fines serán determinados por el Pleno.

El Pleno se reunirá con carácter ordinario al menos dos veces al año, y con carácter extraor-

dinario en cuantas otras ocasiones lo considere oportuno el Presidente.

Las reuniones serán convocadas por el Presidente, acompañándose del Orden del Día correspondiente.

Un miembro de la Delegación del Gobierno para el PNSD, elaborará las actas de las reuniones tomando nota de los acuerdos a que se llegue en las mismas, remitiendo copia de aquéllas a los miembros del Consejo Asesor para su conocimiento y efectos.

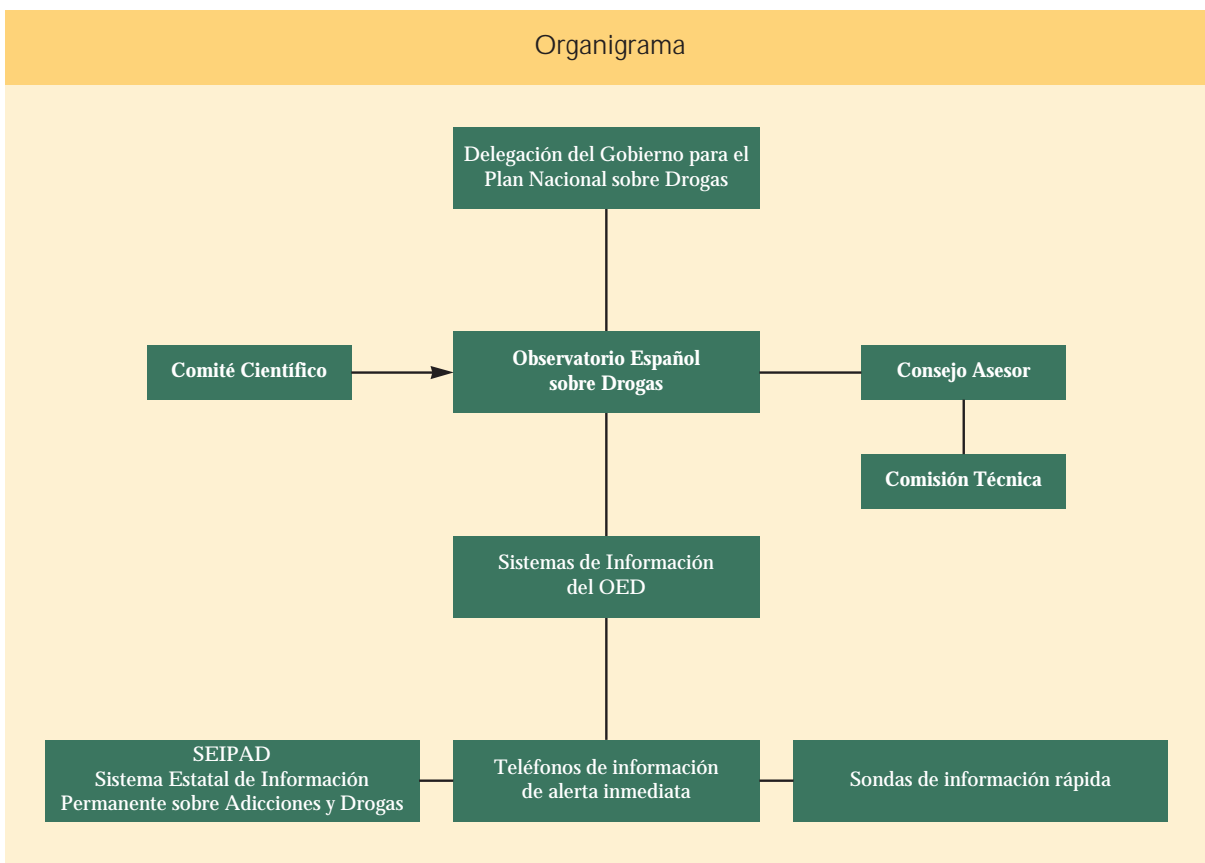
■ Funciones

El Consejo Asesor se configura como un órgano de carácter consultivo, cuyas funciones son:

1. Conocer, informar y asesorar, en su caso, acerca de las propuestas de estudios, encuestas e investigaciones que le sean presentados para su consideración por la Delegación del Gobierno para el Plan

Nacional sobre Drogas, así como de aquellos otros ya realizados para los que se requiera su valoración. Todo ello con el fin de potenciar al Observatorio Español sobre Drogas en su función de analizar la situación de las drogodependencias en España.

2. Conocer, informar y asesorar, en su caso, en la elaboración de planes de actuación que en relación con las diversas áreas de actividad del PNSD (prevención, asistencia, reinserción social, impulso legislativo, persecución y control del tráfico ilícito de drogas, coordinación nacional e internacional, investigación, etc.) le sean sometidas para su consideración por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
3. Elaborar por iniciativa propia cuantos informes, estudios, propuestas y sugerencias estime conveniente en las materias antes señaladas, para su elevación a la Delegación del Gobierno para el PNSD.



Por su parte, la propia Delegación, podrá encargar al Consejo Asesor en Pleno o a alguna Comisión Técnica, Grupo de Trabajo o miembro individual del Consejo, la realización de estudios e informes sobre las citadas materias.

Comisión Técnica

Sus componentes se harán cargo de dar soporte técnico a las funciones del Observatorio. Se ocupará de la preparación de informes dirigidos al Consejo Asesor y de las relaciones entre dicho Consejo y las fuentes informantes.

Difundirá los informes aprobados por el Consejo Asesor y mantendrá comunicación y coordinación permanente con otros Observatorios y con el Observatorio Europeo sobre la Droga y las Toxicomanías.

Integrada por:

- Eufemia Sánchez Arcos
- Camilo Vázquez Bello
- José Cabrera Forneiro
- Emiliano Martín González
- Fernando Martín-Pinillos Marco
- Francisco Rábago Lucerga
- Lorenzo Sánchez Pardo

5. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL OED

La configuración definitiva de los componentes del Sistema de Información del OED, que permitirá la recogida de información que precisa el Observatorio Español sobre Drogas para atender las funciones que le han sido asignadas, es el resultado del siguiente proceso:

- a) La identificación de todas las fuentes de información disponibles a nivel autonómico, nacional e internacional, proporcionada tanto por los sistemas específicos de intervención sobre drogas como por otros sistemas (sanitario, judicial, penitenciario, servicios sociales, etc.).
- b) El establecimiento de las prioridades en materia informativa.

- c) La determinación de los métodos de recogida de información y propuesta de creación de nuevas fuentes o sistemas de información.
- d) La selección de un sistema estable de indicadores claves, que permita su comparabilidad en series temporales, tanto entre las diferentes Comunidades Autónomas, como con los países integrados en la Unión Europea.

El Sistema de Información del OED estará integrado por diferentes componentes o subsistemas, algunos de los cuales venían siendo utilizados hasta el momento y otros que serán creados coincidiendo con la puesta en marcha del OED. Por otra parte, algunos de los subsistemas disponibles hasta la fecha, como el representado por el hasta ahora denominado SEIT, deberán ser objeto de revisión, con el fin de mejorar la calidad de la información suministrada, agilizar los mecanismos de transmisión de la información y revisar sus actuales indicadores.

En síntesis, la principal novedad que supone el Sistema de Información del OED en relación con los sistemas de información existentes en la actualidad, es la incorporación del anterior SEIT a un nuevo subsistema de información, el **Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD)**, que integrará los indicadores hasta ahora disponibles y se enriquecerá con la información procedente de nuevas fuentes: **Sondas de Información Rápida y Teléfonos de Alerta Inmediata**.

La actualización de los citados indicadores y su inclusión en el SEIPAD requerirá la estrecha colaboración de las partes que ahora participan en el mismo (Sistemas Autonómicos de Información de los Planes Autonómicos sobre Drogas, Hospitales colaboradores, Institutos Anatómico Forenses e Instituto Nacional de Toxicología).

Por su parte, para la puesta en funcionamiento de las nuevas fuentes de información previstas será preciso el establecimiento de diferentes espacios de trabajo conjunto con las instituciones involucradas. Ambos procesos, revisión de las actuales fuentes de información y la configuración de nuevas fuentes, requerirán un procedimiento de implantación progresiva.

2

**Estado de situación del consumo
de drogas: indicadores sociológicos
y patrones de consumo**

1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE CONSUMO DE DROGAS, 1997

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, se encuadra dentro del Programa de Encuestas Nacionales que viene promoviendo la Delegación del Gobierno para el PNSD, que prevé la realización de modo alternativo cada año de una Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y de una Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas.

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997, constituye un importante instrumento que aportará valiosa información sobre la prevalencia de los consumos de las diferentes drogas entre los españoles, los perfiles de la población consumidora, la evolución de los consumos y las actitudes y opiniones de los ciudadanos en relación con aspectos básicos relacionados con los consumos de drogas y las medidas a adoptar para resolver los problemas derivados de los mismos.

Es preciso destacar las innovaciones metodológicas que se han incluido en la realización de la edición de la Encuesta Domiciliaria de 1997. Quizá la más significativa sea el haber utilizado un muestreo de probabilidad que evita las sustituciones, fuente principal de distorsión de los datos, y hace posible el cálculo de los errores muestrales y del efecto del diseño introducido por el carácter polietápico de la muestra. Otro aspecto a mencionar son las mejoras en el diseño y aplicación del cuestionario que han incluido la autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas.

A continuación se ofrecen los resultados provisionales obtenidos por la Encuesta Domiciliaria, puesto que en el momento de la elaboración del presente informe todavía no se ha llevado a cabo el análisis sistemático de toda la abundante información recopilada. Pese a ello se ha preferido ofrecer los primeros datos disponibles, a sabiendas de que los mismos serán ampliados y enriquecidos con análisis posteriores.

Metodología

■ Universo

El universo de la investigación ha estado constituido por la población residente en el territorio nacional, incluidas las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, ambas incluidas.

■ La muestra

El tamaño inicial de la muestra se estimó en 9.000 entrevistas. Sin embargo, finalmente se realizaron **12.445 entrevistas** para el conjunto del territorio, puesto que ocho Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla solicitaron con cargo a su propio presupuesto el incremento de las entrevistas asignadas inicialmente a sus territorios, a fin de aumentar la precisión de sus estimaciones.

Por tanto, la afijación de las entrevistas en cada una de las Comunidades Autónomas no ha sido proporcional a la población de las mis-

mas. Otro tanto ocurre con la distribución del número de entrevistas por grupos de edades, que tampoco ha sido proporcional, sino que se ha sobrerrepresentado la población de 15 a 35 años, puesto que es en estas edades donde se registran los mayores consumos de drogas.

■ Puntos y procedimiento de muestreo

La muestra se ha aplicado en 568 municipios y 1.436 secciones censales.

El muestreo ha sido **polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional**. Ese procedimiento se ha aplicado en cada una de las Comunidades y territorios objeto de muestreo. La selección de las unidades últimas (individuos) se ha realizado por selección sistemática de los hogares; posteriormente se ha procedido a la selección de los individuos mediante tabla de números aleatorios. En este diseño muestral no se han admitido sustituciones ni de hogares ni de individuos.

Prevalencia de los consumos de las diferentes sustancias

■ Tabaco

Un 68,5% de los españoles de 15 a 65 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, situándose la edad media de contacto con esta sustancia en los 16.6 años para el conjunto de la población. Las mujeres se inician o prueban por primera vez el tabaco a una edad más tardía (17.4 años frente a 16.0 en los varones).

Tabla 2.1. Prevalencia del consumo de tabaco

	%
Ha probado alguna vez	68,5
Ha consumido en el último año	45,0
Ha consumido en el último mes	40,7
Consume a diario	32,9

El 40,7% de la población analizada ha consumido tabaco en el último mes y un 32,9% fuma

diariamente. Los mayores consumidores diarios de tabaco se registran entre:

- Los hombres (40,6%)
- Las personas de 29 a 38 años (44%)
- Personas con estudios de BUP/FP (37,5%) y EGB (37,4%)

Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar. Así, un 26,2% de los menores de 19 años ha probado el tabaco antes de los 14 años.

Tabla 2.2. Inicio en el consumo de tabaco por tramos de edad

	Edad media de inicio (años)	% que ha fumado alguna vez
De 15 a 18 años	14.1	55,7
De 19 a 28 años	15.7	74,2
De 29 a 38 años	15.9	79,1
De 39 a 48 años	16.8	72,0
49 y más años	19.2	57,9
Total población	16.6	68,5

También se constata que las mujeres de 15 a 18 años de edad empiezan antes a fumar que los varones de la misma edad (el 31,4% de las mujeres frente al 23,1% de los varones prueba el tabaco antes de los 14 años), fenómeno contrario al observado en generaciones anteriores.

Por otro lado, un significativo 20,2% de los jóvenes con edades comprendidas **entre los 15 y los 18 años** fuman todos los días. Es importante resaltar que este es el único segmento de edad de los analizados en el que **el consumo de tabaco a diario es superior entre las mujeres**, ya que un 25,6% de las mujeres declara fumar a diario frente a tan sólo el 15,3% de los hombres de dicha edad.

■ Alcohol

El alcohol es sin duda la sustancia de mayor penetración, un 89,9% de la población de 15 a 65 años lo ha consumido alguna vez, un 60,7% lo hizo en el último mes y un 12,9% bebe diariamente (Tabla 2.3.).

	%
Ha probado alguna vez	89,9
Ha consumido en el último año	77,7
Ha consumido en el último mes	60,7
Consume a diario	12,9

Los porcentajes de bebedores diarios aumentan a medida que lo hace la edad del entrevistado. Los mayores consumos diarios de alcohol se registran entre:

- Personas con más de 49 años (el 22,3% toma alcohol diariamente, llegando hasta el 36,2% entre los varones de esa edad).
- Personas con estudios primarios o inferiores (18,8%).

Un 60,7% **declara haber consumido alcohol en los últimos 30 días**. Los consumidores en el último mes son mayores en el segmento de edad de 19 a 28 años (68,9%), e inferiores a la proporción total entre las personas de 15 a 18 años (45,2%) y los que tienen 49 y más años (52,9%). Es destacable el alto porcentaje de consumo en el último mes de los que tienen estudios universitarios (72,8%), detectándose un mayor consumo en los últimos 30 días a medida que crece el nivel de estudios de la población.

La distribución semanal de la frecuencia de los consumos de alcohol (Tabla 2.4.) permite identificar **un patrón de consumo de fin de semana**, que mantiene el 27,8% de los encuestados.

	%
A diario	12,9
5 ó 6 días semana	2,8
3 ó 4 días semana	4,9
1 ó 2 días semana	27,8
Menos de 1 día/semana	27,8

El consumo de fin de semana (1 ó 2 días a la semana) está muy arraigado entre los jóvenes llegando al 43,0% de los que tienen entre 19 y 28 años y al 30,9% de los de 15 a 18 años. Este tipo de consumo sobresale entre los que tienen un nivel de estudios de BUP/FP (37%) y los universitarios (35,2%).

La edad media en la que se prueba por primera vez las bebidas alcohólicas es de 16.8 años, siendo mayor **en dos años** entre las mujeres (17.9) respecto a la de los varones (15.9).

El hecho de que un 29,3% de los menores de 19 años haya probado el alcohol antes de los 14 años, porcentaje que desciende al 23,4% entre los jóvenes de 20 a 24 años, indicaría que el primer contacto con el alcohol actualmente **se inicia a unas edades más tempranas**.

	Edad media de inicio (años)
De 15 a 18 años	14.7
De 19 a 28 años	15.8
De 29 a 38 años	16.5
De 39 a 48 años	17.5
49 y más años	18.4
Total población	16.8

Los episodios de intoxicación por ingesta abusiva de alcohol (“borracheras”) son bastante frecuentes (Tabla 2.6.), como pone de relieve el que el 9,3% de los entrevistados se haya emborrachado al menos en una ocasión el último año o el que un 1,1% se emborrache diariamente.

	%
Todos los días	1,1
5 ó 6 días semana	0,1
3 ó 4 días semana	0,1
1 ó 2 días semana	1,4
1 a 3 días al mes	2,5
1 día cada 2/3 meses	4,2
1 ó 2 días al año	9,3

■ C  nabis

El c  nabis es la droga ilícita más consumida. Un 21,7% la ha probado alguna vez y un 4% lo hizo en el último mes (Tabla 2.7.).

	%
Ha probado alguna vez	21,7
Ha consumido en el último año	7,5
Ha consumido en el último mes	4,0
Consume a diario	0,9

Los mayores niveles de experimentación con los derivados del c  nabis se localizan en el tramo de edad de 19 a 28 años (el 36,1% los ha probado) y en los municipios de mayor tamaño (el 25%). El 20,2% de los jóvenes de 15 a 18 años también los ha probado.

Los consumos habituales (referidos al último mes) afectan a un 4% de los españoles, alcanzando hasta un 9,4% entre los jóvenes de 19 a 28 años y entre las personas con estudios secundarios (un 7,1%).

Figura 2.1. Proporción de consumidores de c  nabis



El 0,9% de la población consume c  nabis con una frecuencia diaria o casi diaria.

La edad media de inicio se sitúa en los 18.9 años, observándose que se reduce a medida que lo hacen los segmentos de edad (Tabla 2.8.).

Tabla 2.8. Inicio en el consumo de c  nabis por tramos de edad

	Edad media de inicio (años)	% que ha consumido alguna vez
De 15 a 18 años	15.6	20,2
De 19 a 28 años	17.4	36,1
De 29 a 38 años	18.7	31,3
De 39 a 48 años	22.0	20,8
49 y más años	28.1	3,0
Total población	18.9	21,7

■ Extasis

El   xtasis, las ‘‘pastis’’ o las ‘‘pirulas’’ han sido probadas alguna vez por el 2,5% de la población con una edad comprendida entre los 15 y 65 años. Esta sustancia despunta en las edades más tempranas, donde ha sido consumida en alguna ocasión por el 6,2% de los jóvenes de 19 a 29 años y por un 3,8% de los menores de 18 años. Asimismo un 0,2% tom   éxtasis o ‘‘pirulas’’ en el último mes (0,9% entre los jóvenes de 15 a 18 años) y el 1,0% en el último año (2,9% en el segmento más joven).

Tabla 2.9. Prevalencia del consumo de   xtasis

	%
Ha probado alguna vez	2,5
Ha consumido en el último año	1,0
Ha consumido en el último mes	0,2

En relación a la continuidad de los consumos (Tabla 2.10.), hay que señalar que el 1,1% de la población ha sido o es consumidor continuado (lo ha tomado durante más de seis meses), siendo significativa la presencia de este consumo ininterrumpido entre las edades de 19 a 28 años (3,1%).

Figura 2.2. Proporción de consumidores de éxtasis

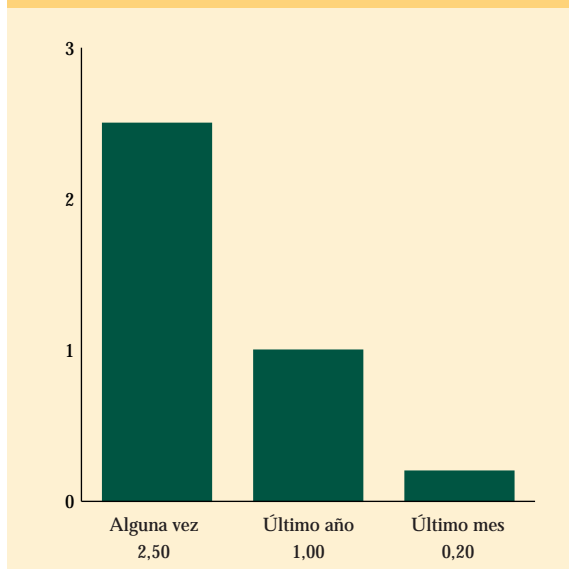


Tabla 2.10. Continuidad en el consumo de éxtasis

	%
Durante más de 6 meses	1,1
Entre 1 y 6 meses	0,4
Menos de 1 mes	1,0

La edad media de inicio al consumo de éxtasis se sitúa en 19.9 años, siendo de 16.3 años para el grupo de edad de 15 a 18 años.

■ Tranquilizantes y somníferos

La ingesta de tranquilizantes sin receta en el último año, alcanza al 2,0% de la población, mientras que los somníferos sin receta fueron consumidos en el último año por un 1,2%.

■ Otras sustancias psicoactivas

Entre las sustancias incluidas en este apartado es la cocaína con un 3,2%, los alucinógenos (2,6%) y las anfetaminas (2,5%) las sustancias con mayores niveles de experimentación (Tabla 2.11.).

Tabla 2.11. Consumo de otras sustancias alguna vez en la vida y edad media de este consumo inicial

	% que ha consumido alguna vez	Edad media
Cocaína	3,2	21.3
Alucinógenos	2,6	18.9
Anfetaminas, speed	2,5	19.3
Inhalables	0,7	18.6
Heroína	0,5	20.7
Otros opiáceos	0,5	21.0
Base, basuco, crack	0,4	21.4

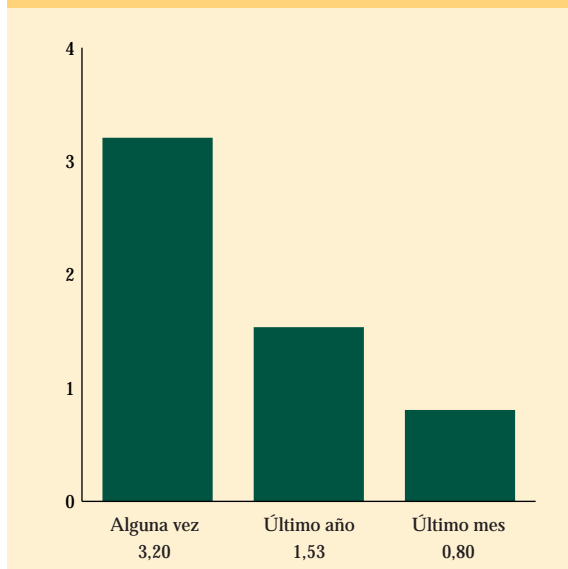
La base, basuco, crack y la heroína y otros opiáceos registran bajos niveles de consumo experimental (0,4% y 0,5% respectivamente).

Con respecto a los consumos más frecuentes (Tabla 2.12.), es la cocaína la que mantiene

Tabla 2.12. Consumo de sustancias en los últimos 12 meses y en el último mes

	Último año (% total consumidores)	Último mes (% total consumidores)	Último mes (% consumidores de 15 a 18 años)
Inhalables	0,16	0,06	0,35
Base, basuco, crack	0,15	0,04	0,00
Cocaína	1,53	0,80	0,84
Anfetaminas, speed	0,87	0,24	0,60
Alucinógenos	0,89	0,23	0,54
Heroína	0,23	0,15	0,00
Otros opiáceos	0,13	0,08	0,21

Figura 2.3. Proporción de consumidores de cocaína



mayores niveles de consumo tanto en el último año como en el último mes.

Hay que destacar que el porcentaje de españoles de 15 a 65 años que ha consumido **heroína** en el último mes es del 0,15%. Los mayores consumos en este intervalo temporal se dan en las ciudades de más de 400.000 habitantes (un 0,29%) y entre personas con estudios primarios o inferiores (0,25%).

■ El fenómeno del policonsumo

El policonsumo es un patrón de uso de drogas muy generalizado (el 45,3% de los españoles ha tomado dos de las sustancias analizadas a lo largo de su vida y un 16,3% tres).

El análisis de la asociación existente entre los consumos de diferentes sustancias, evidencia los siguientes aspectos:

Entre los **consumidores actuales de cannabis** un 89% toma también alcohol, un 85,8% fuma tabaco, el 15,3% consume cocaína, un 5% alucinógenos, el 4,8% éxtasis y el 2,1% heroína.

Los consumidores de **cocaína** mantienen en altísimas proporciones consumos de alcohol (92,5%), tabaco (87,8%) y marihuana (76%). También son significativos los consumos de

anfetaminas (16,9%), alucinógenos (12%), éxtasis (10,4%) y heroína (8%).

Los consumidores actuales de **éxtasis** lo son también en proporciones muy elevadas de cannabis (90,9%), alcohol (87,2%), tabaco (77,3%), anfetaminas (41,3%) y cocaína (40%). También son relevantes los consumos de opiáceos (8,9%) e inhalables (8,6%).

Opiniones y actitudes ante las drogas

■ Actitud frente a la legalización de las drogas

Los españoles son mayoritariamente contrarios a la legalización de las drogas, propuesta que únicamente es respaldada por el 18,5% de las encuestas. La legalización del hachís y la marihuana es apoyada por el 25,9% de los españoles de 15 a 65 años.

Las actitudes más proclives a la legalización de las drogas se registran entre quienes las consumen, retroalimentándose la actitud y los componentes de consumo. (Tabla 2.13.).

■ Riesgo asociado al consumo de drogas

El análisis de las opiniones sobre los efectos asociados a diferentes patrones de consumo de drogas, permite identificar el riesgo percibido del uso de las distintas sustancias (Tabla 2.14.).

Los consumos de al menos 1 vez a la semana de sustancias como la heroína, los alucinógenos, la cocaína y el éxtasis son las conductas percibidas como más peligrosas, de hecho el 89,4%, el 86,6% y el 80,7% respectivamente las asocia con la aparición de muchos problemas para los consumidores.

En el polo opuesto existen una serie de conductas a las que se atribuye una baja problematicidad, medida en los porcentajes de encuestados que consideran que de las mismas no se deriva ningún problema o pocos problemas: tomar cinco o seis copas/cañas en el fin de semana (52,6%), tomar tranquilizantes una vez al mes o menos (36,8%), fumar un paquete de tabaco diario (29,1%) y fumar hachís/marihuana una vez al mes o menos (28,2%).

Tabla 2.13. Consumidores actuales de sustancias y actitudes hacia la legalización del cannabis y otras drogas

	Total consumidores último mes (%)	Proclives legalización cannabis (%) consumidores	Proclives legalización todas las drogas (%) consumidores
Cannabis	4,00	11,10	7,50
Éxtasis	0,20	0,50	0,40
Cocaína	0,80	2,26	1,46
Anfetaminas	0,24	0,58	0,43
Alucinógenos	0,23	0,80	0,55
Heroína	0,15	0,35	0,49
Otros opiáceos	0,08	0,18	0,27

Tabla 2.14. Problemas que pueden significar cada una de las siguientes situaciones

	Ningún problema (%)	Pocos problemas (%)	Bastantes problemas (%)	Muchos problemas (%)	NS/NC (%)
Fumar 1 paquete de tabaco a diario	4,7	14,9	42,2	36,6	1,6
Tomarse 5 ó 6 copas/cañas el fin de semana	17,6	35,0	26,4	19,4	1,6
Tomarse 5 ó 6 copas/cañas cada día	2,1	8,0	33,9	54,3	1,6
Fumar hachís/marihuana 1 vez al mes o menos	11,7	16,5	19,4	46,1	6,4
Fumar hachís/marihuana 1 vez por semana o más	5,3	9,2	19,9	59,5	6,2
Tomar tranquilizantes 1 vez al mes o menos	13,2	23,6	18,3	37,2	7,7
Tomar tranquilizantes 1 vez por semana o más	4,6	12,7	25,0	50,5	7,2
Consumir éxtasis 1 vez al mes o menos	1,8	5,2	18,3	67,4	7,3
Consumir éxtasis 1 vez por semana o más	0,5	0,8	10,9	80,7	7,1
Consumir cocaína 1 vez o menos al mes	1,6	4,2	13,9	74,4	5,6
Consumir cocaína 1 vez por semana o más	0,7	0,8	8,1	85,0	5,3
Consumir heroína 1 vez o menos al mes	0,6	1,7	10,6	82,1	4,9
Consumir heroína 1 vez por semana o más	0,4	0,3	5,1	89,4	4,8
Consumir alucinógenos 1 vez o menos al mes	1,1	2,8	11,6	78,3	6,2
Consumir alucinógenos 1 vez por semana o más	0,4	0,4	6,3	86,6	6,3

Tabla 2.15. Grado de dificultad para la obtención de las siguientes sustancias

	Fácil/muy fácil (%)	Difícil/imposible (%)	NS/NC (%)
Hachís/marihuana	44,8	42,6	12,6
Éxtasis y otras drogas de diseño	33,8	50,0	16,2
Cocaína	32,6	52,0	15,4
Heroína	30,3	54,4	15,3
LSD, Acidos	30,1	52,7	17,1

El alcohol, y también en menor medida los tranquilizantes, son las únicas sustancias con las cuales la población discrimina en mayor medida el peligro de su consumo en función de la cantidad tomada.

■ Disponibilidad de las sustancias

El hachís y la marihuana son las sustancias más accesibles a la población ya que un 44,8% considera fácil su obtención (especialmente las personas de 19 a 28 años, ya que un 64,1% dice que lo podría obtener sin problemas), seguidas del éxtasis y la cocaína. La heroína y los alucinógenos son de fácil obtención para el 30% de la población (Tabla 2.15.).

■ Importancia atribuida a las drogas ilegales

Las drogas ilegales suponen un problema muy importante en el lugar de residencia para cinco de cada diez entrevistados, si bien el 19,7% lo valora como “nada importante” (Tabla 2.16).

Tabla 2.16. Porcentaje de españoles que consideran que las drogas son un problema nada, algo o muy importante

	%
Nada importante	19,7
Algo importante	28,0
Muy importante	46,5
NS/NC	5,8

En general es **poco habitual encontrarse con actividades de tráfico o con consumidores de drogas ilegales**, aunque el 14,8% de los españoles se encuentra con cierta frecuencia jeringuillas en el suelo, un 11,1% ve toxicómanos

caídos en el suelo, vendedores de droga (9,6%) o bien consumidores de heroína en el momento de consumo (9,7%).

■ Actuaciones a realizar para resolver el problema de las drogas ilegales

Las actuaciones que a juicio de los ciudadanos deberían impulsarse para resolver el problema de las drogas ilegales son las siguientes (respuestas múltiples):

- **Educación** sobre las drogas en la escuela (92,1%)
- Tratamiento **voluntario** a los consumidores (84,3%)
- **Control policial** y de aduanas (81,3%)
- **Campañas** explicando los riesgos de las drogas (80,6%)
- **Leyes estrictas** contra las drogas (74,2%)
- Tratamiento **obligatorio** a los consumidores (53,2%)
- Administración de **metadona** a los heroínomanos (52,0%)
- Administración **médica de heroína** a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos (38,0%)
- **Legalización** del hachís y la marihuana (25,9%)
- **Legalización** de todas las drogas (18,5%).

Conclusiones

El análisis de los datos aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997, así como su comparación con los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1995 y otras recientes investigaciones de este tipo

realizadas en nuestro país (*Estudio sobre los Consumos de Drogas y Factores Asociados en el Municipio de Madrid, 1997*), permite establecer una aproximación respecto a las grandes tendencias registradas en los consumos de drogas en España en los últimos años.

Es preciso señalar que no es posible una comparación directa de las prevalencias registradas en las Encuestas Domiciliarias de 1995 y 1997, puesto que el universo de la Encuesta Domiciliaria de 1995 estuvo integrado por los españoles de 15 y más años (sin límite de edad), en tanto que en la Encuesta Domiciliaria de 1997 el universo lo constituían las personas de 15 a 65 años. La exclusión en esta última encuesta de la población de más de 65 años (precisamente el grupo de edad donde los consumos de drogas son significativamente más reducidos) provoca que, aún en el supuesto de que los hábitos de consumo de drogas de los españoles se hubieran mantenido inalterables en el período de 1995-1997, los porcentajes resultantes en sus diversas modalidades de consumo resulten superiores si se realiza una comparación directa.

El análisis detallado de los resultados de las Encuestas Domiciliarias de 1995 y 1997 requerirá por tanto el reequilibraje de los datos, ponderando adecuadamente la influencia del factor edad en los mismos. Igualmente hay que considerar las innovaciones en la aplicación del cuestionario —autoadministración en el conjunto de las sustancias— y en otros aspectos metodológicos —por ejemplo, diseño muestral—, tal y como se reflejaba en el apartado de “metodología” de esta encuesta.

Hechas estas precisiones, podemos señalar la existencia de una serie de conclusiones respecto de la situación actual de los consumos de drogas y sus tendencias, que se señalan a continuación:

1ª Existe una amplia penetración social de los consumos de ciertas sustancias — básicamente tabaco y alcohol— en la sociedad española, favorecida por la incorporación al consumo de nuevos grupos sociales (adolescentes y mujeres).

Estas sustancias son, por tanto, una realidad cotidiana en nuestro país, con las

que tienen un contacto más o menos frecuente un número importantísimo de ciudadanos y cuyo uso se realiza de manera creciente en contextos de normalidad social. Sirva para ilustrar esta afirmación el hecho de que un 89,9% de los ciudadanos encuestados en 1997 reconoce haber bebido alcohol en alguna ocasión, el 68,9% haber probado el tabaco y un 21,7% los derivados del cánnabis.

2ª La evolución global de los consumos de drogas en España en los últimos años gira en torno a dos grandes procesos compatibles entre sí: el incremento en el número de ciudadanos que en algún momento de su vida han tenido contacto con las drogas (tanto legales como ilegales) y la reducción del número de personas que hacen un uso frecuente de estas sustancias.

Podemos apreciar que mientras han crecido de forma notable entre 1995 y 1997 los consumos experimentales (“alguna vez en la vida”) y ocasionales (“consumo en el último año”) de drogas como el tabaco o el alcohol, se mantienen inalterables los porcentajes de fumadores diarios y se ha reducido de forma importante el porcentaje de personas que consumen alcohol con una frecuencia diaria o casi diaria. Si en 1995 el porcentaje de personas que habían fumado en alguna ocasión era del 50,5%, en 1997 se situaba en el 68,7%, siendo escasas las variaciones en los porcentajes de fumadores diarios (un 30,5% en 1995 frente al 32,9% de 1997), explicándose estos últimos por los cambios en la metodología de las dos últimas encuestas nacionales y no tanto por las variaciones en los hábitos en el uso del tabaco.

Mucho más claro resulta este fenómeno en el caso del alcohol. Si bien los porcentajes de quienes han consumido alguna vez en su vida y en el último año han crecido de forma notable (pasando del 64% de 1995 al 89,9% en 1997 y del 63,8% al 77,7% respectivamente), descienden los consumos realizados en el último mes y diariamente desde el 30,8% al 28,9% y del 18,4% al 12,9%.

- 3^a **Los consumos de las diferentes sustancias no siguen una tendencia uniforme**, puesto que junto a sustancias que han visto reducidos sus niveles de prevalencia en relación a 1995, como el alcohol, la heroína, las anfetaminas y las drogas de síntesis (estas dos últimas de forma leve), otras, como el tabaco, se han estabilizado y algunas, como la cocaína y especialmente los derivados del cánnabis, registran tendencias expansivas.
- 4^a **Continúa descendiendo el porcentaje de consumidores de heroína** en todas sus modalidades (experimentales, ocasionales y habituales), fruto de la menor incorporación de nuevos consumidores y, seguramente, del impacto de los programas asistenciales.
- 5^a **Aunque levemente, parece que continúa creciendo el consumo de cocaína**, específicamente entre los consumidores habituales.
- 6^a **El consumo de éxtasis, después de años de fuerte crecimiento, está viendo estabilizados sus niveles de prevalencia**. Una elevada proporción de quienes han consumido esta sustancia en alguna ocasión ya no lo hacen actualmente.
- 7^a **Tras un período de cierta estabilización, los consumos de cánnabis están creciendo de forma significativa en los últimos años**, habiéndose incrementado tanto los porcentajes de ciudadanos que lo han consumido alguna vez como los que lo han hecho en el último mes. La expansión del consumo de los derivados del cánnabis se justifica por su importantísima presencia entre los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, como se evidenció en la anterior Encuesta Escolar (1996).
- 8^a **El consumo de alcohol en España está reduciéndose de forma moderada**, si bien continúa siendo muy importante. Este descenso en la prevalencia del alcohol es coherente con la reducción de los niveles de las compras de bebidas alcohólicas registradas en el Panel de Consumo Alimentario de 1995, 1996 y 1997, que elabora el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- 9^a **El consumo habitual de tabaco parece haberse estabilizado**, después de varios años de descenso sostenido. La quiebra en la reducción del tabaquismo se explica fundamentalmente por la importante incorporación de mujeres jóvenes a este hábito, que contrarresta el número creciente de exfumadores. Debe recordarse que en el grupo de edad de 15 a 18 años fuma el 31,4% de las mujeres frente al 23,1% de los varones.
- 10^a **Continúa creciendo el uso de tranquilizantes e hipnóticos, en particular de aquellos que no son utilizados bajo control médico**. El 2% de los encuestados reconoce el consumo en el último año de tranquilizantes sin receta médica y otro 1,2% de hipnóticos, siendo muy superior su uso entre las mujeres. Un patrón bastante habitual en el uso de estas sustancias consiste en el inicio del mismo por prescripción facultativa y su continuidad siguiendo un modelo de automedicación (*Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en el Municipio de Madrid*).
- 11^a **Las sustancias con mayores niveles de prevalencia** (alcohol, tabaco y, en menor medida, los psicofármacos) y aquellas que en la actualidad registran tendencias expansivas claras (el caso de los derivados del cánnabis), son las percibidas por los ciudadanos como menos peligrosas.
- 12^a **A pesar de que los consumos de drogas ilícitas continúan** siendo un problema muy importante para casi la mitad de los ciudadanos españoles, se está reduciendo progresivamente la sensación de alarma asociada al fenómeno.
- 13^a **Existe un elevado nivel de coincidencia entre las propuestas y demandas que formulan los ciudadanos a las instituciones** para resolver el problema de las drogas, principalmente educación en las escuelas (92,1%), tratamiento voluntario de los drogodependientes, campañas de información/sensibilización y medidas policiales y legales, con las actividades que vienen desarrollando las Administraciones Públicas. Sólo el 18,5% de los ciudadanos consideran la legalización como la solución al problema de las drogas.

2. ENCUESTA A CONSUMIDORES DE HEROÍNA EN TRATAMIENTO (ECHT), 1996-97

Objetivos

La DGPNSD ha promovido la realización de la Encuesta a Consumidores de Heroína en Tratamiento (ECHT). El objetivo de la ECHT es ampliar la información sobre los consumidores de heroína admitidos a tratamiento facilitada por el indicador “admisión a tratamiento” del SEIT. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.) de los consumidores de heroína que inician tratamiento.
- Conocer el grado de integración social de esta población y la prevalencia de algunos problemas sociales.
- Conocer los patrones de consumo de las principales sustancias psicoactivas (frecuencia de consumo, vía de administración, etc.).
- Conocer la prevalencia de algunos problemas de salud frecuentes en esta población, en especial la infección por VIH.
- Conocer la prevalencia de las principales prácticas de riesgo para la infección por VIH (uso de la vía inyectada, uso compartido de jeringuillas, prácticas sexuales sin protección, etc.).
- Conocer el grado de utilización de los distintos servicios sanitarios y sociales, con especial atención a los servicios dedicados a la prevención y el tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Conocer la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de drogas, incluido el alcohol, en los familiares y usuarios.

Metodología

- Encuesta transversal a una muestra de personas admitidas a tratamiento por consumo de heroína.

- El universo de la investigación ha estado integrado por las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína en los centros que notificaron al SEIT en todas las Comunidades Autónomas, salvo Galicia, durante el año 1996, excepto en la Comunidad Autónoma de Cataluña en que se entrevistó a las personas admitidas a tratamiento durante el año 1997.
- La muestra estuvo integrada por 2.600 personas, estratificándose por Comunidad Autónoma. La selección de los entrevistados se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático, basado en el orden de admisión de los pacientes.
- La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario constituido en su mayor parte por preguntas cerradas y precodificadas. Los cuestionarios fueron cumplimentados por los profesionales de los centros incluidos en la muestra.

Principales resultados

■ Características sociodemográficas

- Cuatro de cada cinco (81,8%) son varones.
- A diferencia de lo que ocurría hace unos años, la edad media de los consumidores es ya relativamente alta (29.1 años) y la proporción de consumidores menores de 20 años muy baja (4,6%).
- En general tienen un nivel de estudios bajo. Un 52,8% no llegó a completar la EGB o cursos equivalentes, un 28,7% completó la EGB y el resto completó el bachillerato o estudios universitarios.
- Con mucha frecuencia están parados. Durante el mes anterior la mayoría de los consumidores (60,2%) estuvo la mayor parte de los días en paro, superando el 50% en todas las Comunidades Autónomas.
- Un porcentaje importante obtiene la mayor parte de sus ingresos de actividades ilegales, aunque la mayoría los obtiene del trabajo propio o de la ayuda fami-

liar o social. Durante el último año un 32,8% de los consumidores obtuvo la mayor parte de sus ingresos de su propio trabajo, un 16,4% de la ayuda familiar, un 15,1% de robos o venta de cosas robadas, un 12,6% de venta de drogas y un 6,4% de ayuda social o gubernamental.

■ Conflictos sociales

- Con mucha frecuencia han sido detenidos o han estado en prisión.
- Tres de cada cuatro (73,1%) han estado alguna vez detenidos. La edad media de la primera detención fue 20.6 años.
- Algo menos de la mitad (40,3%) han estado alguna vez en prisión. La edad media del primer ingreso en prisión fue 22 años. Por término medio los consumidores permanecieron presos 10 meses.

■ Historia del consumo de heroína

- La primera vez que consumieron heroína tenían por término medio 20 años y la vía de consumo más frecuente fue la pulmonar (fumada “en chinos”), siendo la vía intranasal (esnifada) o la intravenosa mucho menos frecuentes.
- La evolución hacia el consumo habitual, tras el primer consumo la mayoría fue bastante rápida. Un 58,8% tardó seis meses más o menos. El tiempo medio entre el primer consumo y el consumo diario o casi diario fue de 13.6 meses.
- La vía de administración más frecuente cuando comenzaron a consumir heroína habitualmente fue la pulmonar (un 51,8%) o la parenteral (34%).
- Muchos consumidores han cambiado una o más veces de vía principal de administración de la heroína a lo largo de su historia de consumo, siendo desde la vía parenteral a la vía pulmonar, el cambio más frecuente en la última transición.
- Existen importantes diferencias geográficas en el uso de las diferentes vías de administración, tanto en la usada inicialmente, como en la vía habitual inicial, así como en la evolución predominante. En

las CCAA del sudoeste la vía fumada (fumar “chinos”) fue la predominante tanto para el consumo por primera vez como cuando se empezó a consumir diariamente, mientras el porcentaje de los que usan la vía inyectada es progresivamente más alto a medida que nos desplazamos hacia las Comunidades del nordeste. Mientras las vías pulmonar e intravenosa parecen ser vías que se mantienen en el tiempo, la vía esnifada, aunque suele ser una vía frecuente de inicio en algunas Comunidades, un porcentaje importante la abandona relativamente pronto.

- El 79,4% de los entrevistados en Canarias y el 68% en Andalucía habían fumado la heroína la primera vez que la consumieron, mientras en Baleares el 46,9% se la había inyectado.
- En Cataluña el 56,6% esnifaron la heroína la primera vez que la consumieron, mientras que sólo el 37% mantenía dicha vía cuando comenzó a consumir diariamente. En Cantabria dichos porcentajes fueron del 53,1% y del 23,4%.

■ Patrones actuales de consumo de heroína

- La mayoría consume heroína diariamente. Durante el mes previo al tratamiento, un 81,7% consumió diariamente, un 9,8% de uno a seis días por semana, un 1,7% menos de un día por semana.
- La mayoría consume fundamentalmente heroína marrón (el 73,5% consumió este tipo de heroína en el último mes). Las únicas Comunidades donde predomina la heroína blanca son Cataluña y Baleares.
- La vía predominante de administración de la heroína es la pulmonar (fumada “en chinos”), aunque sigue existiendo un porcentaje importante de consumidores cuya vía principal es la parenteral. También aquí puede contemplarse el patrón geográfico con la tendencia a disminuir la vía pulmonar en las Comunidades del nordeste. Durante el mes previo al inicio del tratamiento un 16,1% de los encues-

tados consumió la heroína siempre o casi siempre mezclada con cocaína, un 13,6% lo hizo de vez en cuando y un 70,5% nunca. La mayoría (56,9%) de los encuestados que consumen la mezcla de heroína y cocaína, lo suelen hacer por vía parenteral y el 43,7% compran ya preparada la mezcla.

■ Consumo de crack

- La mayoría de los consumidores de heroína españoles ha experimentado ya con el crack y actualmente muchos lo consumen habitual o esporádicamente, habitualmente en forma de “chinos”. Casi tres de cada cuatro consumidores de heroína españoles (72,2%) ha consumido crack alguna vez en su vida, casi la mitad (46,8%) el último año y la cuarta parte (28,5%) el último mes.
- El crack se ha extendido sobre todo en las Comunidades del sudoeste (Ceuta, Andalucía, Canarias y Extremadura), donde predomina el consumo de heroína por vía pulmonar (fumada). Las Comunidades con mayor proporción de consumidores de crack durante el último mes fueron Ceuta (81,1%), Andalucía (49,4%), Canarias (48,3%) y Extremadura (42,2%) y las Comunidades con menor proporción Aragón (3,1%), Baleares (4,4%), Cantabria (4,7%) y La Rioja (6,7%).
- Hay evidencias de que algunos consumidores se inyectan el crack, posiblemente previa acidificación, siguiendo el mismo proceso que con la heroína en forma de base. Un 10,1% de los que consumieron crack durante el último año se inyectaron esta sustancia alguna vez durante ese período.
- Más de la mitad de los consumidores (el 52,4%) se preparan ellos mismos el crack cocinando el clorhidrato de cocaína (cocaína blanca en polvo) sobre todo con amoníaco líquido.
- En algunas Comunidades del sudoeste de la península (Andalucía y Extremadura) y en Canarias y Ceuta, donde existe una mayor extensión del consumo y, pro-

bablemente hace más años que dicho consumo se extendió, existe ya un mercado consolidado de crack.

■ Consumo de cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína)

- Casi todos los consumidores de heroína han probado la cocaína y la primera vez lo hicieron mayoritariamente por vía intranasal (esnifada).
- Aproximadamente la mitad de los consumidores de heroína ha consumido cocaína en polvo recientemente (un 58,6%).

■ Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias

- Entre los consumidores de heroína la experimentación con otras drogas diferentes a la heroína o cocaína es muy frecuente. Un 94,7% ha probado cánnabis alguna vez en su vida, un 84,5% tranquilizantes o pastillas para dormir, un 62,9% LSD y otros alucinógenos, un 59,7% speed o anfetaminas, un 57,8% opioides distintos a heroína, un 36,2% drogas de síntesis y un 17,3% sustancias volátiles.

■ Práctica de compartir jeringuillas

- La práctica de usar jeringuillas o material de inyección usado previamente por otro, sigue estando bastante extendida. De los que se inyectaron durante el año previo a la admisión a tratamiento un 34% usó alguna vez jeringuillas usadas antes por otros.

■ Infección por VIH

- La mayoría de los encuestados (77,4%) se ha realizado en alguna ocasión la prueba de detección de anticuerpos frente al virus del sida (VIH), lo que indica que un porcentaje muy importante ya ha contactado con los servicios sanitarios.
- Casi una cuarta parte de los consumidores de heroína que acuden a tratamiento son seropositivos al VIH, independientemente de las vías de administración que utilicen para consumir drogas. (Un 22,7% de los encuestados son seropositivos al Anti VIH).

- La seropositividad al VIH es mayor entre los heroinómanos que se han inyectado drogas alguna vez en su vida, aunque en la actualidad no se inyecten. Los que se han inyectado alguna vez, tienen un porcentaje de seropositividad al VIH del 32%, frente al 2,9% de los que nunca se han inyectado.
- Los mayores porcentajes de seropositividad al VIH se dan en las comunidades donde también son mayores los porcentajes de heroinómanos que utilizan la vía inyectada.

■ Relaciones y apoyo social

- Con bastante frecuencia los consumidores tienen hermanos que también son o han sido consumidores de heroína o se inyectan drogas. En un 40,1% de los casos el cónyuge o pareja estable actual de los encuestados ha consumido heroína alguna vez en su vida y la mayoría lo ha hecho el año anterior a la admisión a tratamiento.
- Un 13,5% de los consumidores ha convivido en el último año con personas distintas de los hermanos o la pareja estable que tienen experiencia con la heroína o con la inyección de drogas.
- Muchos consumidores tienen dificultades para encontrar, fuera del centro de tratamiento, gente con quien hablar clara y sinceramente de sus problemas con las drogas y de otros problemas personales.
- Las relaciones sociales, fuera de la pareja y los convivientes, de algunos consumidores de heroína son muy escasas. Excluyendo a sus convivientes o parejas, durante el año anterior a la admisión a tratamiento un 30% no salió ni se relacionó en un contexto de ocio con amigos o colegas consumidores de heroína y un 28,2% no lo hizo con amigos o colegas no consumidores de heroína.
- Los consumidores de heroína necesitan con frecuencia cuidados por enfermedad, alojamiento, comida o dinero y la persona que más les suele ayudar es su madre. Durante el año previo a la admisión a tratamiento, un 26,4% de los consumi-

res tuvo necesidades de cuidados por enfermedad, que fueron cubiertas por la madre (49,6%) y la pareja (25,5%).

■ Tratamientos previos por abuso o dependencia

- La mayoría ya habían estado en tratamiento para dejar de consumir heroína o a causa de su dependencia de esta droga. Un 71,9% de los encuestados dicen haber estado previamente en tratamiento por abuso o dependencia de heroína.
- De todos los tratamientos que se realizan, sólo uno de cada cinco incluye tratamiento de mantenimiento con metadona y otros opioides. En un 18,2% de los consumidores que habían realizado algún tratamiento, el último tratamiento antes del actual incluyó mantenimiento con metadona y otros opioides.

■ Uso de servicios sociales y sanitarios

- El importante nivel de deterioro social y sanitario de los consumidores de heroína es compatible con un escaso contacto con los servicios sociales y sanitarios.
- En el año previo al inicio de tratamiento el 18,3% tuvo un ingreso hospitalario.
- El 19,2% visitó los servicios sociales y un 20,1% estaba recibiendo ayuda económica institucional.

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCOLARES (14-18 AÑOS) NO CONSUMIDORES DE DROGAS

A partir de los datos recogidos por la Encuesta Escolar sobre Drogas, realizada en 1996 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, complementados con otros provenientes de la literatura científica, se ha llevado a cabo la elaboración de un informe sobre las características de los estudiantes que no consumen ningún tipo de drogas.

Además del interés que, en sí mismo, posee el informe por lo que supone de innovador el

estudio de las características y estilos de vida de los no consumidores, los datos aportados constituyen un instrumento de gran utilidad para el establecimiento de prioridades y estrategias preventivas. Conocer las actitudes y comportamientos de los jóvenes no consumidores permitirá, sin duda, incrementar la información disponible sobre los factores de protección. Una de las conclusiones más significativas del estudio es que los jóvenes que tienen cinco valores catalogados como de protección, multiplican por doce sus posibilidades de no ser consumidores respecto de aquellos que no tienen ninguno. Repasemos algunas de estas conclusiones:

Características sociodemográficas

En primer lugar, la edad parece estar muy relacionada con ser o no ser consumidor de algún tipo de droga. La probabilidad de no ser consumidor se establece en relación inversa a la edad: lógicamente, a menor edad mayor probabilidad de no haber consumido aún drogas.

Otro dato relevante lo constituye el absentismo escolar ya que guarda una estrecha relación con el consumo/no consumo. Así, cuanto menos se falta a clase más probabilidades se tiene de no consumir. Las probabilidades de no consumir entre los que no han faltado ningún día en el último mes y aquellos otros que han faltado tres días, se duplican.

Igualmente, tiene una gran importancia la variable rendimiento escolar. Aquellos estudiantes que no han repetido ningún curso muestran tres veces más probabilidades de no consumir que aquellos otros que han repetido dos.

Estilos de vida

Pero quizá una de las mejores variables para predecir con éxito el consumo/no consumo sean las salidas con amigos. Cuantos más días se salga entre semana con los amigos, menos probabilidades de no consumir. De tal modo que los que salen un solo día tienen tres veces más probabilidades de no consumir que los que salen más de tres días.

Un indicador aún mejor que el anterior es el número de noches que se sale en la semana. Los que salen una noche a la semana cuadruplican las probabilidades de no ser consumidor comparados con los que salen cuatro noches.

Otras variables relacionadas con cierta intensidad con el consumo/no consumo tienen que ver con la práctica de actividades culturales —asistencia al teatro, al cine y museos— y deportivas. Aquellos que realizan alguna de estas actividades de forma semanal, tienen más probabilidades de no ser consumidores que aquellos otros que las realizan menos de un día a la semana o nunca.

En coherencia con la anterior, pasar el tiempo libre en bares/pubs está muy relacionado con distintas probabilidades de ser consumidor o no. Aquellos que nunca pasan su tiempo libre en bares/pubs tienen diez veces más probabilidades de no consumir que aquellos otros que realizan esta actividad diariamente.

Factores familiares

Aunque hay otros factores que inciden como la propia estructura familiar, lo realmente importante en el ámbito de la familia es el tipo de comunicación existente. De aquí que los estudiantes que conviven en familias de alta comunicación duplican sus probabilidades de no consumir ningún tipo de drogas.

Otro factor familiar fundamental es la imitación de los comportamientos de los padres. Así, los estudiantes que conviven en familias en las que no hay ningún fumador tienen más probabilidades de no consumir que aquellos otros estudiantes que conviven en familias con uno o dos fumadores (padre y madre). La relación se intensifica para las familias en las que hay tres fumadores (padre, madre y hermano).

Igualmente ocurre con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los padres. La relación entre consumo de los padres y menor probabilidad de los hijos de no consumir se da para todos los casos con valores de intensidad suave. Pero esta relación se intensifica significativamente para los casos en los que se puede

definir el consumo de los padres como de habitual y fuerte (más de tres días a la semana y más de cinco vasos diarios).

Amigos y otros factores

El consumo de drogas por los amigos es otro de los indicadores más relevantes. Los estudiantes que no tienen amigos consumidores multiplican por cinco sus probabilidades de no consumir drogas, respecto de los que tienen varios amigos que consumen. Entre otros factores significativos podemos también citar la cantidad de dinero disponible: los no consumidores disponen de un 16,4% menos de dinero con relación a la media, en tanto que los consumidores disponen de un 2,7% más.

Por último, es preciso destacar la importancia de las opiniones y las actitudes. Así, los que creen que consumir drogas trae muchos problemas multiplican por tres sus posibilidades de no ser consumidores respecto a los que creen lo contrario.

En cuanto a las actitudes de aceptación y rechazo, el consumo de alcohol durante los fines de semana es el que menor porcentaje de estudiantes rechaza. Le siguen el grupo de conductas de consumo de sustancias de forma esporádica.

La conducta más rechazada es el consumo de heroína de forma habitual. Para todos los casos, los que no consumen puntúan hacia el rechazo de conductas de consumo en mayor grado que los que consumen.

3

La respuesta asistencial

1. INDICADORES DE TRATAMIENTO

Los indicadores de tratamiento recogen fundamentalmente, datos relativos al número y características de las personas que siguen las diferentes modalidades de programas terapéuticos, así como las nuevas demandas y su evolución temporal. Estos datos se suministran a través básicamente del indicador tratamiento del SEIT, así como de los informes remitidos por los Planes Autonómicos sobre Drogas.

En el momento de elaboración de este primer Informe del OED, aún no se dispone de las últimas cifras relativas al año 1997, que se recogerán en el próximo Informe del Observatorio.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS CON METADONA EN ESPAÑA, 1997

En este apartado se incluyen los principales resultados de un estudio de carácter descriptivo realizado por el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona, por encargo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas sobre los programas de tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM). La importancia creciente que estos tratamientos han ido adquiriendo en el marco de las políticas y estrategias asistenciales frente a las drogodependencias inducidas por opiáceos, aconsejaba la realización de una investigación que aportara información respecto a las características y actividades de los centros que a finales de 1997 realizaban este tipo de tratamientos en España. Se

pretendía, además, analizar los cambios que los TMM han ido registrando desde 1994, fecha en la que se realizó un estudio de similares características.

Objetivos

1. Describir las características de los centros (ubicación, recursos humanos, aspectos organizativos, etc.).
2. Describir las prácticas terapéuticas de los programas de mantenimiento con metadona (criterios de inclusión y exclusión, dosis utilizadas, duración del tratamiento, etc.).
3. Describir las características de los usuarios incluidos en los TMM (su volumen, características demográficas, procedencia, etc.).
4. Caracterizar los programas de mantenimiento con metadona.
5. Identificar los cambios registrados en los TMM en relación con la situación de los mismos existente en 1994.

Metodología

Se trata de un estudio de carácter descriptivo sobre las características y actividades de los centros que en el último trimestre de 1997 realizaban TMM en España, que contó con la colaboración de las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El estudio incluyó cuatro fases:

■ Localización, selección y contacto con los centros objeto de estudio

Esta fase se llevó a cabo a partir de los listados de centros facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas y por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. La relación de centros que realizaban TMM quedó establecida en 642, de los cuales, 76 se corresponden con centros penitenciarios. En la Tabla 3.1. se recoge la distribución territorial de los centros, así como su clasificación, según que actúen como centros prescriptores (CPs), dispensadores (CDs), prescriptores/dispensadores (CPDs) o bien se trate de centros penitenciarios.

■ Elaboración y revisión del cuestionario

A fin de facilitar la identificación de los cambios registrados en los programas de mantenimiento con metadona a lo largo de los últimos años, se utilizó para la recogida de la información el mismo cuestionario que en 1994, con diversas modificaciones.

■ Recogida de datos

La recogida de la información se realizó mediante cuestionario autocumplimentado por los coordinadores del centro o la persona responsable de los TMM. El envío de cuestionarios se inició el 26.11.97 y la recogida se cerró el 04.05.98.

Tabla 3.1. Número de centros por "tipo de centro" según listados facilitados por las CC.AA. y la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

	Centro prescriptor-dispensador	Centro prescriptor	Centro dispensador	Centro penitenciario	Total
Andalucía	16	54	184	10	264
Aragón	6	—	—	4	10
Asturias	4	—	9	1	14
Baleares	6	6	6	2	20
Canarias	23	—	—	3	26
Cantabria	4	—	4	2	10
Castilla-La Mancha	7	—	—	7	14
Castilla y León	10	12	5	8	35
Cataluña	31	10	23	8	72
Extremadura	20	—	—	3	23
Galicia	17	—	—	5	22
C. de Madrid	6	10	1	9	26
Murcia	8	—	3	1	22
Navarra	9	—	9	1	19
País Vasco	10	3	1	3	17
La Rioja	1	—	3	—	4
C. Valenciana	7	17	8	7	39
Ceuta	1	1	—	1	3
Melilla	1	—	—	1	2
Total	187	113	256	76	642

Resultados provisionales

En el momento de la elaboración del presente informe únicamente se había procesado la información contenida en 457 cuestionarios del total de 519 recibidos (la tasa de respuesta fue del 82%). Los datos que a continuación se enumeran se refieren pues a estos 457 centros, cuya tipología se recoge en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2. Correspondencia de dos criterios de tipo de centro *

Tipo centro, según CC.AA.	CPD	CP	CD**
Centro prescriptor dispensador	167	9	6
Centro prescriptor	8	66	—
Centro dispensador	12	—	167
No definido	13	—	9
Total	200	75	182

* Tres centros no cumplían la definición propuesta

** CPD: centro prescriptor-dispensador, CP: centro prescriptor, CD: centro dispensador.

■ Características estructurales

1. Características administrativas

- Los centros que realizan prescripción y dispensación se localizan en un 45% en centros específicos de drogodependencias y en un 23,5% en centros penitenciarios.
- El 77% de los centros prescriptores se localizan en centros específicos de drogodependencias.
- El 76% de los centros dispensadores por el contrario están ubicados en centros de atención primaria.
- El 97% de los programas de mantenimiento con metadona están localizados en centros que realizan otros programas de tratamiento (en el 91% programas de tratamiento de dependencias a drogas ilegales y en un 68% al alcohol).

2. Financiación

- La financiación de los centros corresponde a las administraciones públicas, siendo frecuente que colaboren diferentes

organismos públicos en su financiación (el 40% de los centros cuentan con financiación de varios organismos).

- El 80% de los centros son financiados total o parcialmente por las Comunidades Autónomas. Los ayuntamientos contribuyen a la financiación del 25% de los centros.

3. Características físicas

- El 70% de los centros cuenta con alguna medida de seguridad, si bien estas medidas varían según el tipo de centros (el 80% de los CPDs y el 68% de los CDs tienen medidas de seguridad, siendo las más frecuentes las cajas de seguridad y el personal de vigilancia respectivamente).
- La adecuación de las instalaciones para el desarrollo de las actividades obtuvo una valoración media de un 4,64 en una escala de 0 a 9.
- * Por su parte, la aceptación del centro por parte de la comunidad en la que está situado obtiene una puntuación media de 6,26 en esa misma escala.

4. Horarios

- Un 22% de los centros con dispensación mantienen su actividad todos los días de la semana, en tanto que el 63,7% mantienen la dispensación fuera del horario laboral.

5. Profesionales

- El tipo de profesionales varía según el tipo de centros (Tabla 3.3.), si bien globalmente considerados son (por este orden) los enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y farmacéuticos los profesionales con mayor presencia en los centros.
- El 21% de los centros cuenta con voluntarios y colaboradores.

6. Servicios ofertados

- Además del tratamiento con metadona los centros brindan diversos servicios, siendo los más frecuentes: de salud general (analítica general, detección de VIH y Ac HB y HC, mantoux, profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, diagnóstico

embarazo y ETS, etc.), los servicios de salud mental (excepto psicoterapia grupal), actividades preventivas (información, distribución de preservativos y en el 22% de los centros también de jeringuillas, etc.) y actividades de asistencia socio-laboral (coordinación con recursos terapéuticos y sociales, información recursos sociales, apoyo familiar, etc.).

■ Características funcionales

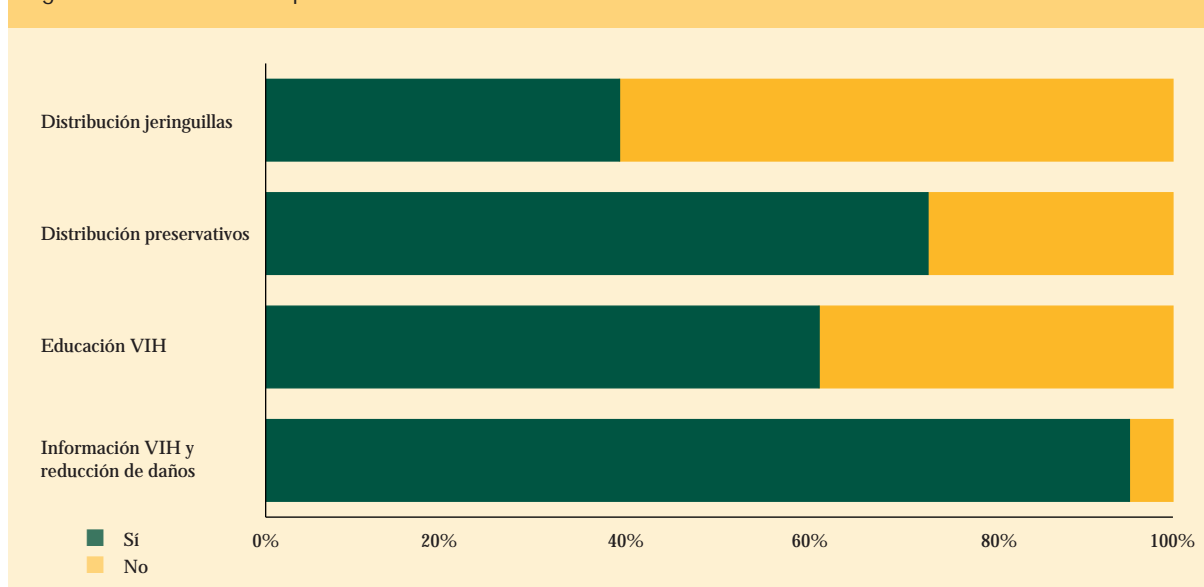
1. Filosofía y tipos de tratamiento

- Si bien el 78% de los TMM incluyen tanto objetivos paliativos como orientados a la abstinencia, el 48% de los usuarios atendidos en los mismos tienen exclusivamente objetivos paliativos en su plan de tratamiento.

Tabla 3.3. Porcentaje de centros que disponen de al menos un profesional de la categoría indicada, según tipo de centro

	Centro prescriptor-dispensador	Centro prescriptor	Centro dispensador	Total
ATS	80,0	36,4	87,4	75,6
Auxiliar	48,0	18,2	18,1	31,2
Médico	87,5	89,6	36,8	67,8
Psiquiatra	22,0	13,0	1,6	12,4
Psicólogo	76,0	88,3	8,3	51,3
Educador	24,5	20,8	2,8	15,3
Trabajador social	74,0	80,5	21,7	54,5
Administrativo	59,5	62,3	16,1	42,9
Farmacéutico	55,0	31,2	42,2	46,2

Figura 3.1. Actividades preventivas ofertadas



- El 40% de los usuarios incorporados a TMM accediera a los mismos por iniciativa propia. El 67% de los centros incluye a usuarios procedentes de otros programas desarrollados en el mismo centro.

2. Criterios de inclusión y expulsión de los TMM

- El 90% de los centros señalan como criterios relevantes de inclusión el embarazo, el sida y la presencia de patología orgánica grave. Otros criterios, como VIH positivo, la patología psiquiátrica, el fracaso en tratamientos previos y la problemática social grave son considerados importantes para el 70-80% de los centros. La demanda de los usuarios como criterio de inclusión es considerado un criterio relevante en el 50% de los centros.
- En relación con los criterios de expulsión, un 80% de los centros consideran la violencia, el tráfico de drogas y/o de metadona y el consumo de drogas como los más importantes. Le siguen en importancia la falsificación de recetas y la manipulación de las muestras de orina. Menos del 50% considera criterios de expulsión relevantes las faltas de asis-

tencia y el consumo de opioides y otras drogas ilegales.

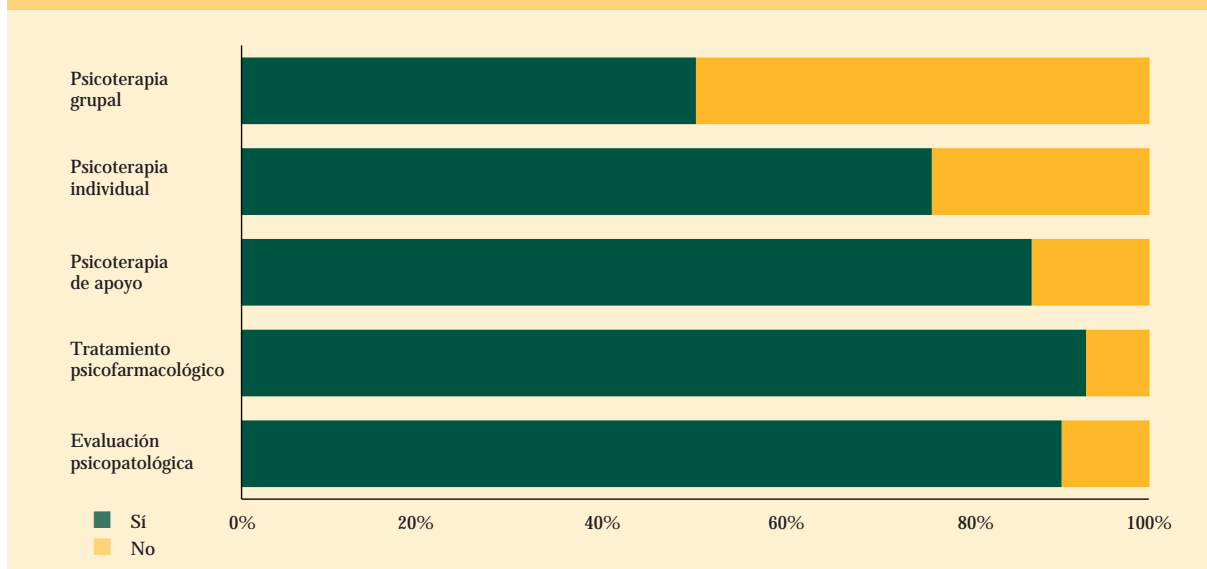
3. Dosis de mantenimiento con metadona

- Existen grandes variaciones en las dosis medias que reciben los usuarios de los diferentes centros, que oscilan entre 10 mg y 425 mg. En el 75% de los centros la dosis media es igual o superior a 60 mg día.
- La dosis media global de metadona ponderada por el número de usuarios en cada centro es de 71 mg/día.
- En el 31% de los centros los beneficiarios de los TMM conocen la dosis que toman y en el 90% saben si ésta es aumentada o disminuida. La opinión de los usuarios influye bastante (en el 42% de los centros) o mucho (15%) en la modificación de las dosis de metadona recibidas.

■ Características de los usuarios

- Desde que se pusieron en marcha los primeros TMM hasta finales de 1997 se estima que en España han sido tratadas 87.780 personas. A finales de 1997 había en España 51.000 pacientes en tratamiento en estos centros.

Figura 3.2. Servicios de salud mental ofertados



- En el último año han sido dados de alta, por diferentes motivos, 14.310 pacientes.
- El 84% de los usuarios son hombres, siendo la edad media de 30.3 años.
- La proporción de usuarios con VIH positivo se sitúa en el 43,8%.

3. INDICADORES SANITARIOS

De acuerdo con el Registro Nacional de casos de sida, del total de los 50.155 casos notificados desde 1981 hasta el 31 de marzo de 1998,

el 64,3% (32.259) corresponden a UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral).

El porcentaje de casos de sida correspondiente a usuarios de drogas por vía parenteral ha ido bajando en los últimos años, desde el 66,2% de 1994 al 62,1% de 1997.

Por Comunidades Autónomas, los porcentajes más altos de casos de sida en UDVP corresponden a Ceuta (77,4%), País Vasco (76,5%), Extremadura (75,5%), Andalucía (72,0%) y Castilla y León (70,4%), y los más bajos a Canarias (32,8%), Baleares (50,8%) y Murcia (55,5%).

Figura 3.3. Sida en España. Datos acumulados desde 1981. Número y porcentaje de casos de sida en UDVP según la Comunidad Autónoma de residencia. Registro Nacional de casos de sida. Fecha de actualización: 31.03.98

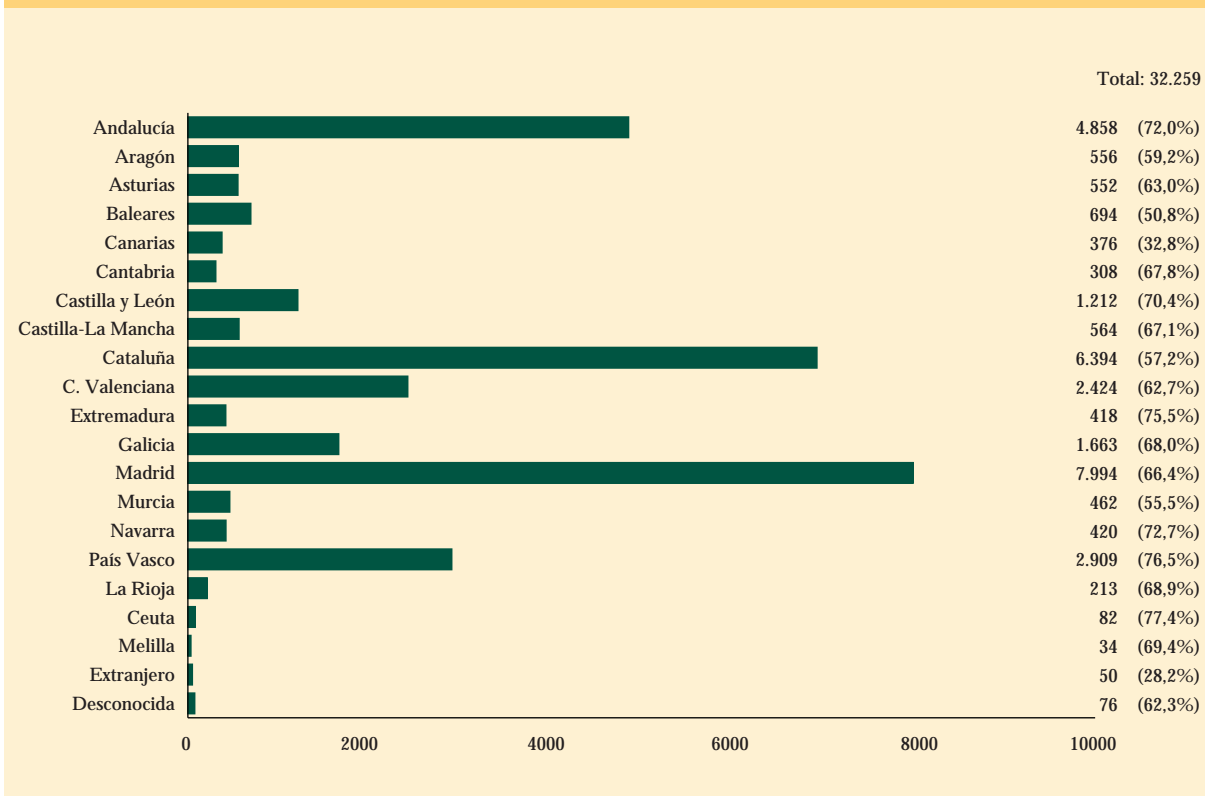
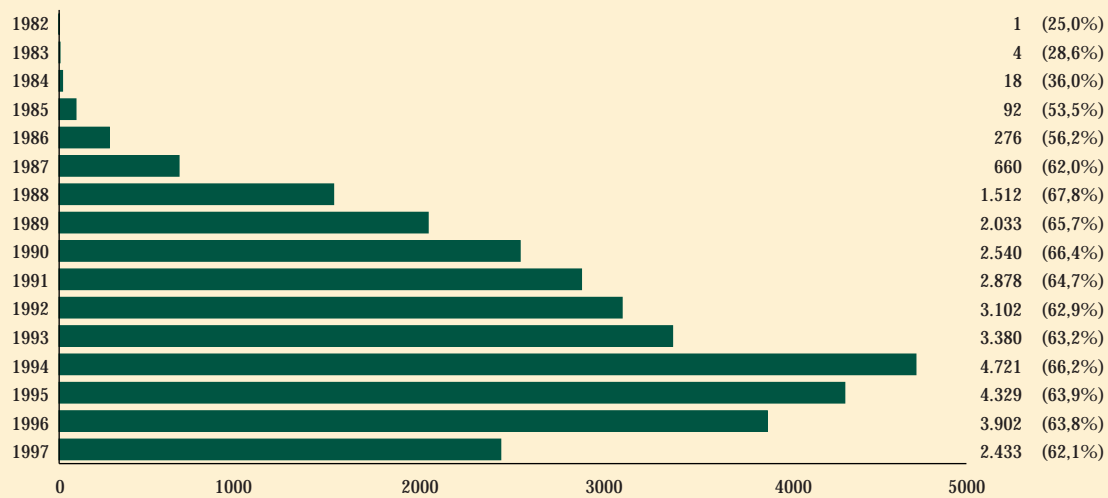


Figura 3.4. Sida en España. Número y porcentaje de casos de sida en UDVP, según año de diagnóstico. Registro Nacional de casos de sida. (Datos anuales no corregidos por retraso en la notificación). Fecha de actualización: 31.03.98.



4

Control de la oferta de drogas

1. INDICADORES DE OFERTA DE DROGAS

Sustancias intervenidas

Durante 1997 han crecido de forma importante las sustancias intervenidas, en particular lo referido a los derivados del cánnabis y a la cocaína (Figura 4.1. y Tabla 4.3.).

Las cantidades de cánnabis intervenido se han incrementado en un 27,5% con respecto a 1996. Las intervenciones de cocaína han creci-

do un 34%, en tanto que la heroína intervenida se ha reducido en un 10,8%.

Por su parte, tal como se aprecia en la Tabla 4.1., otras sustancias como el crack, el LSD o el speed han visto incrementadas las cantidades intervenidas en relación a 1996, con unos incrementos del 15,2%, 89,6% y del 123,8% respectivamente. Son especialmente importantes los incrementos del LSD y el speed. Por el contrario, las cantidades de éxtasis decomisadas se han reducido en un 45,7% con respecto a 1996.

Tabla 4.1. Cantidades de crack, LSD, éxtasis y speed decomisadas. España, 1991-1997

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Crack (gramos)	430	304	373	539	685	685	789
LSD (dosis)	8.704	9.662	7.061	7.213	15.437	13.373	25.357
Éxtasis (pastillas)	22.165	45.352	274.423	306.501	739.511	340.444	184.950
Speed (gramos)	4.164	22.785	34.221	31.736	35.038	53.411	119.550

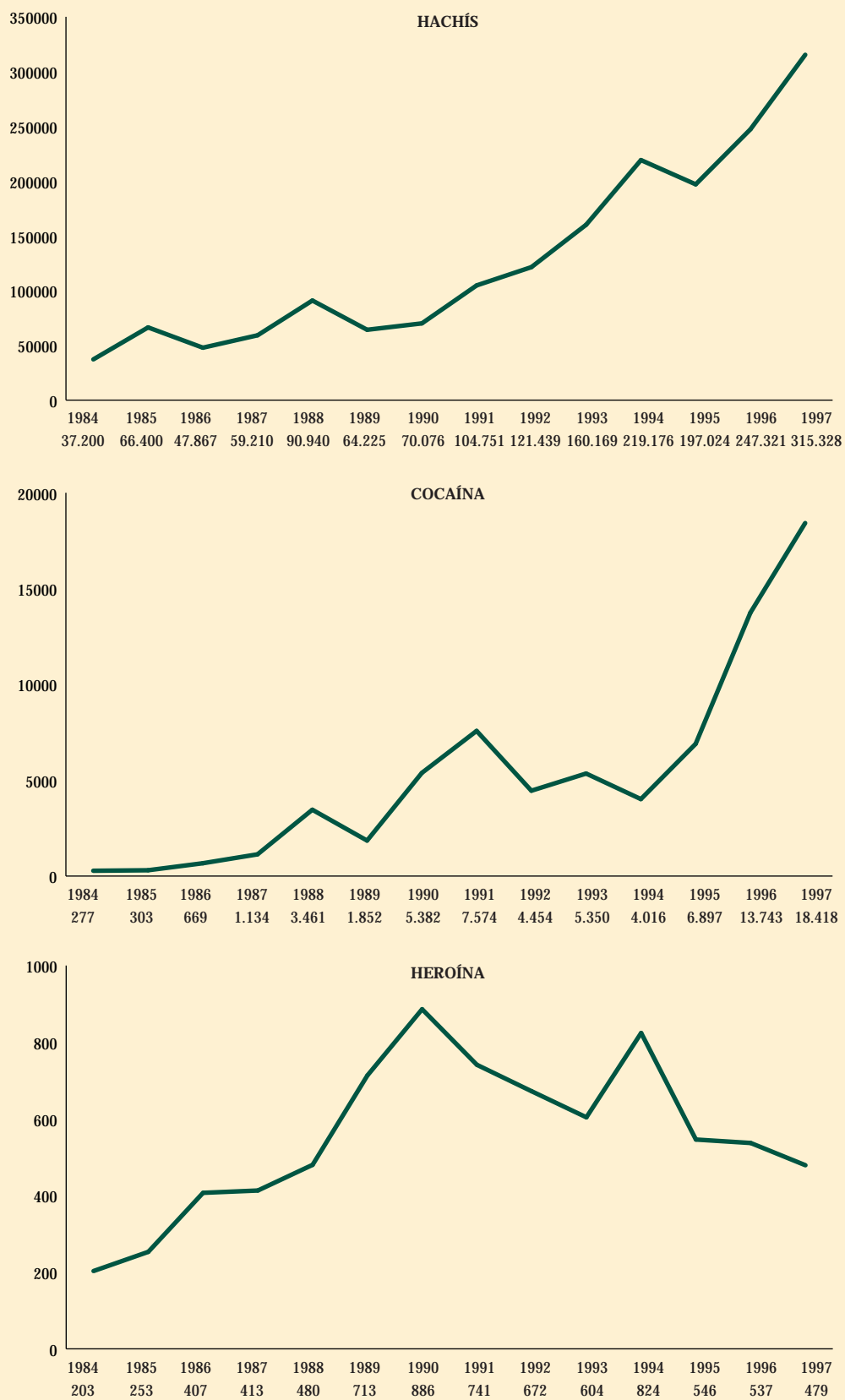
Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.2. Número de decomisos por sustancias. Resumen general año 1997

Sustancias	Número de decomisos
Opiáceos	15.399
Cocaínicos	12.276
Cannábicos	44.227
Alucinógenos	2.474
Psicotrópicos y barbitúricos	5.040
P. químicos y precursores	9
Inhalables	4
Otras clases	16

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Figura 4.1. Cantidades de hachís, cocaína y heroína decomisadas en España, 1984-1997 (Kg).



Fuente: Ministerio del Interior. DGP. OCN.

Tabla 4.3. Sustancias intervenidas. Resumen general año 1997

Estupefacientes	Totales	Unidades
Heroína	479.457	Gramos
Cocaína	18.418.265	Gramos
Crack	785	Gramos
Hachís	315.328.093	Gramos
Grifa	10.340.717	Gramos
Marihuana	14.549.540	Gramos
Aceite de hachís	218.197	Gramos
Plantas cánnabis	1.733.998	Gramos
Planta adormidera	862.112	Gramos
Opio	26.287	Gramos
Metadona	1.169	Gramos
Metasedin	232	Gramos
Morfina	7	Gramos
Codeína	20	Gramos
Psicótropos/alucinógenos	Totales	Unidades
LSD	25.357	Dosis
MDMA y otros	184.950	Pastillas
Sulfat. anfetamina	119.550	Gramos
Otros psicótropos y fármacos	Totales	Unidades
Anfetamina	13.720	Unidades
Buprex	146	Unidades
Centramina	324	Unidades
Contugesic	1.708	Unidades
Deprancol	208	Unidades
Rohipnol	5.584	Unidades
Trankimazin	8.100	Unidades
Tranxilium	3.602	Unidades
Valium	182	Unidades
GHB	2.180	Unidades
Otros psicótropos	23.625	Unidades

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.4. Pureza y precio de las sustancias. Año 1997

	Dosis		Kilogramo		Gramo		Unidad	
	Pureza %	Precio Ptas.	Pureza %	Precio Ptas.	Pureza %	Precio Ptas.	Pureza %	Precio Ptas.
Estupefacientes								
Heroína		1.600						
Heroína		1.550						
H. blanca			47	14.500.000				
H. blanca			62	14.900.000	27	12.700		
H. marrón			51	7.800.000				
H. marrón			47	8.100.000				
Cocaína	30	2.100	72	5.000.000	44	9.900		
Cocaína	33	2.000	71	5.600.000	47	9.800		
Grifa						450		
Grifa				225.000		400		
Hachís				235.000		530		
Hachís				225.000		590		
Aceite								
Aceite				490.000		1.400		
Psicótropos/Alucinógenos								
LSD		1.000						
LSD		1.200						
Speed		1.000		3.500.000		3.500		
Speed		1.350		3.250.000		3.850		
Éxtasis		2.300						
Éxtasis		2.450						
Otros psicótropos y fármacos								
Far. anfetam.								360
Far. anfetam.								525
Otros								450
Otros								450
■ Datos correspondientes al primer semestre 1997								
■ Datos correspondientes al segundo semestre 1997								
Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.								

2. INDICADORES POLICIALES

Represión del tráfico de drogas

■ Detenidos por tráfico ilícito de drogas y decomisos de drogas ilícitas

Durante 1997 fueron detenidas en España un total de 78.847 personas por tráfico ilícito de drogas, lo que supone un incremento del 20% con respecto al número de detenidos registrados en 1996. Se mantiene de este modo el considerable incremento del número de detenidos por tráfico de drogas, que desde 1994 se viene produciendo en España. Otro tanto cabe señalar con respecto al número de decomisos registrados en 1997 (Figura 4.2.).

Por lo que respecta al tipo de sustancias que motivaron las detenciones hay que señalar que son los derivados del cánnabis (con 44.259 detenidos), los opiáceos (16.477 detenidos) y la cocaína (12.194 detenidos) las sustancias que motivaron el 95% del total de las detenciones practicadas en 1997 (Tabla 4.5. y Figura 4.3.).

Tabla 4.5. Detenidos según la sustancia que motivó la detención (1997)

Sustancias	Nº detenidos
Opiáceos	16.477
Cocainicos	12.194
Cannábicos	44.259
Alucinógenos	2.017
Psicotrópicos y barbitúricos	3.679
P. químicos y precursores	2
Otras clases	219
Total	78.847

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Si bien los derivados del cánnabis y los opiáceos son las sustancias que motivan el mayor número de las detenciones practicadas durante 1997 (el 56% de los detenidos lo fueron por tráfico de cannábicos y el 20,9% por tráfico de heroína), son los detenidos por tráfico de cánnabis y cocaína quienes más han crecido con respecto a 1996.

Las principales características sociodemográficas de los 78.847 detenidos durante 1997, son las siguientes:

- Un 94,48% son hombres.
- Un 39,9% son jóvenes de entre 19 y 25 años. Un 1% de los detenidos son menores de edad.
- Un 92,2% son españoles.
- Entre los extranjeros detenidos, 2.675 proceden de países europeos (principalmente Portugal, Reino Unido e Italia), 2.361 de África (de ellos 1.418 de Marruecos) y 789 de América (de ellos 401 de Colombia) (Tabla 4.11).

La distribución de los detenidos por Comunidades Autónomas se recoge en la Tabla 4.10. Andalucía con 16.857 detenidos, seguida de la Comunidad Valenciana (12.890 detenidos) Cataluña (10.825), Canarias (6.801), Galicia (5.461) y Madrid (5.437) son las que concentran el mayor número de detenidos. No obstante, las Comunidades Autónomas con mayores tasas de detenidos por habitantes son Ceuta, Melilla, Baleares y la Comunidad Valenciana.

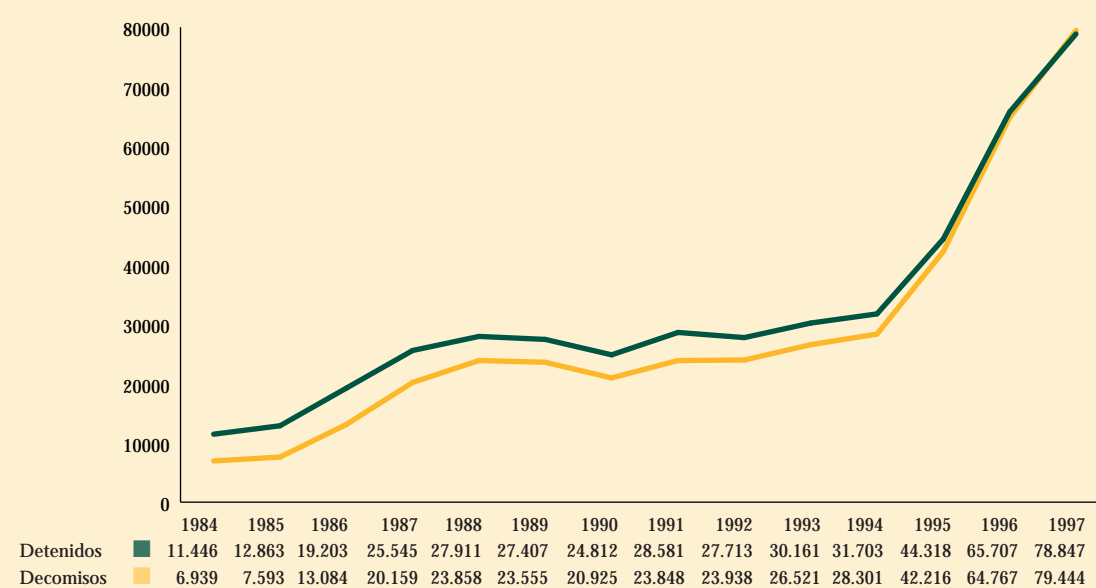
■ Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública

En la Tabla 4.12. y la Figura 4.4. aparecen recogidas las sanciones administrativas impuestas por consumo de drogas en la vía pública durante 1997, en aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 Sobre Protección Ciudadana. La Comunidad Valenciana, Andalucía y Cataluña son las Comunidades Autónomas donde se han impuesto un mayor número de sanciones, si bien las mayores tasas de sanción por cada 10.000 habitantes corresponden a las Comunidades de Canarias, Baleares y Valencia.

La distribución del número de sanciones por provincias también aparece recogida en la Tabla 4.12.

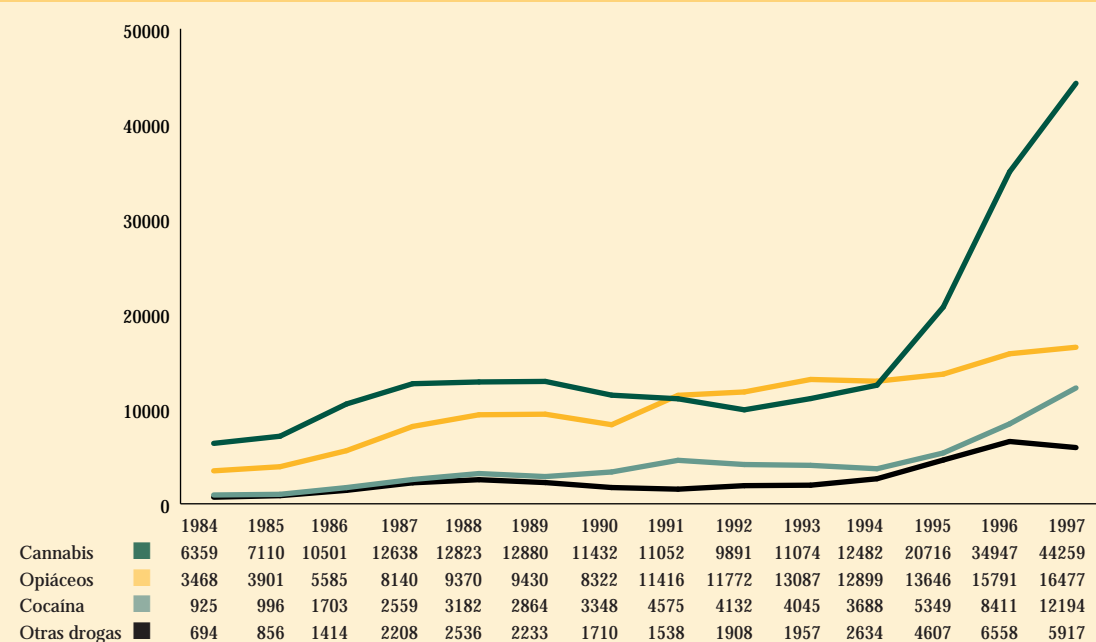
El total de 47.199 sanciones impuestas en 1997 representan un descenso del 5,5% en relación con las que se impusieron en 1996 (49.952 sanciones).

Figura 4.2. Detenidos por tráfico ilícito de drogas y decomisos de drogas ilícitas. España, 1984-1997.



Fuente: Ministerio del Interior. DGP. OCN.

Figura 4.3. Detenidos por tráfico ilícito de drogas según la sustancia que motivó la detención. España, 1984-1997.



Fuente: Ministerio del Interior. DGP. OCN.

Tabla 4.6. Detenidos/denunciados por sexos. Año 1997.

Hombres	74.497
Mujeres	4.350
Total	78.847

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.7. Detenidos/denunciados por nacionalidades. Año 1997.

Nacionales	72.711
Extranjeros	5.927
Total	78.847

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.8. Detenidos/denunciados por edades. Año 1997.

Menos de 16 años	793
De 16 a 18 años	8.228
De 19 a 25 años	31.439
De 26 a 30 años	15.962
De 31 a 40 años	16.040
Más de 40 años	3.918
Desconocida	2.467
Total	78.847

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.9. Detenidos/denunciados por drogas. Año 1997.

Opiáceos	16.477
Cocaínicos	12.194
Cannábicos	44.259
Alucinógenos	2.017
Psicotrópicos y barbitúricos	3.679
P. químicos y precursores	2
Otras clases	219
Total	78.847

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 4.10. Detenidos/denunciados por Comunidades Autónomas. Año 1997.

CC.AA. Provincia	Detenidos nacional	Detenidos extran.	Detenidos indeter.	Denuncia/libertad*	Total detenidos/denunciad**	Nº habitantes	Tasa 10.000 habitantes
Andalucía	3.807	926	8	12.116	16.857	7.314.644	23
Almería	151	138	0	802	1.091	493.126	22
Cádiz	1.426	313	3	2.325	4.067	1.127.622	36
Córdoba	151	9	0	1.109	1.296	78.221	16
Granada	180	63	0	1.741	1.984	841.829	24
Huelva	244	15	0	1.172	1.431	458.674	31
Jaén	173	23	0	997	1.193	666.767	18
Málaga	1.066	343	4	2.256	3.669	1.224.959	30
Sevilla	416	22	1	1.714	2.153	1.719.446	13
Aragón	247	20	0	1.275	1.542	1.205.663	13
Huesca	65	9	0	643	717	210.276	34
Teruel	10	3	0	188	201	143.055	14
Zaragoza	172	8	0	444	624	852.332	7
Asturias	307	22	0	766	1.095	1.117.370	10
Asturias	307	22	0	766	1.095	1.117.370	10
Baleares	333	103	1	3.480	3.917	787.984	35
Baleares	333	103	1	3.480	3.917	787.984	35
Canarias	1.160	305	0	5.336	6.801	1.631.498	42
Las Palmas	734	206	0	4.179	5.119	844.140	61
Santa Cruz	426	99	0	1.57	1.682	787.358	21
Cantabria	242	12	0	1.000	1.254	541.885	23
Cantabria	242	12	0	1.000	1.254	541.885	23

Castilla y León	573	64	0	3.582	4.219	2.584.407	16
Ávila	25	2	0	349	376	176.791	21
Burgos	83	14	0	596	693	360.677	19
Palencia	54	1	0	121	176	186.053	9
Salamanca	67	25	0	351	443	365.293	12
Segovia	13	2	0	273	288	149.653	19
Soria	40	4	0	68	112	94.396	12
Valladolid	63	0	0	965	1.028	504.583	20
Zamora	48	8	0	455	511	214.273	24
Castilla-La Mancha	361	13	0	2.139	2.513	1.730.717	15
Albacete	112	8	0	357	477	361.327	13
Ciudad Real	103	2	0	392	497	490.573	10
Cuenca	12	1	0	131	144	207.499	7
Guadalajara	21	0	0	147	168	155.884	11
Toledo	113	2	0	1.112	1.227	515.434	24
Cataluña	1.035	325	2	9.463	10.825	6.226.869	17
Barcelona	721	173	1	7.343	8.238	4.748.236	11
Girona	38	72	1	476	587	541.995	18
Lleida	80	43	0	540	663	360.407	23
Tarragona	196	37	0	1.104	1.337	576.231	17
Extremadura	191	28	0	1.196	1.415	1.100.538	13
Badajoz	117	20	0	705	842	675.592	13
Cáceres	74	8	0	491	573	424.946	13
Galicia	708	42	0	4.711	5.461	2.825.020	19
La Coruña	252	13	0	2.693	2.958	1.136.283	10
Lugo	126	10	0	251	387	386.405	6
Orense	49	4	0	166	219	364.521	20
Pontevedra	281	15	0	1.601	1.897	937.811	19
Madrid	682	551	6	4.198	5.437	5.181.659	10
Madrid	682	551	6	4.198	5.437	5.181.659	10
Murcia	317	19	0	2.244	2.580	1.109.977	23
Murcia	317	19	0	2.244	2.580	1.109.977	23
Navarra	70	1	0	654	725	536.192	14
Navarra	70	1	0	654	725	536.192	14
La Rioja	70	10	0	148	228	268.206	9
La Rioja	70	10	0	148	228	268.206	9
C. Valenciana	1.261	351	1	11.277	12.890	4.028.774	32
Alicante	448	64	0	5.359	5.871	1.363.785	20
Castellón	121	21	0	779	921	464.670	28
Valencia	692	266	1	5.139	6.098	2.200.319	32
País Vasco	108	23	2	127	260	2.130.783	1
Álava	2	4	0	13	19	282.944	2
Guipúzcoa	59	16	0	83	158	684.113	1
Vizcaya	47	3	2	31	83	1.163.726	1
Ceuta	241	181	0	70	492	73.142	67
Ceuta	241	181	0	70	492	73.142	67
Melilla	114	149	0	73	336	64.727	52
Melilla	114	149	0	73	336	64.727	52
Total	11.827	3.145	20	63.855	78.847	40.460.055	19

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

* Este epígrafe figura como “denunciados” en la estadística general y como “denunciados/libertad” en la que se refiere a cada provincia. En este apartado se contabilizan todas las personas implicadas en tenencia o consumo de drogas, a juicio del policía actuante.

** En el concepto de detenidos se engloban todas las personas que han sido conducidas a dependencias policiales, aún cuando una vez instruidas las diligencias pertinentes hayan quedado en libertad, sin llegar a pasar a disposición judicial.

Tabla 4.11. Detenidos/denunciados por países. Año 1997.

Europa		Dominica	1	Santo Tomé y Pto. Princ.	1
Albania	3	República Dominicana	28	Senegal	34
Alemania	316	Ecuador	18	Sierra Leona	19
Andorra	6	El Salvador	8	Somalia	5
Austria	20	Estados Unidos	37	Sudáfrica	50
Bélgica	106	Guatemala	3	Sudán	3
Bosnia-Herzegovina	2	Haití	1	Tanzania	3
Croacia	7	Honduras	3	Togo	1
Chipre	2	Jamaica	3	Túnez	11
Dinamarca	16	México	6	Zaire	6
Eslovenia	3	Nicaragua	1	Otros Africa	1
España	72.711	Panamá	1	Total	2.361
Finlandia	6	Paraguay	2	Asia	
Francia	515	Perú	25	Afganistán	2
Grecia	4	Puerto Rico	1	Bielorrusia	1
Irlanda	26	Santa Lucía	1	Corea del Norte	0
Italia	412	Uruguay	19	Corea del Sur	3
Lituania	1	Venezuela	38	China Popular	1
Luxemburgo	1	Otros América	1	Filipinas	7
Malta	1	Total	789	India	3
Mónaco	1	Africa		Indonesia	0
Noruega	9	Angola	22	Irak	1
Países Bajos	127	Argelia	379	Irán	23
Polonia	23	Burkina Faso	1	Israel	12
Portugal	479	Burundi	1	Japón	1
Reino Unido	444	Cabo Verde	6	Jordania	5
República Checa	7	Camerún	4	Kuwait	1
República Eslovaca	1	Chad	0	Laos	1
Rumanía	5	Congo Brazaville	1	Líbano	14
Rusia	10	Egipto	2	Pakistán	2
Suecia	16	Etiopía	1	Palestina	12
Suiza	75	Gambia	25	Siria	2
Turquía	28	Ghana	18	Sri Lanka	2
Yugoslavia (antigua)	2	Guinea Bissau	21	Thailandia	0
Otros Europa	1	Guinea Ecuatorial	18	Ucrania	1
Total	75.386	Guinea (República de)	6	Vietnam	2
América		Kenia	4	Otros Asia	0
Argentina	84	Liberia	197	Total	96
Bahamas	1	Libia	4	Oceanía	
Belice	0	Malawi	0	Australia	4
Bolivia	17	Mali	14	Fidji	0
Brasil	44	Marruecos	1.418	Nueva Zelanda	1
Canadá	2	Mauritania	2	Papúa Nueva Guinea	0
Chile	23	Mozambique	5	Samoa Occidental	1
Colombia	401	Namibia	2	Otros Oceanía	0
Costa Rica	2	Nigeria	47	Total	6
Cuba	18	Ruanda	29		

Fuente. Ministerio del Interior DGP: OCN.

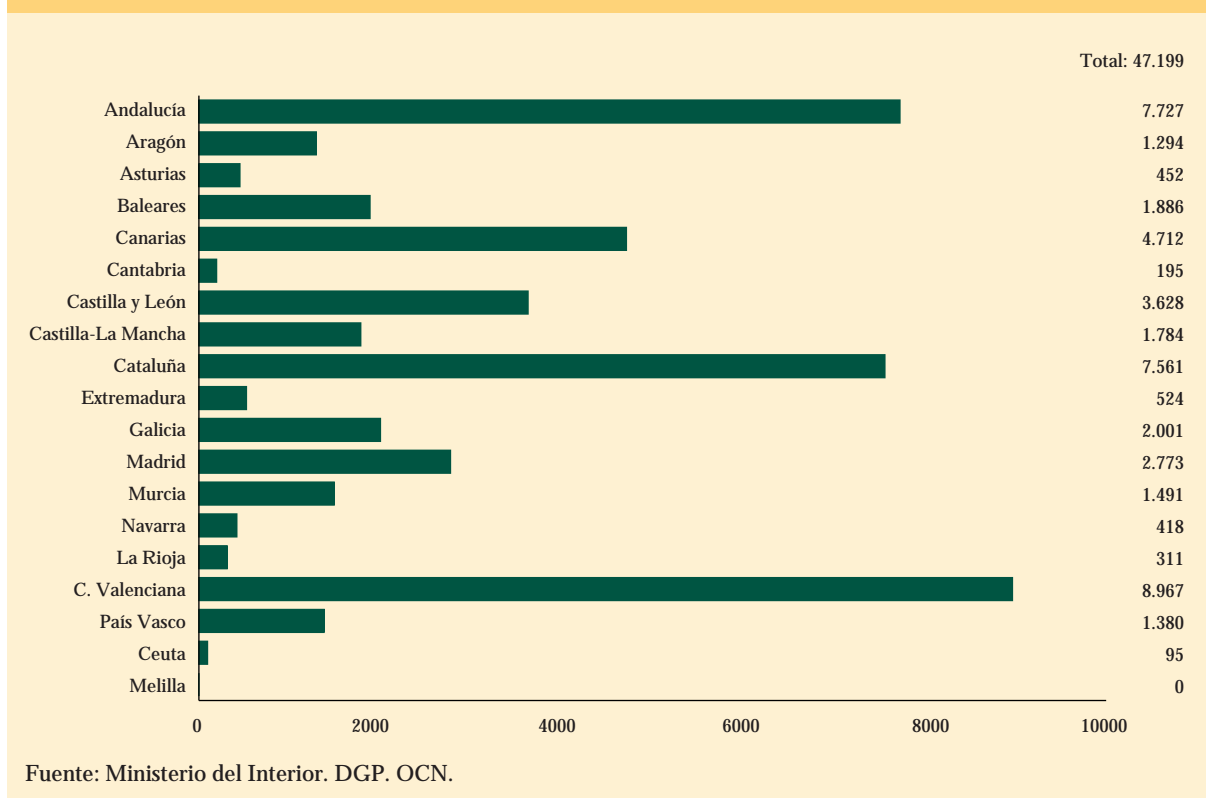
Tabla 4.12. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública. Año 1997.

CC.AA. Provincia	Nº sanciones	Nº habitantes (Padrón 96)	Tasa 10.000 habitantes
Andalucía	7.727	7.314.644	11
Almería	840	493.126	17
Cádiz	1.112	1.127.622	10
Córdoba	1.105	782.221	14
Granada	1.633	841.829	19
Huelva	1.016	458.674	22
Jaén	264	666.767	4
Málaga	1.609	1.224.959	13
Sevilla	148	1.719.446	1
Aragón	1.294	1.205.663	11
Huesca	600	210.276	29
Teruel	141	143.055	10
Zaragoza	553	852.332	6
Asturias	452	1.117.370	4
Asturias	452	1.117.370	4
Baleares	1.886	787.984	24
Baleares	1.886	787.984	24
Canarias	4.712	1.631.498	29
Las Palmas	3.132	844.140	37
Santa Cruz	1.580	787.358	20
Cantabria	195	541.885	4
Cantabria	195	541.885	4
Castilla y León	3.628	2.584.407	14
Ávila	157	176.791	9
Burgos	559	360.667	15
León	394	532.706	7
Palencia	114	186.035	6
Salamanca	411	365.293	11
Segovia	264	149.653	18
Soria	63	94.396	7
Valladolid	1.286	504.583	25
Zamora	380	214.273	18
Castilla-La Mancha	1.784	1.730.717	10
Albacete	390	361.327	11
Ciudad Real	239	490.573	5
Cuenca	134	207.499	6
Guadalajara	143	155.884	9
Toledo	878	515.434	17
Cataluña	7.561	6.226.869	12
Barcelona	5.573	4.748.236	12
Girona	365	541.995	7
Lleida	505	360.407	14
Tarragona	1.118	576.231	19
Extremadura	524	1.100.538	5
Badajoz	524	675.592	8
Cáceres	0	424.946	0
Galicia	2.001	2.825.020	7
La Coruña	1.482	1.136.283	13
Lugo	132	386.405	3
Orense	120	364.521	3
Pontevedra	267	937.811	3

Madrid	2.773	5.181.659	5
Madrid	2.773	5.181.659	5
Murcia	1.491	1.109.977	13
Murcia	1.491	1.109.977	13
Navarra	418	536.192	8
Navarra	418	536.192	8
La Rioja	311	268.206	12
La Rioja	311	268.206	12
C. Valenciana	8.967	4.028.774	22
Alicante	3.413	1.363.785	25
Castellón	689	464.670	15
Valencia	4.865	2.200.319	22
País Vasco	1.380	2.130.783	6
Álava	9	282.944	0
Guipúzcoa	28	684.113	0
Vizcaya	1.343	1.163.726	12
Ceuta	95	73.142	13
Ceuta	95	73.142	13
Melilla	0	64.727	0
Melilla	0	64.727	0
Total	47.199	40.548.348	12

Fuente: Ministerio del Interior. DG Política Interior.
Ley Orgánica 1/1992, 21-02-92 sobre Protección Seguridad Ciudadana.

Figura 4.4. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública. Totales por Comunidades Autónomas. Año 1997.



Control de la distribución y venta de drogas legales

■ Nivel de distribución de bebidas alcohólicas

Anualmente el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación elabora el denominado *Panel de Consumo Alimentario*, un instrumento que permite conocer la demanda directa de alimentos que realizaron los ciudadanos, tanto dentro como fuera del hogar, entre los que se encuentran las bebidas alcohólicas. Los datos del Panel de Consumo Alimentario de 1997 (Tabla 4.13.) señalan que la cantidad total de bebidas alcohólicas compradas en España, dentro y fuera del hogar, ascendió a 3.773,07 millones de litros, de los cuales el 56,52% corresponden a las cervezas, el 36,9% a los vinos, un 4,73% a los licores y el 1,85% restante a las sidras.

La evolución global registrada en los niveles de bebidas alcohólicas compradas en España

en el período 1995/97 (Tabla 4.14.) ha sido positiva, habiéndose reducido en un 5,8% en este período. No obstante, no todas las bebidas alcohólicas han seguido tendencias similares, así mientras que han crecido las cantidades adquiridas de vinos (+ 15,98%) y de sidra (+ 44,63%) han descendido de forma notable las de cerveza (-14,99%) y licores (-18,08).

Las bebidas alcohólicas siguen adquiriéndose de forma mayoritaria fuera del hogar (Tabla 4.15.), fundamentalmente en establecimientos de hostelería y restauración. Sin embargo, se observa que en el período 1995/97 ha crecido el peso de las compras realizadas dentro del hogar, pasando a representar éstas un 31% en 1997 frente al 27,36% de 1995. Los vinos son las bebidas alcohólicas que en mayor proporción son compradas en el hogar, donde se adquirieron el 46,19% del total de bebidas de este tipo compradas en España durante 1997.

Tabla 4.13. Nivel de distribución de bebidas alcohólicas (excepto Ceuta y Melilla). Año 1997.

Productos	Hogares millones de litros y (%)	Hostelería-restauración millones de litros y (%)	Instituciones millones de litros y (%)	Total cantidad comprada millones de litros	Total per cápita (litros)
Vinos	643,09 (46,19%)	735,84 (52,85%)	13,46 (0,97%)	1.392,39	34,8
Cervezas	467,64 (24,93%)	1653,24 (77,4%)	11,37 (0,53%)	2.132,25	53,4
Sidras	18,88 (27,00%)	50,50 (72,22%)	0,54 (0,78%)	69,93	1,7
Licores (otras bebidas alcohólicas)	39,99 (22,40%)	138,23 (77,44%)	0,28 (0,16%)	178,50	4,5

Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario.

Tabla 4.14. Evolución de las cantidades de bebidas alcohólicas compradas en España (1995-1997).

	Año 1995		Año 1996		Año 1997		Variaciones 1995-1997 (total comprado)
	Total cantidad comprada (millones de litros)	Total per cápita (litros)	Total cantidad comprada (millones de litros)	Total per cápita (litros)	Total cantidad comprada (millones de litros)	Total per cápita (litros)	
Vinos total	1.200,55	30,55	1.298,20	33,0	1.392,39	34,8	+ 15,98%
Cervezas	2.508,00	63,82	2.365,90	60,2	2.132,25	53,4	-14,99%
Sidras	48,35	1,23	56,10	1,4	69,93	1,7	+ 44,63%
Licores	217,90	5,55	205,63	5,2	178,50	4,5	-18,08%
Total	3.974,8		3.925,83		3.773,07		-0,058

Fuente: Panel de Consumo Alimentario 1995, 1996 y 1997. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Tabla 4.15. Cantidades de bebidas alcohólicas compradas en el hogar y fuera del hogar (1995-1997).

	Total cantidades compradas (Millones de litros)			Compras en el hogar (%)			Compras fuera del hogar (%)		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Vinos	1.200,55	1.298,20	1.392,39	41,80	40,05	46,19	58,20	59,95	53,81
Cervezas	2.508,00	2.385,90	2.132,25	20,74	20,20	21,93	79,26	79,80	78,07
Sidras	4.835,00	56,10	69,93	45,39	36,78	27,00	54,61	63,22	73,00
Licores	217,90	205,63	178,50	20,03	17,85	22,40	79,97	82,15	77,60
Total	3.974,8	3.925,83	3.773,07	27,36	28,20	31,00	72,64	71,80	69,00

Fuente: Panel de Consumo Alimentario 1995, 1996 y 1997. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

5

Población penitenciaria: indicadores de prisiones

A continuación se recogen diversos datos aportados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias relacionados con el consumo de drogas y otros problemas asociados entre la población reclusa española. Los datos aportados se refieren a un total de 43.147 reclusos que en agosto de 1997 estaban recluidos en los diferentes centros penitenciarios del Estado Español (Tabla 5.1).

Destaca el hecho de que del total de 32.180 reclusos penados (los restantes 10.967 reclusos son preventivos) existentes en esa fecha, un 30,8% lo son por comisión de delitos contra la salud pública.

Tabla 5.1. Población reclusa española y su relación con delitos contra la salud pública (Agosto, 1997)

Total	43.147
Preventivos	10.967
Hombres	9.838
Mujeres	1.129
Penados	32.180
Hombres	29.261
Mujeres	2.919
Penados por delitos contra la salud pública	9.925
Por el Código Penal derogado	9.332
Por el Código Penal nuevo	593

Fuente: DG de Instituciones Penitenciarias

La prevalencia del sida y otras enfermedades asociadas entre la población reclusa es más elevada que en la población general (Tabla

5.2.). Aproximadamente un 20% de los reclusos son portadores de anticuerpos de VIH, y las tasas de incidencia de enfermedades como hepatitis B o la tuberculosis son muy superiores a las registradas en el resto de la población.

Tabla 5.2. Incidencia del sida y otras enfermedades infectocontagiosas en la población reclusa española (Agosto, 1997)

Prevalencia total de personas infectadas por VIH ingresadas en prisión en 1997: 20-22%

Prevalencia de internos en tratamiento con anti-retrovirales: 5,7 por cada 100 internos.

Tasa de incidencia de la hepatitis B: 1,2 por cada 1.000 internos. De éstos, el 74% son usuarios de drogas por vía parenteral, y el 28%, VIH.

Tasa de incidencia de la tuberculosis: 5,7 por cada 1.000 internos.

Fuente: DG de Instituciones Penitenciarias

Diferentes estudios (informes de Sanidad Penitenciaria, Defensor del Pueblo, etc.) estiman que entre un 30% y un 50% de la población penitenciaria es consumidora de drogas. Esta relación justifica que la totalidad de centros penitenciarios esté llevando a cabo programas preventivos y asistenciales. En relación a estos últimos programas señalar que en agosto de 1997 un total de 11.605 reclusos estaban incorporados a programas de tratamiento con metadona, modalidad terapéutica con la que cuentan todos los centros penitenciarios excepto dos.

6

Indicadores judiciales

1. ESTUDIO SOBRE LA UTILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A LA PRISIÓN

A continuación se recogen las principales conclusiones del *Estudio sobre la utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes*, realizado por la Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD) y que fue subvencionado en el año 1997 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tabla 6.1. Cumplimientos alternativos de condenados en el período 01.07.96-30.06.97

Nº de cumplimientos alternativos registrados	227
Hombres	93,8%
Con antecedentes penales	76,7%
Tipo de cumplimiento:	
Sustitución del ingreso en prisión	83,7%
Suspensión de la pena de prisión	12,8%
Tipo de delitos:	
Robo en el 61,7% de los casos	
Tiempo de condena:	
El 71,8 de los cumplimientos tienen una condena inferior a 1 año	
Tipo de tratamiento:	
Régimen residencial	48,9%
Régimen ambulatorio	43,2%
Fuente: SIAD	

El estudio ha analizado los cumplimientos alternativos al ingreso en prisión concedidos durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1996 y el 30 de junio de 1997. Además de los cumplimientos decretados en las sentencias dictadas en ese período (227), se facilita información relativa a las 812 personas que durante ese período se encontraban acogidas a tratamientos alternativos al ingreso en prisión en virtud de sentencias dictadas con anterioridad al 1 de julio de 1996.

La percepción de los centros asistenciales respecto a los tratamientos alternativos al ingreso en prisión coincide en apuntar que se produce un nivel de abandono inferior entre los sujetos que están realizando cumplimiento alternativo en relación con los sujetos no derivados judicialmente. Un 55,7% de los centros asistenciales informa de la existencia de índices de abandono inferiores, un 38,4% o similares y un 6,1% superiores con respecto a los presos no derivados judicialmente.

Las características de los sujetos en situación de cumplimiento alternativo en el período analizado en el estudio (812 penados), en la mayoría de los casos decretados en sentencias anteriores al 1 de julio de 1996 se recogen en la Tabla 6.2.

Las Comunidades Autónomas con un mayor número de cumplimientos alternativos son Madrid (17,2%), Cataluña (15,4%), Castilla y León (11,7%) y Galicia (11,3%).

Tabla 6.2. Características de los sujetos en situación de cumplimiento alternativo en el período 01.07.96 - 30.06.97

Nº total:	812 penados
Por sexo:	
Hombres	89,5%
Mujeres	10,0%
Principales drogas consumidas:	
Opiáceos	44,5%
Cocaína	25,9%
Tipo de delito cometido por los sujetos:	
Robo	19,1%
Robo con intimidación	17,4%
Contra la salud pública	17,0%
Tiempo de condena de los sujetos en cumplimiento:	
Hasta 1 año	46,7%
De 1 a 3 años	29,6%
Más de 3 años	10,1%
Sustitución del ingreso en prisión	83,7%
Suspensión de la pena de prisión	12,8%
Fuente: SIAD	

mas la cifra más alta corresponde a Andalucía con 11.150 procedimientos, y la más baja a La Rioja con 121.

Tabla 6.3. Número de procedimientos judiciales por tráfico de drogas por CC.AA. 1997

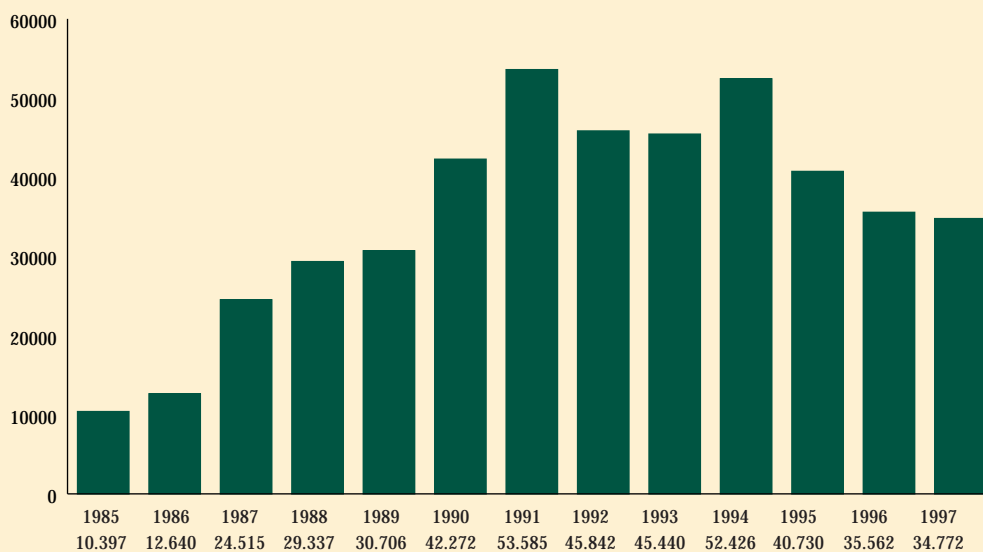
Andalucía	11.150
Galicia	4.619
Cataluña	3.945
Madrid	2.717
C. Valenciana	2.587
Murcia	2.459
Canarias	1.552
País Vasco	1.383
Extremadura	1.026
Castilla y León	721
Asturias	618
Baleares	606
Castilla-La Mancha	556
Aragón	396
Cantabria	180
Navarra	136
La Rioja	121
Total	34.772

Fuente: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas

2. PROCEDIMIENTOS JUDICIALES

El número de procedimientos judiciales incoados en España por tráfico de drogas ascendió en 1997 a 34.772. Por Comunidades Autónomas

Figura 6.1. Procedimientos judiciales por tráfico de drogas. España, 1985-1997.



Fuente: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas

7

Indicadores de mortalidad

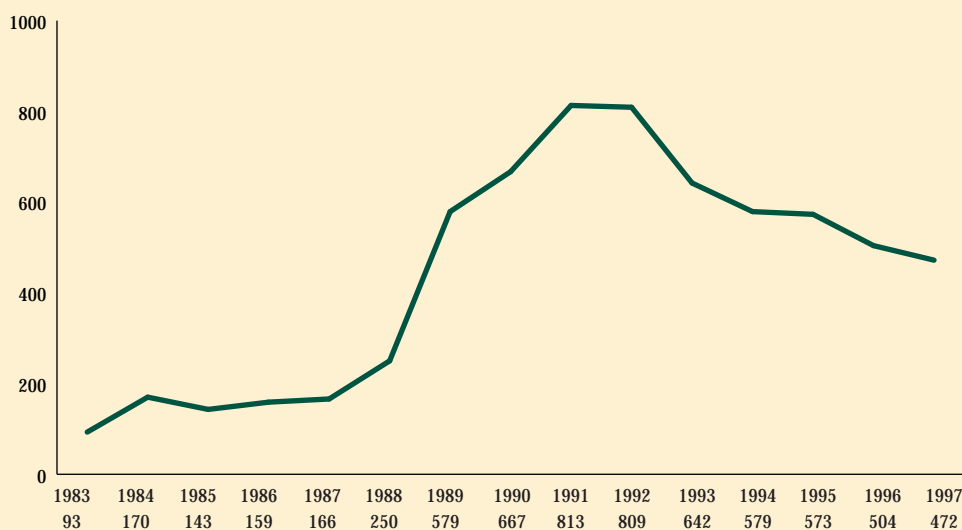
1. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS

En la Tabla 7.1. se recoge la evolución de las muertes registradas en España durante 1997 por reacción aguda tras el consumo de drogas. El análisis de la distribución de las 472 muertes registradas (por Comunidades Autónomas y provincias) indica que son las Comunidades de Cataluña y Madrid, donde se han producido respectivamente el 40.2% y el 16.7% de los fallecimientos las zonas donde se producen la mayor parte de estos episodios. Destacar que

sólo en la provincia de Barcelona se han producido el 39% de las muertes registradas en el conjunto del Estado.

La especial incidencia de los episodios de muertes por reacción aguda tras consumos de drogas en determinadas zonas del país, está directamente relacionada con la presencia en las mismas de determinadas prácticas de riesgo. De hecho en Cataluña, y en particular en Barcelona se registran las mayores proporciones de consumidores de heroína que utilizan la vía intravenosa como vía preferente de consumo.

Figura 7.1. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas y en el conjunto del Estado, 1983-1997.



Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCN.

Tabla 7.1. Mortalidad por reacción aguda a las drogas. Año 1997.

Comunidades	Provincia	Nº muertes	Comunidades	Provincia	Nº muertes
Andalucía		32	Cataluña		190
	Almería	5		Barcelona	184
	Cádiz	3		Lleida	4
	Granada	11		Tarragona	2
	Huelva	2	Extremadura		6
	Jaén	1		Badajoz	2
	Málaga	2		Cáceres	4
	Sevilla	8	Galicia		28
Aragón		20		La Coruña	10
	Huesca	2		Lugo	2
	Zaragoza	18		Orense	1
Asturias		18		Pontevedra	15
	Asturias	18	Madrid		79
Baleares		10		Madrid	79
	Baleares	10	Murcia		4
Canarias		13		Murcia	4
	Las Palmas	5	Navarra		4
	Sta. Cruz	8		Navarra	4
Cantabria		8	La Rioja		3
	Cantabria	8		Rioja	3
Castilla y León		18	C. Valenciana		33
	Ávila	1		Alicante	10
	Burgos	4		Castellón	5
	León	7		Valencia	18
	Palencia	1	País Vasco		1
	Salamanca	1		Vizcaya	1
	Soria	1	Ceuta		1
	Valladolid	2		Ceuta	1
	Zamora	1	Total		472
Castilla-La Mancha		4			
	Ciudad Real	3			
	Cuenca	1			

Fuente. Ministerio del Interior DGP: OCN.

Por lo que se refiere a la evolución del número de fallecimientos debe señalarse que continúa reduciéndose su número (en 1996 se registran 504 fallecimientos), tendencia que se mantiene desde 1991. Similar tendencia se conforma a través de los datos del SEIT, si

bien el número de fallecimientos que registra este sistema es inferior al de las unidades policiales, puesto que hasta 1996 sólo computaba las muertes producidas en las grandes ciudades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza).

2. MUERTES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

Según un estudio realizado por el Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología en 1997 sobre 487 casos de fallecidos en accidentes de tráfico remitidos por las Comunidades Autónomas de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana, cabe señalar:

- El 46% de los casos (224) daban alcoholemia positiva.
- En 25 casos se detectó consumo asociado de alcohol con una o más drogas de abuso o psicótopos, produciéndose en

más de la mitad de esos 25 casos (16), una asociación de alcohol con cocaína.

- Se produjeron 31 casos de consumo de drogas y/o psicofármacos sin alcohol.
- En cuanto a la distribución según sexo del conjunto de los casos, el 94,4% eran hombres y el 5,6% mujeres.
- Finalmente, y en cuanto a la distribución por grupos de edad, el mayor número correspondió al tramo de edad de 21-30 años, con un total de 142 casos, seguido por los comprendidos entre 31 y 40 años, con 99 casos, mientras que los tramos de edad restantes ofrecían cifras significativamente menores.

8

**Indicadores de prevención:
actividades en el ámbito educativo**

El ámbito educativo se considera como uno de los más idóneos para articular programas y actividades preventivas, tanto por ser el espacio donde confluyen diversos agentes educativos y los propios alumnos, como por sus funciones naturales en la facilitación del aprendizaje y la maduración personal.

Desde la aprobación de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LO 1/1990) la prevención de drogas en el ámbito escolar se encuadra dentro de un enfoque más amplio de Educación para la Salud, asignatura que está considerada como materia transversal, es decir, desarrollada a lo largo de todo el curriculum escolar por lo que los centros educativos han de asumir la elaboración de un proyecto educativo de centro que contemple la Educación para la Salud como un objetivo educativo. Actualmente el 100% de los centros de educación primaria y secundaria obligatoria lo contemplan así.

El Ministerio de Educación y Cultura apoya esta tarea promoviendo, por un lado, la formación del profesorado y, por otro, el desarrollo de programas de prevención en los centros educativos en las Comunidades Autónomas que aún no tienen completadas las transferencias en materia de Educación (12 en todo el territorio nacional). En el resto de los casos esta labor es asumida por las Administraciones Autonómicas, de cuya actividad se dará cuenta en el próximo informe del OED.

Formación del profesorado

La Educación para la Salud está contemplada dentro de las actividades de formación conti-

nuada que se desarrollan en los Centros de Profesores y Recursos de las diferentes Direcciones Provinciales del territorio MEC. En cada uno de estos centros existe un responsable del desarrollo de estos programas (Asesor Técnico Docente de Educación para la Salud). El Ministerio de Educación y Cultura reconoce esta formación otorgando créditos a los participantes.

Durante 1997 se han desarrollado **73 cursos de formación en Centros de Profesores y Recursos** a los que han asistido un total de **1.461 profesores**.

Asimismo, durante este periodo se han realizado **17 Jornadas sobre la Prevención de las Drogodependencias en el ámbito escolar** a las que han asistido **1.250 profesores**.

Además de estas actividades de formación, la implantación de programas de prevención en los centros educativos implica la formación de los profesores y tutores del centro que se encargan de la aplicación de los mismos en el aula.

Formación de padres y madres

De la misma forma que sucede en el caso del profesorado, la mayor parte de los programas de prevención de drogodependencias que se desarrollan en los centros educativos incluye entre sus objetivos la formación de padres y madres. Por otro lado, el Ministerio de Educación y Cultura apoya esta labor ofreciendo ayudas a proyectos de formación en Educación

para la Salud para este colectivo. En este sentido se han concedido subvenciones a **13 proyectos de Educación para la Salud desarrollados por Asociaciones de Padres** (cinco de ellos en centros de Educación Secundaria).

Programas de prevención de drogas en centros educativos

Desde la aprobación de la LOGSE la sensibilización de los centros educativos hacia el desarrollo de este tipo de programas ha sido creciente. Actualmente, según datos del MEC, un 75% de los centros de enseñanza primaria y un 50% de los de secundaria realizan algún tipo de actividad de prevención. Entre los programas más difundidos de los aplicados en nuestro país hay que destacar los siguientes:

- Programa de Entrenamiento en Habilidades de Vida.
- Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS).
- Programa Discover: Aprendiendo a vivir.
- Programa Integral de Prevención Escolar (PIPES).

En los dos primeros, la implicación del MEC es directa, disponiéndose en el momento actual de los datos siguientes:

■ Programa de Entrenamiento en Habilidades de Vida

Forma parte de un conjunto de acciones puestas en marcha por los Ministerios de Educación y Cultura, de Interior y de Sanidad y Consumo, en el marco de un convenio de colaboración para potenciar la Educación para la Salud en la escuela y tiene en cuenta las “Medidas para la calidad de la enseñanza” (MEC, 1994) según las cuales es prioritario contemplar programas de intervención educativa especial para colectivos de alto riesgo.

Por ello se seleccionan doce zonas de actuación preferente del territorio MEC (situadas en diez CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla), con una media de diez centros de Educación Primaria por zona. En ellas se aplicó un programa piloto de prevención de drogodependencias dirigido a alumnos de 6º de Primaria que incluye dos tipos de actividades: un programa educativo multicomponente en el que se contemplan aspectos informativos,

Tabla 8.1. Programas de Entrenamiento en Habilidades de Vida

CCAA	Aulas aplicac. 6º Prim ^a	Prof. aplicac. 6º Prim ^a	Alumnos aplic. 6º Prim ^a
Aragón	8	24	164
Asturias	10	30	260
Baleares	9	17	236
Cantabria	10	30	222
Castilla-La Mancha	7	23	188
Castilla y León	9	31	183
Extremadura	12	36	300
Madrid	15	30	324
Murcia	11	33	281
La Rioja	10	30	228
Ceuta	6	18	165
Melilla	15	39	397
Total	122	341	2.948

actitudinales, y de desarrollo de competencias, para ser aplicado en el aula por el profesorado, y un programa de puertas abiertas en el que se promueven alternativas saludables de ocio y tiempo libre, que se desarrolla fuera del horario escolar y que es llevado a cabo por ONGs que trabajan en este campo. El programa educativo se basa en una adaptación del programa de G. Botvin *Life Skills Training* cuyas sucesivas evaluaciones han puesto de manifiesto su eficacia. Este programa ha sido adaptado a la población española por un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela.

Han intervenido en el programa 128 centros escolares, 67 de tratamiento y 61 de control (al tratarse de un programa piloto no todos los centros participantes aplican el programa). Han participado 5.077 adolescentes (2.648 han recibido el programa y 2.429 han actuado como grupo de control) y se han formado un total de 341 profesores.

Los datos relativos a los centros en los que se aplicó el programa figuran en la Tabla 8.1.

■ Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS)

El Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) es un proyecto común de la OMS, la Unión Europea, el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Sanidad y Consumo. El objetivo es crear una red de centros educativos en los que se promueva la Educación para la Salud desde

una perspectiva comunitaria. El programa dispone de una serie de materiales para apoyar la labor del profesorado; además todos los centros pertenecientes a la red están conectados a través de una intranet.

En el programa español para el periodo 1995-1998 han participado 85 centros educativos, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 8.2. Programa REEPS	
CCAA	Centros
Andalucía	17
Aragón	9
Asturias	2
Baleares	2
Canarias	3
Cantabria	1
Castilla-La Mancha	9
Castilla y León	7
Cataluña	8
Extremadura	4
Galicia	5
Madrid	6
Murcia	2
Navarra	2
País Vasco	3
La Rioja	0
C. Valenciana	5
Total	85

9

Indicadores de inserción/reinserción

Se incluye en este apartado la información disponible sobre el Acuerdo de colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para promover la inserción laboral de drogodependientes, firmado en mayo de 1997. El acuerdo prevé una oferta de plazas en los siguientes programas:

- Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional (FIP).
- Escuelas Taller y Casas de Oficio.

En el primer semestre de aplicación del Acuerdo (último semestre de 1997), el número de personas en proceso de rehabilitación por drogodependencias, participantes en acciones formativas fue de 411, de los cuales 273 eran alumnos de Escuelas Taller, y 138 seguían cursos de formación del Plan FIP en provincias de gestión INEM.

Por otra parte, el número de centros colaboradores que impartieron formación fue de 19.

En el primer trimestre de 1998, se han presentado en el INEM, doce proyectos específicos de Escuelas Taller y Casas de Oficios, radicados en diferentes localidades de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Madrid, que implican a un total de 467 alumnos.

De la evolución de este Acuerdo, así como de las actividades llevadas a cabo en este ámbito por los Planes Autonómicos sobre Drogas, las Organizaciones no Gubernamentales y las que desarrollan diversas entidades sociales en el marco de los programas impulsados por la Unión Europea se informará en sucesivos informes del Observatorio Español sobre Drogas.

1. SONDAS DE INFORMACION RAPIDA

Existen en España diferentes sistemas que aportan una valiosa información sobre las drogas y las drogodependencias. No obstante, la calidad de la información disponible se devalúa notablemente como consecuencia del largo proceso que debe recorrer desde su localización hasta su remisión a las unidades centrales encargadas de su procesamiento y su difusión final. Así pues, el importante desfase temporal que presentaban los actuales sistemas de información entre la recogida de la misma y su difusión, afecta sensiblemente a la capacidad para describir los fenómenos de la información suministrada por los actuales sistemas de información, haciéndoles incapaces de detectar con la celeridad necesaria determinados cambios que se producen en el campo de los consumos de drogas.

Por este motivo, coincidiendo con la constitución en diciembre de 1997 del Observatorio Español sobre Drogas, se decidió la puesta en marcha de un subsistema de información denominado “**Sondas de Información Rápida**”, encargado de facilitar de manera ágil y rápida información relevante sobre una serie de contenidos relacionados con el tráfico y los consumos de drogas, así como sobre ciertos efectos y fenómenos asociados a estos últimos.

Las sondas de información rápida, además de simplificar los sistemas de transmisión, procesamiento y análisis de la información disponible, tienen por finalidad el **aportar información de carácter etnográfico o cualitativa**, que

facilite la comprensión y el análisis de los datos aportados por otras fuentes de información (encuestas, sistemas de registro, etc.).

Los **objetivos** que cumplirán las sondas de información rápida serán los siguientes:

1. Facilitar información en un tiempo casi real sobre distintos aspectos relacionados con los consumos y el tráfico de drogas (aparición de nuevas sustancias o presentaciones, cambios en los patrones de consumo, surgimiento de nuevos problemas sanitarios o sociales asociados al consumo, variaciones en las demandas asistenciales, etc.).
2. Enriquecer y mejorar la calidad de la información disponible.
3. Identificar aquellos fenómenos novedosos o emergentes relacionados con el consumo o el tráfico de drogas.
4. Mejorar la aplicabilidad, la utilidad práctica, de la información disponible sobre las drogas, permitiendo que la misma sirva de base en los procesos de toma de decisiones respecto a las políticas a adoptar en materia de drogodependencias.

Los principales **usos de la información** recogida por estas sondas serán los siguientes:

- Su difusión selectiva a una red de expertos e instituciones claves (Comisionados autonómicos sobre drogas, responsables de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, responsables sanitarios, etc.),

a fin de que adopten decisiones pertinentes para prevenir nuevos fenómenos o efectos derivados del consumo o tráfico de drogas.

- El enriquecimiento de la información de tipo epidemiológico o cuantitativa disponible.

Conviene tener presente que el verdadero sentido de las Sondas Rápidas, como subsistema de información, lo da su integración en un sistema de información más amplio (“Sistema de Información del Observatorio Español sobre Drogas”). La interrelación de las sondas rápidas con los restantes subsistemas de información, es lo que permite obtener una visión coherente y global de la situación de las drogas y las drogodependencias en nuestro país.

Contenidos del subsistema

Los contenidos del subsistema lo constituirán el conjunto de fenómenos que se quiere observar. La relación de los procesos y fenómenos sobre los que se desea en estos momentos obtener información, sin perjuicio de posibles ampliaciones futuras, aparecen agrupados en cuatro grandes categorías: oferta de drogas, patrones de consumo, demandas asistenciales y problemas sanitarios y sociales asociados.

Evolución de la oferta de drogas:

- Irrupción de nuevas sustancias en el mercado.
- Aparición de mezclas de drogas ya existentes.
- Nuevas formas de presentación de las sustancias.
- Alteraciones notables en el suministro de drogas en determinadas áreas geográficas (problemas de desabastecimiento, aparición de nuevas redes dedicadas al tráfico, etc.).
- Variaciones en los precios de venta.
- Establecimiento de nuevas vías de distribución.
- Cambios en los puntos de distribución y venta de drogas.

Evolución en los patrones de consumo de drogas

- Expansión de los consumos de determinadas sustancias ilícitas (drogas de síntesis, cánnabis, cocaína, etc.).
- Incorporación de nuevos colectivos al consumo de drogas legales (mujeres, menores, etc.).
- Variaciones en las frecuencias y los contextos de los consumos de drogas.
- Cambios en las vías de administración.

Evolución en las características de los usuarios de los centros y programas asistenciales:

- Variaciones en el volumen de las demandas asistenciales.
- Variaciones en los perfiles de los usuarios que acceden a los servicios asistenciales (incorporación de nuevos grupos de consumidores, cambios en la edad, drogas de abuso, etc.).
- Modificaciones en el tipo de demandas que se formulan a los servicios asistenciales.
- Incorporaciones a los programas de consumidores de drogas que permanecían al margen de los circuitos asistenciales (menores, consumidores pertenecientes a minorías étnicas, etc.).

Evolución de los problemas sanitarios y sociales asociados al consumo:

- Aparición de nuevas patologías entre los consumidores de drogas.
- Variaciones de la prevalencia de determinadas enfermedades infectocontagiosas entre usuarios de drogas (hepatitis, tuberculosis, VIH/sida, etc.).
- Variaciones en la prevalencia de otras patologías orgánicas (tétanos, enfermedades de transmisión sexual, etc.).
- Incremento de las muertes entre usuarios de drogas.
- Incremento en el número de urgencias hospitalarias asociadas al consumo de drogas.
- Aparición de efectos colaterales entre beneficiarios de programas de manteni-

miento con sustitutivos opiáceos y de reducción del daño.

- Surgimiento de problemas sociales asociados (incremento de problemas de transeuntismo, prostitución, desamparo de menores, etc.).
- Incremento de los problemas de orden público y/o judiciales.

Estructura del subsistema de sondas rápidas

El subsistema se sustenta en la existencia de una serie de **áreas centinelas**, designadas tanto en base a criterios territoriales como funcionales.

■ Áreas geográficas de cobertura

- Baleares
- Cataluña (Barcelona)
- País Vasco (Bilbao)
- Canarias
- Galicia
- Madrid (2)
- Andalucía (Sevilla)
- Comunidad Valenciana (Valencia)

■ Áreas funcionales de cobertura

- Centros asistenciales o de tratamiento.
- Centros sanitarios y servicios de epidemiología.
- Servicios de búsqueda o de calle.
- Control de la oferta de drogas.

Figuras o antenas informantes

A fin de asegurar la coherencia interna de las informaciones facilitadas por las distintas sondas o antenas asentadas en una misma área geográfica, se ha establecido que en cada uno de los ámbitos territoriales de cobertura del Subsistema de sondas rápidas, exista al menos una antena o informante de cada uno de los cuatro ámbitos funcionales elegidos.

Además de las antenas o informantes descentralizados que operan en cada una de las áreas geográficas predeterminadas, existirán una serie de antenas centralizadas.

■ Antenas o informantes centralizados

Estarán localizados en instituciones relevantes, dependientes de la Administración Central, entre las que se incluyen:

- Instituto Nacional de Toxicología.
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.
- Plan Nacional sobre el Sida.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Ministerio de Defensa.
- Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

■ Antenas o informantes descentralizados

- Centros de tratamiento (centros de referencia de las redes especializadas de atención a las drogodependencias, a designar por los coordinadores autonómicos sobre drogas).
- Centros de búsqueda o de calle:
 - Educadores de calle.
 - Unidades móviles.
 - Centros de emergencia.
 - Periodistas.
 - Servicios de información en juzgados.
- Centros sanitarios:
 - Servicios de urgencia (SAMUR, hospitales, etc.).
 - Servicios regionales de seguimiento epidemiológico.
- Unidades policiales destinadas al control de la oferta de drogas (servicios operativos).

Aspectos funcionales del subsistema

Con carácter general, las diferentes antenas o informantes remitirán sus sondas con carácter mensual al Observatorio Español sobre Dro-

gas. Sin perjuicio de lo anterior, algunos informantes tendrán de forma permanente sondas abiertas (Instituto Nacional de Toxicología, Oficina Nacional de Estupefacientes, servicios de urgencia hospitalaria y servicios de epidemiología), a través de las cuales enviarán de forma permanente cuanta información estimen relevante.

La recogida de la información por parte de las diferentes antenas se realizará utilizando protocolos semiestructurados, específicos para cada uno de las cuatro categorías de informantes, a fin de ajustar sus contenidos al tipo de información disponible en cada una de ellas.

2. PÁGINA WEB DE LA DGPNSD: www.mir.es/pnd

Las nuevas tecnologías de la información, particularmente el fenómeno de Internet, permiten acceder de una forma rápida y eficaz al conjunto de los ciudadanos para satisfacer sus demandas de información y conocer sus inquietudes. Por ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha decidido diseñar una web propia, con la vocación de ser útil a una amplia diversidad de usuarios (Planes Autonómicos y Municipales sobre drogas, ONGs, profesores universitarios, profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, científicos, estudiantes, Organismos internacionales...), acortando con ello la distancia inevitable que se producía entre éstos y un organismo público de carácter nacional.

La web se estructura en distintos puntos de acceso, donde, entre otros, figuran los siguientes contenidos:

- **Presentación general** del Plan Nacional sobre Drogas, y descripción de sus prioridades actuales. Incluye una visión global sobre la situación del consumo de drogas en nuestro país, aspectos preventivos, asistenciales, legales, etc.
- **Centro de Documentación:** Especializado en drogodependencias, sus fondos bibliográficos, en diferentes lenguas nacionales y extranjeras, abarcan todo tipo de sustancias adictivas (legales e ilegales), así como las políticas gubernamentales,

tanto de España como de los principales países occidentales, en relación con la prevención, tratamiento, reinserción, etc. de las drogodependencias y el control y represión del tráfico ilícito de drogas. También cuenta con documentación sobre la actividad desarrollada por los distintos Organismos internacionales competentes en esta materia: Naciones Unidas, Unión Europea, Consejo de Europa, etc. Acceso a su base de datos bibliográfica.

La dirección de su correo electrónico es cendocu@pnd.mir.es

- **Publicaciones editadas por la Delegación:** Para conseguir un mayor conocimiento de las publicaciones editadas por la Delegación desde su creación hasta el momento actual se incluye una base de datos específica. Asimismo, para favorecer una amplia difusión de las más recientes se incluyen éstas en formato HTML y PDF.
- **Área de prevención:** La prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, constituye el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas. Por ello, se aborda de forma detallada la prevención del consumo en el ámbito familiar y escolar, y se incluyen las últimas campañas preventivas organizadas por la Delegación.
- **Área de asistencia y reinserción:** Se indican los principales tipos de centros de asistencia (centros ambulatorios, unidades de desintoxicación hospitalaria, centros de día y comunidades terapéuticas), y los últimos datos acerca del desarrollo de los programas de asistencia para drogodependientes (de inserción social, de reducción del daño y de asistencia a población con problemas jurídico-penales).
- **Cooperación con ONGs:** La participación de las ONGs de ámbito estatal en programas y actividades de intervención en drogodependencias se realiza, en buena medida, con el apoyo de las subvenciones que para ese fin el Plan Nacional sobre Drogas convoca anualmente a

través de las Órdenes de Ayudas. Por ello, se proporciona información sobre las últimas convocatorias de subvenciones a entidades de ámbito estatal sin fines de lucro.

- **Control de la oferta:** Información sobre la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas y el blanqueo de capitales, y últimos datos estadísticos sobre decomisos de drogas.
- **Observatorio Español sobre Drogas:** Información sobre las funciones y proyectos de este órgano permanente.
- **Cooperación internacional:** Información sobre la actividad desarrollada por Organismos internacionales, cooperación bilateral, etc.

- **Directorio:** Direcciones y teléfonos de órganos de la Administración Central, Autonómica y Local, ONGs, Universidades, Organismos internacionales, etc., que intervienen en temas de adicción a las drogas.
- **Consultas y sugerencias:** Posibilidad de formular peticiones personalizadas de información y/o documentación y sugerencias que permitan al Plan Nacional sobre Drogas orientar sus actividades a satisfacer las demandas de la sociedad.
- **Recursos Web:** Acceso a través de una base de datos a las principales páginas de Internet, tanto nacionales como internacionales, cuya temática se centra en el campo de las drogodependencias.

Real Decreto 783/1998, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio de la Droga y las Toxicomanías

BOE núm. 115

Jueves 14 mayo 1998

16175

se ha puesto de manifiesto la necesidad de determinar el órgano encargado del desarrollo en la Administración General del Estado, en España, a efectos internos, las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información relativa a las drogas y las toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que al respecto puedan asumi también en las Comunidades Autónomas.

11321 REAL DECRETO 783/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

El Consejo Europeo reunido en Dublín los días 25 y 26 de junio de 1990, ratificó las «Orientaciones para un plan europeo de lucha contra la droga», que le había presentado el Comité Europeo de Lucha Antidroga (CELAD), y, en particular, la recomendación de que «los expertos prepararan un estudio sobre fuentes de información existentes, su fiabilidad y utilidad, así como sobre la necesidad y el posible alcance de un Observatorio sobre la droga y las consecuencias financieras de su creación, bien entendido que las funciones de dicho Observatorio incluyen no sólo los aspectos sociales y sanitarios relacionados con la droga, sino también otros aspectos relacionados con la droga, entre ellos, el tráfico y la represión».

Como consecuencia de lo anterior, el Consejo Europeo, en su reunión de Luxemburgo, celebrada los días 28 y 29 de junio de 1991, aprobó el principio de creación de un Observatorio Europeo de las Drogas.

Todo ello supone una respuesta en el ámbito de la Unión Europea a la necesidad de contar con una información objetiva, fiable y comparable sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias, para contribuir así a facilitar una visión de conjunto a la Unión y a sus Estados miembros, y de este modo serles útil en el momento en que éstos, en los ámbitos de sus respectivas competencias, tomen medidas contra la droga.

A estos propósitos responde la creación del «Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías» (OEDT), que se verifica mediante el Reglamento (CEE) 302/93, del Consejo, de 8 de febrero.

Como consecuencia de la entrada en funcionamiento

Con tal objetivo, el Plan de Medidas de Lucha contra las Drogas, ya preveía la constitución del Observatorio Español sobre Drogas.

Por otra parte, el artículo 1.1 del Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, determina las competencias de este Departamento en materia de actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, coordinando las actividades de los distintos Departamentos ministeriales en la materia, y participando en los organismos internacionales relacionados con la misma, y el propio Real Decreto, en el artículo 6.2.e), atribuye la ejecución de dichas competencias a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

En consecuencia, por el presente Real Decreto se atribuye al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la competencia relativa al desarrollo en el ámbito estatal de las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de información sobre las drogas y las toxicomanías (definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios), correspondientes en el ámbito interno a las encomendadas a nivel europeo al Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, de acuerdo con el Reglamento (CEE) 302/93, del Consejo, de 8 de febrero.

Al propio tiempo, con carácter complementario, y como órgano colegiado, adscrito al Ministerio del Interior a través de la referida Delegación del Gobierno, se crea el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías, con competencias de apoyo y asesoramiento a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el ejercicio de las competencias señaladas en el párrafo anterior.

En su virtud, a iniciativa del Ministro del Interior, a propuesta del Ministro de Administraciones Públicas y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 30 de abril de 1998,

DISPONGO:

Artículo único. *Modificación.*

1. Se modifica el artículo 6.2 del Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, adicionando al mismo el siguiente párrafo:

«n) Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tiene reconocidas en la normativa comunitaria, así como realizar y coordinar en el territorio español, a efectos internos, actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información sobre las drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, y actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales

puedan ejercer las Comunidades Autónomas, sobre la materia, de acuerdo con sus estatutos de autonomía.»

2. Se modifica el artículo 6.4 del Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, que queda redactado del siguiente modo:

«4. Corresponde a la Subdirección General del Plan Nacional sobre Drogas la elaboración de los documentos y la realización de las gestiones necesarias para el ejercicio de las funciones atribuidas a la Delegación del Gobierno en los párrafos a, b), c), d), e) y n) del apartado 2 del presente artículo.»

3. Se modifica el artículo 6.9 del Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, que queda redactado del siguiente modo:

«Funcionarán adscritos al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, y el Grupo de Asesoramiento y Asistencia de Operaciones contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, con la composición y funciones previstas en sus correspondientes disposiciones orgánicas.

También funcionará adscrito al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías, como órgano colegiado de apoyo y asesoramiento en el ejercicio por dicha Delegación del Gobierno de las funciones que en tal concepto le corresponden, en particular, sobre recogida e intercambio de información y definición de indicadores.

El citado Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías será presidido por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y formarán parte del mismo, además, los expertos públicos y privados que se designen al efecto, entre los que deberán figurar representantes de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de la Carrera Judicial y/o Fiscal, del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Instituto Nacional de Toxicología y/o de los Institutos de Medicina Legal, de las organizaciones no gubernamentales de ámbito estatal que intervienen en drogodependencias, de las Comunidades Autónomas y/o Corporaciones locales, de la Universidad, así como profesionales de experiencia acreditada en los ámbitos de la prevención y de la asistencia y reinserción social de drogodependientes.»

Disposición final primera. *Habilitación.*

Se habilita al Ministro del Interior, previos los informes favorables de los Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo, y con la aprobación del Ministro de Administraciones Públicas, para el desarrollo de lo establecido en el párrafo segundo del artículo 6.9 del Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, en la redacción dada al mismo por el artículo único 3 del presente Real Decreto.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 30 de abril de 1998.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Administraciones Públicas,
MARIANO RAJOY BREY