

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

MINISTERIO DEL INTERIOR

INFORME N° 4 – MARZO 2001

INFORME N° 4
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
MARZO 2001

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS



INFORME N° 4
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
MARZO 2001

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

Han intervenido en su elaboración: Faustino Aparicio, Gregorio Barrio, Enrique Gil, Cristina Infante, Fernando Martín Pinillos, Sonia Moncada, Teresa Robledo y Luis Royuela.

Dirección técnica y redacción final: Lorenzo Sánchez.

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



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

Diseño y maquetación: Quadro

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado

NIPO: 126-01-020-X

ISBN: 84-

Depósito legal:

E

ntre los objetivos que le fueron asignados al Observatorio Español sobre Drogas se incluye el de brindar una visión global, fiable, permanente y actualizada de los problemas relacionados con los consumos de drogas. Fiel a este compromiso, el Informe N° 4 del OED, además de dar continuidad al conjunto de informaciones que se vienen registrando desde la puesta en marcha del Observatorio, incorpora nuevos indicadores referidos a la evolución de la demanda de tabaco, las tendencias de los consumos problemáticos de cocaína y la incidencia de la tuberculosis entre los consumidores de drogas.

Del conjunto de interesantes informaciones que recoge el Informe, deseo resaltar por su especial trascendencia la síntesis de los resultados que se realiza de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999. Las conclusiones de esta Encuesta, que da continuidad a otras similares realizadas en 1995 y 1997, apuntan la quiebra del proceso de expansión de los consumos de drogas que nuestro país conoció durante la década de los ochenta y buena parte de los noventa. Esta mejora en los hábitos de consumo, refleja los esfuerzos desplegados por la sociedad española, a través de sus instituciones y de las diferentes organizaciones ciudadanas que la vertebran, en el impulso de diferentes iniciativas dirigidas a la prevención de los consumos de drogas y a la reducción de los patrones de uso más problemáticos.

Quiero agradecer al conjunto de instituciones y profesionales que han participado en la elaboración de este Informe la colaboración prestada, y de forma especial el apoyo y las sugerencias realizadas por los miembros de los Comités Técnicos de Organizaciones no Gubernamentales y de Profesionales de la Prevención, la Asistencia y la Reinserción Social y del Consejo Asesor del OED. Precisamente la fortaleza del Observatorio Español sobre Drogas, y en consecuencia de los productos del mismo, reside en su configuración como una estructura cooperativa. Por eso espero que en el futuro puedan sumarse a este proyecto nuevas instituciones públicas y privadas que contribuyan a enriquecer y mejorar el conocimiento de un fenómeno complejo como el que representan los consumos de drogas y las drogodependencias.

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

Indice

1. Síntesis de contenidos del Informe	7
2. Indicadores sociológicos y patrones de consumo	11
1. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1999	13
2. Demanda directa de bebidas alcohólicas (Mº de Agricultura, Pesca y Alimentación)	67
3. Demanda directa de tabaco (Comisionado para el Mercado de Tabacos)	72
3. Indicadores de prevención	79
1. Implantación y cobertura de los programas de prevención escolar	81
4. Indicadores asistenciales	85
1. Indicador tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	87
2. Tendencias y patrones del consumo problemático de cocaína	98
5. Indicadores sanitarios	111
1. Indicador urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas	113
2. Tuberculosis en consumidores de drogas	117
3. Casos de sida asociados al consumo de drogas por vía intravenosa	118
6. Indicadores de inserción-reinserción	121
7. Indicadores de mortalidad	127
1. Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas	129
2. Muertes por sida en usuarios de drogas por vía parenteral	134
3. Muertes producidas en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas	135
4. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol	139
8. Indicadores de oferta de drogas	141
1. Sustancias intervenidas	143
2. Variaciones en la pureza y precio de las sustancias intervenidas	146

9. Indicadores policiales	149
1. Detenidos por tráfico de drogas	151
2. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública	152
3. Diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal	155
10. Indicadores judiciales	157
1. Sentencias por delitos contra la salud pública y relacionados con las drogas	159
2. Cumplimientos alternativos a la prisión	162
11. Indicadores de prisiones	163
1. Características sociodemográficas de la población reclusa	165
2. Programas desarrollados en el ámbito penitenciario	166
Anexos	169
1. Sondeos de Información Rápida	171
2. Estudios e investigaciones	172

1

Síntesis de contenidos del Informe

Con el objetivo de facilitar una visión sintética del conjunto de informaciones que recoge el Informe N° 4 del OED, se presenta a continuación un extracto de sus principales contenidos:

1 Los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 1999 indican que se ha roto la tendencia expansiva de los consumos de drogas que se venía registrando en los últimos años en España, si bien las prevalencias de uso de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cánnabis siguen siendo muy elevadas. Esta positiva evolución de las tendencias de los consumos de drogas ha sido posible gracias al control de una serie de fenómenos que durante años favorecieron la expansión de los mismos, como son:

- La estabilización de las edades de inicio al consumo de las distintas sustancias (y su aumento en el caso del éxtasis y la cocaína).
- La reducción de los niveles de experimentación (ha descendido el porcentaje de ciudadanos que han probado alguna vez las diferentes sustancias).
- La desaceleración del ritmo de incorporación de la población femenina al consumo de drogas y la positiva evolución de los hábitos de consumo de los varones.

Otro aspecto especialmente positivo, además de la disminución de las prevalencias de uso, lo constituye la reducción de los consumidores abusivos de alcohol y de los consumidores de heroína, sustancias con un enorme impacto social y sanitario.

En paralelo a estas tendencias, se registra también una evolución favorable de las opiniones y percepciones de los ciudadanos respecto al problema de las drogas. Se observa una mayor sensibilización respecto de los riesgos que comporta para la salud el consumo de todas las drogas, tanto en sus patrones de uso habitual como menos frecuente, la reducción de la importancia que se atribuye al problema en el entorno próximo de los ciudadanos y la existencia de un elevado grado de coincidencia entre las demandas ciudadanas para resolver el problema y las actuaciones institucionales.

2 En 1999 se registraron 51.191 admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, un 6% menos que en 1998. Este descenso es atribuible fundamentalmente a la generalización en nuestro país de los tratamientos de larga duración (programas de sustitutos opiáceos), que reducen la rotación de los potenciales usuarios por los distintos dispositivos asistenciales. El análisis del peso que las distintas sustancias tienen respecto a las admisiones a tratamiento confirma que, aunque la heroína sigue siendo la sustancia más relevante (representaba en 1999 en 73% del total de admisiones registradas), desde 1996 está creciendo de forma notable el protagonismo en el plano asistencial de la cocaína (en 1999 provocó el 17,5% de las admisiones a tratamiento). Las admisiones por cánnabis han registrado un ligero crecimiento en los últimos años, hasta representar en 1999 el 5,5% de las admisiones.

Si se consideran sólo los casos sin tratamiento previo registrados en 1999, se aprecian de forma más nítida los procesos descritos anteriormente (pérdida de peso relativo de la heroína y aumento claro de la cocaína). Así, la heroína motivó el 53% de estas admisiones, la cocaína el 31% y el cánnabis el 11,8%. En varias Comunidades Autónomas las admisiones por cocaína entre los sujetos sin tratamiento previo representan cerca del 50% del total.

3 Se constata que están creciendo de forma notable los episodios de consumo problemático de cocaína, como avalaría, no sólo el aumento del número de casos admitidos a tratamiento por consumo de esta sustancia, sino el hecho de que por primera vez en muchos años en 1999 la cocaína provocara el mayor número de las urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas (excluyendo el alcohol), por delante de los opiáceos. De igual modo, se observa un crecimiento notable en la proporción de fallecidos por reacción aguda tras consumo de drogas donde se detecta la presencia de cocaína.

4 Las prevalencias de ciertas enfermedades infecciosas, de las que se dispone de datos globales, entre los consumidores de drogas son muy altas. Conviene apuntar que entre los casos de tuberculosis diagnosticados en nuestro país el factor de riesgo detectado con mayor frecuencia fue el consumo de drogas. Por su parte, y a pesar de la positiva evolución observada en los últimos años, el 56% del total de casos diagnosticados de sida en España en el año 2000 se corresponde con usuarios de drogas por vía paraneural.

5 Las actividades desarrolladas en el ámbito del control de la oferta de drogas confirman que siguen creciendo de forma importante las intervenciones de cánnabis, la droga con mayores niveles de incautación del país, mientras descienden las de cocaína y heroína. Por

su parte en el año 2000 han crecido de forma notable las incauciones de éxtasis.

En el año 2000 ha descendido el precio de la heroína y el éxtasis, mientras se mantienen relativamente estables los del cánnabis y la cocaína. Las purezas de las distintas sustancias permanecen estables, con un ligero descenso en lo que se refiere a la cocaína.

6 Continúa evidenciándose la importancia de los delitos contra la salud pública dentro del panorama judicial español, así como el peso de los mismos entre la población reclusa. No obstante, en 1999 se redujo ligeramente la población reclusa imputada por delitos contra la salud pública.

En el período 1998-99 aumentó de forma notable el número de internos que se beneficiaron de los programas penitenciarios de tratamiento de las drogodependencias, hasta alcanzar la cifra de 30.934 reclusos. Los programas de sustitutivos opiáceos se configuran como la oferta terapéutica más relevante en este contexto. Las derivaciones de reclusos a recursos de tratamiento externos, así como el número de personas beneficiarias de los cumplimientos de penas alternativos al ingreso en prisión crecieron de forma significativa en dicho período.

7 La mortalidad relacionada con el uso de drogas evoluciona globalmente de forma positiva, como evidencia el importante descenso en el número de fallecidos en accidentes de tráfico en los que se detectó la presencia de alcohol y otras drogas de abuso, la reducción registrada en las muertes por Sida entre usuarios de drogas por vía parenteral, el ligero descenso de la mortalidad general atribuible al alcohol y la estabilización de las defunciones por reacción aguda tras consumo de drogas (el ligero incremento de sus valores absolutos se relaciona con la ampliación geográfica de la cobertura del indicador y no con el incremento de la mortalidad).

2

Indicadores sociológicos y patrones de consumo

1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE CONSUMO DE DROGAS, 1999

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 1999 da continuidad a la serie de encuestas domiciliarias realizadas en los años 1995 y 1997 a iniciativa de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se dispone de este modo de series temporales cada vez más dilatadas, que permiten analizar la evolución de las prevalencias de uso de las distintas drogas entre los españoles, los patrones de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales del problema de las drogas, así como las medidas que los ciudadanos españoles consideran más efectivas para su resolución.

La Encuesta Domiciliaria de 1999 ha mantenido los cambios metodológicos introducidos en 1997 (utilización de un muestreo de probabilidad sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con los consumos de drogas incluidas en el cuestionario y mantenimiento del universo poblacional), lo que facilita la comparación directa entre ambas encuestas y elimina el posible impacto que las variaciones metodológicas, por mínimas que sean, puedan tener sobre los resultados obtenidos.

Se ofrece a continuación un resumen de los resultados aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 1999, así como la evolución registrada en relación con los años 1995 y 1997.

METODOLOGIA

■ Universo

El universo ha estado integrado por la población residente en el territorio nacional, incluidas las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, de edad comprendidas entre los 15 y los 65 años, ambos inclusive (25.285.758 personas).

■ La muestra

La muestra está diseñada para obtener estimaciones a escala nacional y autonómica, aunque en este último caso los errores muestrales son mayores; varían de comunidad a comunidad en función de las entrevistas realizadas en cada una de ellas. Si bien el tamaño inicial de la muestra se estimó en 9.000 entrevistas, el número total de entrevistas finalmente realizadas fue de **12.488**, al haber solicitado algunas Comunidades Autónomas el incremento de las entrevistas inicialmente asignadas a su territorio, con el objeto de aumentar la precisión de sus estimaciones.

La afijación de las entrevistas, en cada Comunidad Autónoma, no ha sido proporcional a la población de las mismas, puesto que se deseaba que la muestra fuera representativa por Comunidades Autónomas y por eso se hizo una distribución no proporcional para cargar la muestra en las Comunidades de menor población.

La distribución de las entrevistas por edad tampoco ha sido proporcional. Se ha cargado

la muestra, de forma continua, en la población de 15-39 años, ambos inclusive, al objeto de disponer de un número elevado de entrevistas de las edades más jóvenes, las de mayor riesgo de consumo de las diferentes sustancias objeto de estudio. El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 1.100 por cada grupo de 5 años hasta la edad de 39 años, y los 600 por cada grupo de 5 años, entre los 40 y los 65 años.

La distribución de las entrevistas por Comunidades Autónomas y edad, con tasas de muestreo distintas, prevista en el diseño, no permitía agregar directamente los resultados. Para poder agregar las entrevistas de las diferentes comunidades y grupos de edad era necesario realizar la oportuna ponderación. Para ello se recurrió al sistema de elevadores, 380 en total, calculados teniendo en cuenta el sexo, la edad, los grupos de cinco en cinco años y los ámbitos territoriales —17 comunidades y Ceuta y Melilla—. Este sistema de ponderación igualó las tasas de muestreo y, además, permitió ofrecer los resultados de las estimaciones en números absolutos.

■ Puntos y procedimiento de muestreo

La muestra se ha aplicado en 490 municipios y 1.278 secciones. Estas son las áreas-conglomerados elegidos en el diseño como unidades de segunda etapa.

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 de ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables: negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc., se ha sobredimensionado la muestra.

Para la selección de los individuos se han utilizado tablas de números aleatorios. La peculiaridad

de este diseño consiste, entre otras cosas, en que se habían de elegir, aleatoriamente, hombres y mujeres de las diferentes edades. Los hombres y mujeres de forma proporcional al número de efectivos, pero en cuanto a las edades se habían de utilizar probabilidades desiguales puesto que la muestra iba cargada de la población 15-39 años. Ello ha exigido la realización de tablas *ad hoc* que se han construido con los datos INE sobre composición de hogares. En la hoja individual de contacto de cada hogar se ha incluido la tabla de números aleatorios correspondiente.

PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El conjunto de datos aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999 permite describir la situación actual de los hábitos de consumo y las opiniones y actitudes de los ciudadanos ante las drogas, así como su evolución respecto a la situación existente en 1995 y 1997, fechas de realización de las anteriores encuestas nacionales. En la Encuesta domiciliaria de 1995 se decidió estudiar la población española de 15 ó más años. Para permitir su comparabilidad con las encuestas de 1997 y 1999, sólo se han utilizado los registros con edad comprendida entre los 15 y 65 años, rango de edad utilizado en las encuestas posteriores. El análisis de la información aportada permite formular las siguientes conclusiones generales:

1 Tras la rápida expansión que los consumos de drogas tuvieron en nuestro país durante buena parte de la década de los noventa, los datos de la Encuesta Sobre Drogas de 1999 confirmarían que este ciclo expansivo habría tocado techo, iniciándose a partir de 1997 un proceso de estabilización y/o de leves retrocesos en los consumos de las distintas sustancias.

2 A pesar de esta favorable evolución, la presencia en la sociedad española de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cánnabis sigue siendo muy importante, habiendo sido consumidas alguna vez en la vida por numerosos ciudadanos (el 87, 65 y 19,5% respectivamente).

3 Considerando globalmente las frecuencias temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y diario) las prevalencias de uso de todas las sustancias (tanto legales, como ilegales) se han estabilizado en 1999 con respecto a 1997, situándose, en general, en niveles inferiores a los observados en 1995 (Tabla 2.1).

4 Algunos fenómenos emergentes, como la progresiva reducción de la edad de inicio al consumo de drogas y la creciente presencia femenina, comienzan a moderarse o, como ocurre con las edades de inicio, a revertir. El control de ambos fenómenos constituye la base que está permitiendo el aparente control de los niveles generales de consumo de drogas en la sociedad española.

5 La edad media de inicio al consumo de las distintas sustancias se ha estabilizado para las sustancias con mayores prevalencias de uso (alcohol, tabaco y cánnabis), elevándose en drogas como el éxtasis o la cocaína (Tabla 2.2 y Figura 2.1).

6 Estrechamente relacionado con el fenómeno anterior, se detecta la reducción de los niveles de experimentación (consumo alguna vez en la vida) para prácticamente todas las sustancias. En el caso del alcohol y el tabaco se ha reducido con respecto a 1997 en cerca de un 3% el porcentaje de ciudadanos que ha bebido o fumado alguna vez y de forma más leve en lo que se refiere al consumo de cánnabis, cocaína y éxtasis.

7 A pesar de que la feminización de los consumos de drogas parece estar perdiendo intensidad, la evolución en los hábitos de consumo en 1999 con respecto a los años precedentes ha sido mucho más positiva entre los hombres, que han visto reducida significativamente sus prevalencias de consumo de sustancias tan relevantes como el alcohol, el tabaco o el cánnabis.

8 En 1999 se detecta un fenómeno altamente positivo, complementario a la estabilización y/o la ligera reducción que han experimentado en 1999 las prevalencias de uso de las diferen-

tes sustancias estudiadas, como es la reducción en el número de consumidores abusivos de algunas drogas. Esta reducción es especialmente importante entre los consumidores abusivos de alcohol (cuyo número en el caso de los bebedores de gran riesgo en los días laborables se ha reducido a un tercio del nivel existente en 1997) y los consumidores diarios o cuasi diarios de heroína.

9 Se observa un mayor grado de sensibilización sobre los riesgos o problemas que lleva asociado el consumo de todas las sustancias incluidas en la Encuesta Domiciliaria, legales como ilegales y referido tanto a los consumos habituales como menos habituales (una vez al mes). Es este un aspecto muy positivo, puesto que las opiniones y actitudes sobre las drogas modulan los niveles de consumo de los ciudadanos. No obstante, el incremento del riesgo atribuido ha sido proporcionalmente menor en las drogas más consumidas (alcohol y tabaco).

10 Aumenta la percepción de la disponibilidad de todas las sustancias con respecto a 1997, salvo en el caso del éxtasis. No obstante, conviene apuntar que en 1999 creció la proporción de ciudadanos que consideran que les resultaría muy difícil conseguir todas las drogas con respecto a 1995, excepto los derivados de la cánnabis, que no verían alterada su disponibilidad.

11 La importancia que las drogas ilícitas tienen en el entorno próximo de los ciudadanos, su barrio, se ha visto reducida también significativamente (se reduce en un 9,1% con respecto a 1997 los ciudadanos que consideran que las drogas ilícitas son un problema muy importante).

12 Continúa constatándose la existencia de un elevado grado de coincidencia entre las demandas de actuaciones que formulan los ciudadanos para resolver el problema de las drogas y las acciones que las instituciones vienen realizando en este campo, de forma que las medidas que cuentan con mayor apoyo son las que se vienen promoviendo con mayor intensidad: educación en las escuelas, tratamiento voluntario de los drogodependientes, control policial, campañas publicitarias y leyes estrictas.

Tabla 2.1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje). España, 1995-99.

	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999	1995	1997	1999	1995	1997	1999
Tabaco	*	68,3	65,1	*	44,9	43,7		40,6	39,8	34,8	32,9	32,6
Alcohol	*	89,9	87,1	68,2	77,8	74,6	53,0	60,7	61,7	14,6	12,9	13,7
Cánnabis	13,5	21,7	19,5	6,8	7,5	6,8	3,1	4,0	4,2	0,7	0,9	1,1
Éxtasis	1,9	2,5	2,4	1,2	1,0	0,8	0,3	0,2	0,2			
Cocaína	3,2	3,2	3,1	1,8	1,5	1,5	0,4	0,5	0,6			
Alucinógenos	*	2,6	1,9	*	0,9	0,6	*	0,2	0,2			
Anfetamina/Speed	*	2,5	2,2	*	0,9	0,7	*	0,3	0,2			
Inhalables	*	0,7	0,6	*	0,2	0,1	*	0,1	0,1			
Heroína	1,0	0,5	0,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1			
Base/basuco/crack		0,4	0,3	*	0,1	0,2	*	<0,1	0,1			

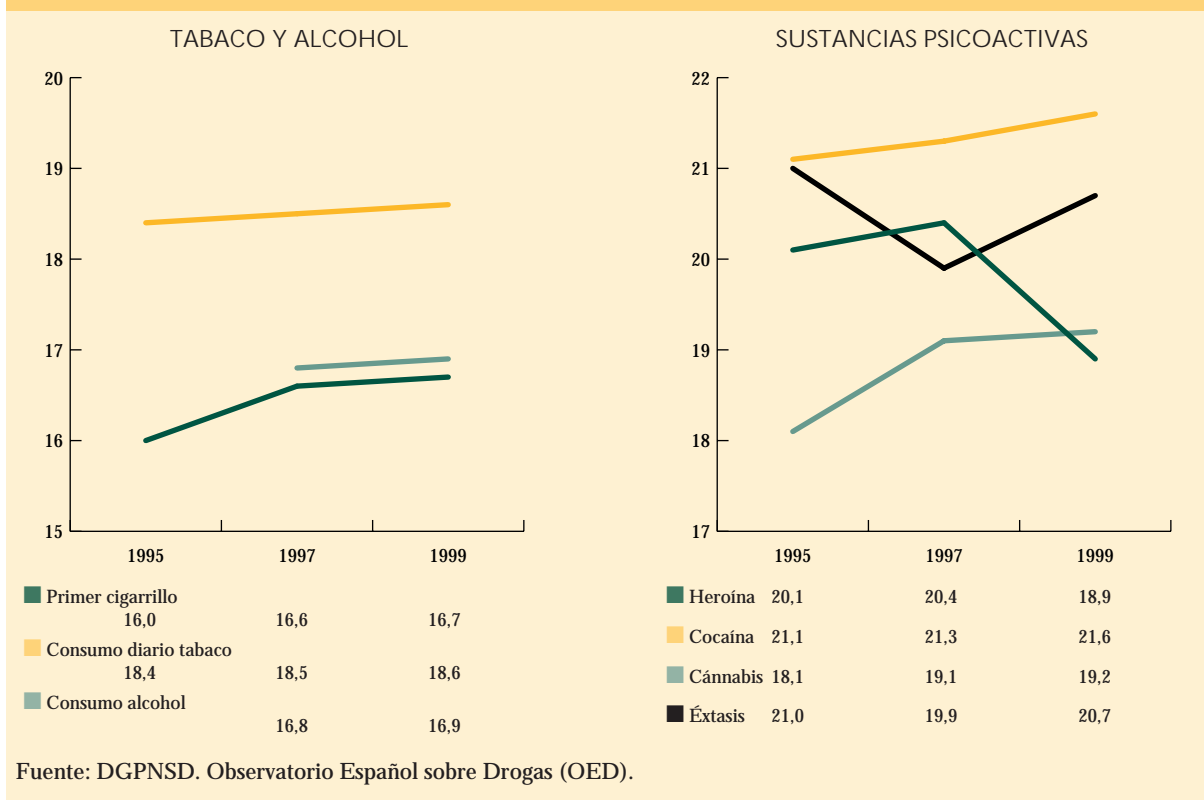
* Datos no disponibles para la Encuesta Domiciliaria de 1995 .
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.2. Edad de inicio al consumo de tabaco, alcohol y de sustancias psicoactivas. España, 1995-99.

	Edad media (años)		
	1995	1997	1999
Primer cigarrillo	16,0	16,6	16,7
Consumo diario de tabaco	18,4	18,5	18,6
Alcohol	*	16,8	16,9
Cánnabis	18,1	19,1	19,2
Éxtasis	21,0	19,9	20,7
Cocaína	21,1	21,3	21,6
Heroína	20,1	20,4	18,9

* Datos no disponibles en la Encuesta Domiciliaria de 1995.
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2.1. Edad media de inicio del consumo de tabaco, alcohol y de sustancias psicoactivas. España, 1995-1999.



PREVALENCIA DE LOS CONSUMOS DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS

■ Tabaco

El 65.1% de los españoles de 15 a 65 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, porcentaje algo inferior al obtenido en la encuesta realizada en el año 1997, que se situaba en el 68.3%. Por su parte, el 43.7% de la población analizada había consumido tabaco durante los últimos 12 meses; el 39.8% en los últimos 30 días y el 32.6% afirmaba haber fumado, durante los últimos 30 días, a diario. La evolución seguida por las prevalencias de uso del tabaco indicaría que, si bien continúan reduciéndose los porcentajes de españoles que han consumido tabaco en intervalos temporales amplios (alguna vez, últimos 12 meses y últimos 30 días), el porcentaje de fumadores diarios se ha

estabilizado en 1999 en niveles similares a los de 1997, tras el descenso registrado en dicho año con relación a 1995 (Tabla 2.3).

El análisis de la continuidad en el consumo de tabaco, es decir la proporción de consumidores que habiendo fumado alguna vez continúan consumiéndolo en periodos de tiempo más próximos, confirma que la misma es muy elevada y que ha crecido ligeramente con respecto a 1997. Se constata pues la existencia de una elevada “fidelización” o continuidad en el hábito de fumar entre las personas que han consumido tabaco alguna vez.

La existencia de porcentajes de fumadores diarios similares a los registrados en 1997, a pesar del descenso registrado en los niveles de consumo de tabaco en periodos temporales amplios, se explica por la mayor continuidad en el consumo.

Tabla 2.3. Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco (porcentaje). España, 1995-1999.

	Continuidad				
	1995	1997	1999	1997	1999
Alguna vez		68,3	65,1	-	-
Ultimos 12 meses		44,9	43,7	65,7	67,1
Ultimos 30 días		40,6	39,8	90,4	91,0
Consumo diario	34,8	32,9	32,6	81,0	82,6

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

El análisis de las características sociodemográficas de los fumadores diarios (distribución de los consumos por sexos e intervalos de edad) permite establecer algunas características básicas del perfil de estos consumidores:

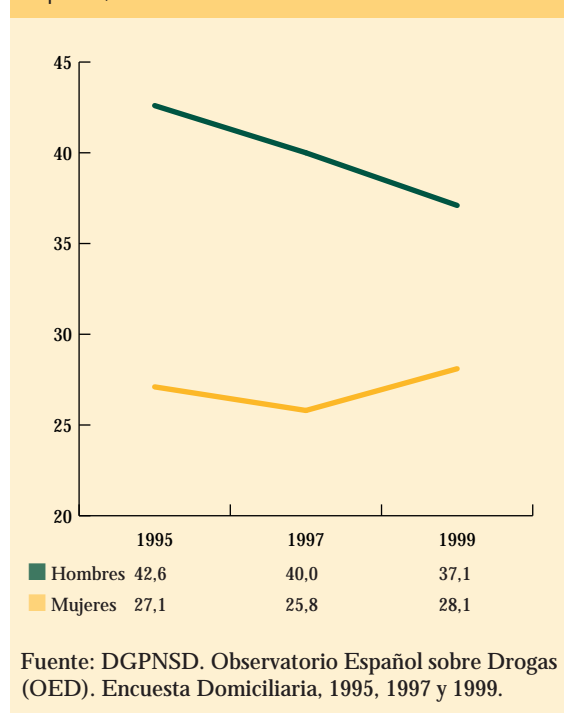
- Entre la población general de 15 a 65 años el consumo diario de tabaco es mayor entre los hombres (37.1%) que entre las mujeres (28.1%). No obstante, el porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de hombres en los grupos de edad de 15 a 19 años y de 25 a 29 años, siendo en el primero de los intervalos en el que se registran las diferencias más acusadas (hay un 5,5% más de mujeres fumadoras que de hombres).
- En su conjunto las mayores prevalencias de uso diario se registran en los grupos de edades de 35 a 39 años y de 30 a 34 años (entre las mujeres en el grupo de 25 a 29 años).

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE TABACO POR SEXO

El análisis de la evolución registrada en el consumo de tabaco confirma la existencia de tendencias contrapuestas en función del sexo. Mientras que en los hombres se observan continuadas reducciones desde 1995 (de 5,5 puntos porcentuales respecto a 1999), en las muje-

res se ha producido un incremento de 2,3 puntos entre 1997 y 1999, rompiendo de este modo la tendencia descendente que se venía observando, con carácter general, en los últimos años en el consumo diario de tabaco (Figura 2.2).

Figura 2.2. Evolución del consumo diario de tabaco por sexo (porcentaje). España, 1995-1999.



EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE TABACO POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1999 ponen de manifiesto la existencia de comportamientos diferentes entre los sexos a medida que se incrementa la edad. De hecho las prevalencias de uso diario, que son notablemente superiores entre las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años, (un 23,5% frente al 18% de los hombres), se equiparan en los intervalos de 20-24 años y 25-29 años y desde entonces empiezan a situarse en niveles sensiblemente inferiores a los de los hombres (Figura 2.3).

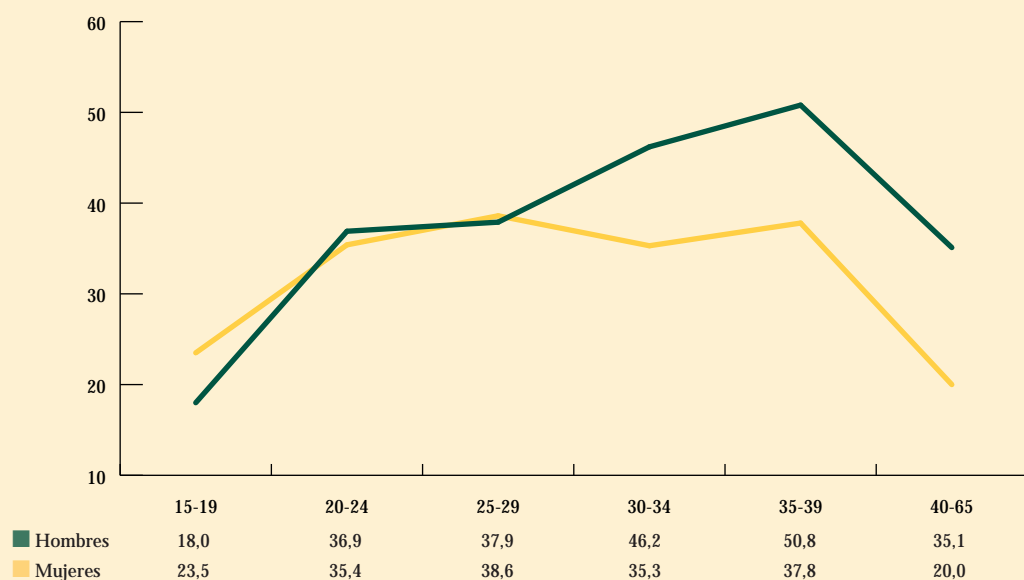
La comparación de las prevalencias de uso registradas por las Encuestas Domiciliares de 1995, 1997 y 1999 permite identificar algunos fenómenos relevantes (Tabla 2.4) entre los que destacan:

- En el período 1997-99 se redujeron los consumidores diarios de todos los grupos de edad, salvo en el intervalo de 35-39 años (en ambos sexos) y en especial entre las mujeres de 40-65 años, donde las fumadoras diarias crecieron en más de 6 puntos. La creciente presencia de mujeres fumadoras de más de 40 años, que hasta hace unos pocos años tenían una presen-

cia minoritaria, provoca que a pesar del buen comportamiento de los restantes grupos el saldo final sea la estabilización en 1999 de los niveles de fumadores diarios respecto a 1997.

- Un dato positivo lo constituye la evolución que han registrado en el período 1997-99 las fumadoras diarias más jóvenes (de 15 a 19 años), que se han reducido en un 3,3%.
- En el período 1995-99 los porcentajes de fumadores diarios entre los hombres se redujeron en todos los intervalos de edad, tendencia que se mantiene en el período 1997-99 con la excepción del grupo de 35-39 años donde los fumadores se incrementaron en 3,8 puntos.
- Entre los hombres el grupo de edad que registra mayores consumos diarios es en 1999 el de 35-39 años, mientras que para las mujeres es, en las tres encuestas analizadas, el de 25-29 años.
- Para ambos sexos, la expansión de consumidores/as diarios se produce principalmente entre los 20-24 años, con incrementos medios para las tres encuestas cercanos al 20% con respecto al grupo de edad precedente.

Figura 2.3. Consumo diario de tabaco por grupo de edad y sexo (porcentaje). España. 1999.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria, 1999.

Tabla 2.4. Proporción de consumidores diarios de tabaco por grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	24,5	23,2	18,7	26,8	18,0	23,5
20-24	42,4	40,8	42,3	37,0	36,9	35,4
25-29	48,0	45,2	44,8	40,7	37,9	38,6
30-34	54,2	42,4	52,4	36,9	46,2	35,3
35-39	51,5	34,7	47,0	35,6	50,8	37,8
40-65	41,6	14,0	39,5	13,7	35,1	20,0

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

EVOLUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO AL PRIMER CONSUMO Y AL CONSUMO DIARIO DE TABACO, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

La edad media en que se fuma el primer cigarrillo se situaba en 1999 en los 16,7 años, habiéndose retrasado en algo más de medio año con respecto a 1995 (Tabla 2.5). En las tres encuestas se aprecia que los chicos siempre fuman el primer cigarrillo antes que las chicas, si bien los datos agregados enmascaran la paulatina reducción de diferencias por sexo para la edad de inicio. Como puede apreciarse la diferencia en la edad de inicio la marca el grupo de edad de 40-65 años, con una diferencia aproximada de 4 años, en cambio, en el grupo de edad 15-19 años ésta ha desaparecido.

La edad media de inicio en el consumo diario se retrasa dos años respecto al consumo del primer cigarrillo, situándose en las tres encuestas por encima de los 18 años, sin que se haya modificado prácticamente en el período 1995-99.

Globalmente considerados, los hombres se inician antes que las mujeres en el consumo diario de tabaco, como consecuencia de las amplias diferencias que muestran en las tres encuestas analizadas el grupo de edad de 40-65 años. Para el grupo de edad entre 15-19 años estas diferencias han desaparecido, iniciándose en el consumo en torno a los 15 años y medio, habiendo aumentado la edad levemente en el período 1995-1997.

Tabla 2.5. Evolución de la edad media de inicio al consumo del primer cigarrillo y del consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad. España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Edad de consumo del primer cigarrillo						Edad de inicio del consumo diario					
	1995		1997		1999		1995		1997		1999	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
15-19	14,2	14,4	14,3	14,3	14,5	14,6	15,6	15,8	15,5	15,3	15,6	15,4
40-65	16,0	20,7	16,8	20,8	16,6	20,4	18,7	24,5	19,1	22,5	18,9	22,1
15-65	15,5	16,9	16,0	17,4	16,1	17,5	17,8	19,3	18,2	18,9	18,1	19,1
Total	16,0		16,6		16,7		18,4		18,5		18,6	

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

EVOLUCIÓN DE LOS FUMADORES DIARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Los datos facilitados por la Encuesta Domiciliaria Sobre Drogas 1999 muestran que la distribución de los fumadores diarios es relativamente homogénea, si bien Comunidades y Ciudades Autónomas como Asturias (37,9%), Murcia (36,5%) y Melilla (41,8%) superan de forma clara la media nacional (32,6%). Por el contrario, Canarias (26,8%), País Vasco (27,8%) y Galicia (28,5%) se sitúan en niveles de prevalencia sensiblemente inferiores (Tabla 2.6).

En el período 1995-99 todas las Comunidades, excepto Asturias, Castilla y León, Extremadu-

ra y Galicia, y la Ciudad de Ceuta, han registrado reducciones en los niveles de fumadores diarios. Navarra, con una disminución porcentual del 27,5% (al reducirse en 11,1 puntos la prevalencia de consumo en 1999 con respecto a 1995), es la Comunidad donde el descenso ha sido más acusado.

Si se analiza el período 1997-99 la evolución es menos favorable, puesto que un total de 10 Comunidades y Ciudades Autónomas han visto incrementados sus porcentajes de fumadores diarios: Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia, La Rioja y Ceuta y Melilla.

Tabla 2.6. Evolución de los fumadores diarios por Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 1995-1999.

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

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

■ Alcohol

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es, sin duda, la sustancia de mayor penetración en la sociedad española, como pone de manifiesto el hecho de que en 1999 el 87,1% de la población de 15 a 65 años lo haya consumido “alguna vez”; que un 74,6% lo hiciera “en los últimos 12 meses”; que un 61,7% lo hiciera “en los últimos 30 días” y un 13,7% bebiera “a diario” durante los últimos 12 meses. Entre 1997 y 1999 el porcentaje de personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida ha experimentado una ligera reducción, que también se refleja en los indicadores de frecuencia anual y semanal. Frente a esta evolución, puede apreciarse un pequeño incremento de consumidores en los indicadores de consumo mensual y diario (Tabla 2.7). La información referida al conjunto del período 1995-99 arroja un incremento importante de los consumidores de alcohol, excepto para el indicador consumidores diarios que descendería.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE ALCOHOL POR SEXOS Y GRUPO DE EDAD

El indicador consumo de alcohol en los últimos 30 días ha sido uno de los que más han

crecido en el período 1995-99 (7,7 puntos entre 1995-97 y 1 entre el 1997-99). Como puede comprobarse (Tabla 2.8) las prevalencias son en las tres encuestas muy superiores entre los hombres, aunque se van reduciendo de manera ostensible (74,7% para los hombres y 50,7% para las mujeres en 1999).

El grupo de mayor prevalencia era en 1995 el de los hombres de 25-29 años, en 1997 los hombres de 30-39 años y en 1999 los hombres de 35-39 años, lo que apuntaría un proceso de desplazamiento de las mayores prevalencias de uso hacia los grupos de edad más avanzadas. Las mujeres entre 20-24 años registran mayo-

Tabla 2.7. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de alcohol (porcentaje). España, 1995-1999.

	1995	1997	1999
Alguna vez en la vida	—	89,9	87,1
Últimos 12 meses	68,2	77,8	74,6
Últimos 30 días	53,0	60,7	61,7
Última semana	38,9	48,5	46,7
Consumo diario	14,6	12,9	13,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 2.8. Evolución de las prevalencias de consumo en los últimos 30 días de alcohol por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

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

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

res consumos en las tres encuestas. No obstante, debe destacarse el importantísimo crecimiento que el consumo de alcohol ha registrado entre las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años) en el periodo 1995-1999.

CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE ALCOHOL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Existen importantes diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol entre las distintas Comunidades Autónomas (Tabla 2.9). Las mayores prevalencias se registran en Murcia (71,8%), Navarra (71,35%) y Aragón (70,6%), mientras las que presentan menores prevalencias son Asturias (54,9%) y Canarias (53,4%).

Por sexos las mayores prevalencias en los varones se localizan en las Comunidades de Navarra (83,6%) y Castilla La Mancha (81,4%), y las menores en Galicia (69%) y Canarias (64,4%). Entre las mujeres la mayor prevalencia se localiza en Murcia (65%), y la menor en Asturias (39,8%).

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO EN LA ÚLTIMA SEMANA DE ALCOHOL POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

Tras un importante incremento en el porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas en la última semana registrado en el periodo 1995-97, en 1997 y 1999 se ha producido un descenso del 2%. El consumo semanal de alcohol entre los hombres duplica al registrado entre las mujeres para todo el periodo analizado. Las mayores prevalencias en las tres encuestas se concentran, entre los hombres en el grupo de 35-39 años, y en las mujeres en el de 20-24 años (Tabla 2.10).

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE ALCOHOL POR SEXOS Y GRUPO DE EDAD

Las prevalencias globales de consumidores diarios de alcohol en el periodo 1995-99 se redujeron en un 0,9%, a pesar de que crecieron levemente entre 1997 y 1999. El incremento registrado entre 1997 y 1999 es achacable a la evolución de las prevalencias parciales por grupo de edad y sexo, puesto que se aprecia que a partir de los 25 años en todos los grupos de hombres, excepto en el de 35-39 años, se

reducen las prevalencias, mientras que en todos los grupos de mujeres se incrementan (Tabla 2.11).

En 1999 el consumo diario de alcohol es 3,4 veces superior entre los hombres que en las mujeres, lo que diferencia este indicador de los anteriores, en los que las probabilidades de consumo por sexo estaban más igualadas. El consumo diario de alcohol se consolida por tanto como un patrón marcadamente masculino. Otra característica que aparece en las tres Encuestas Domiciliarias es el hecho de que el grupo de edad donde el consumo diario es más elevado, tanto para hombres como para mujeres, es el de entre los 40 y los 65 años.

CONSUMOS EN DÍAS LABORABLES Y EN FINES DE SEMANA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La existencia de perfiles claramente diferenciados de consumo de alcohol entre la población adulta y juvenil aconseja el análisis diferenciado de los consumos semanales de alcohol, distinguiendo entre quienes consumen entre 1 y 2 días a la semana (consumos predominante de fin de semana) y entre quienes lo hacen de 3 a 7 días (consumo en días laborables).

Entre quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, el 21,9% tiene un patrón de consumo consistente en la ingesta de bebidas alcohólicas de 3 a 7 días a la semana. Este patrón es mucho más marcado entre:

- Los hombres, con prevalencias del 33,7%, frente al 10,1% de las mujeres.
- Las personas adultas. Entre los hombres el grupo de 40-65 años (con un 47,1%), seguido del grupo del de 35-39 años (41%). Entre las mujeres en el grupo de mayor edad, de 30-65 años (13,3%).
- Las personas con estudios primarios (28,3%), seguidos de aquellos que tienen Bachiller Elemental y EGB (22,3%).
- Entre quienes trabajan, con un 28,7%, seguidos a bastante distancia por los parados (19,8%).
- Separados y divorciados, con una prevalencia del 28,9%, seguidos de los casados con un 27,4%.

Tabla 2.9. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad, según Comunidad Autónoma. España, 1999.

	Grupo de edad (años)														
	Total		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-65		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Andalucía	62,2	72,5	51,8	43,6	46,3	70,4	60,8	73,2	66,1	76,2	58,5	85,6	62,3	76,5	41,3
Aragón	70,6	80,5	60,5	78,4	81,6	86,2	83,1	94,7	70,9	85,8	57,9	90,1	51,1	72,3	51,8
Asturias	54,9	70,4	39,8	52,7	51,7	87,0	75,2	81,3	58,1	80,9	40,6	88,3	36,2	60,2	26,1
Baleares	65,4	73,8	56,9	59,6	47,1	76,3	74,0	77,2	67,1	84,8	69,0	72,9	48,7	72,6	51,1
Canarias	53,4	64,4	42,3	53,9	43,2	58,0	40,4	70,6	41,2	77,7	42,0	74,8	48	59,5	41,5
Cantabria	65,9	77	54,7	68,3	58,0	81,0	80,2	65,5	63,4	90,0	80,9	92,2	57,6	73,7	38,0
C.-La Mancha	67,1	81,4	52,4	63,5	52,9	87,2	80,4	96,8	59,1	95,2	72,0	90,8	46,7	72,8	38,5
Castilla y León	64,2	79,7	48,3	66,4	49,1	82,7	70,0	84,5	62,1	83,9	54,1	85,5	48,3	77,7	37,7
Cataluña	62,2	72,6	51,8	35,5	46,0	82,1	69,1	72,7	66,7	75,0	53,3	81,3	49,3	74,9	45,3
Valencia	58,3	73,0	43,7	55,2	53,3	68,3	51,7	77,3	63,3	79,2	53,8	80,4	36,1	73,8	33,3
P. Vasco	60,8	74,7	46,9	51,5	60,2	74,0	71,6	78,3	59,7	82,7	57,6	74,8	49,7	76,2	32,6
Extremadura	59,8	75,2	44,0	63,2	65,0	80,6	61,4	90,3	53,7	83,8	41,5	71,1	43,3	70,7	31,9
Galicia	58,0	69,0	47,2	48,3	36,4	64,3	65,9	66,6	37,9	69,0	52,6	85,5	38,4	71,5	47,7
Rioja	68,5	80,5	56,1	54,0	50,9	79,2	78,9	89,6	68,6	94,1	42,2	80,1	48,3	80,8	53,8
Madrid	68,1	80,7	56,0	79,4	54,6	88,8	68,0	79,7	71,7	77,9	53,5	86,3	65,4	78,4	47,6
Murcia	71,8	78,7	65,0	66,4	65,5	75,3	70,4	82,7	77,2	89,8	77,6	82,8	69,0	77,3	54,6
Navarra	71,3	83,6	58,5	81,8	60,5	69,0	70,7	87,5	61,9	75,8	54,8	72,0	64,2	91,6	53,8
Ceuta	49,9	57,9	40,7	23,8	28,6	66,7	47,6	65,0	35,0	68,2	50,0	58,8	43,5	62,7	40,6
Melilla	69,9	83,8	54,0	50,0	75,0	100,0	0,0	100,0	50,0	66,7	55,6	100,0	85,7	80,0	50,2

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

Tabla 2.10. Evolución de las prevalencias de consumo semanal de alcohol por grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

Consumo de alcohol en la última semana						
Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	35,5	23,3	40,4	31,3	38,3	26,2
20-24	55,7	30,3	65,9	43,8	62,1	40,8
25-29	58,4	27,2	66,3	35,4	62,6	37,6
30-34	57,2	24,3	67,9	33,6	66,9	33,0
35-39	60,8	26,5	71,45	34,0	69,9	33,6
40-65	57,3	19,6	66,5	30,5	64,0	27,4
15-65	54,7	23,4	63,7	33,4	62,0	31,4
Total	38,9		48,5		46,7	

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

Tabla 2.11. Evolución de las prevalencias de consumidores diarios de alcohol por grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

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

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

Entre quienes consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses el 24,8% afirma consumir entre 1-2 días a la semana. Este patrón de consumo difiere en algunos aspectos sustancialmente de quienes consumen alcohol de 3 a 7 días a la semana (Tabla 2.12), siendo más marcado:

- Entre los hombres (28,4%) que entre las mujeres (21,3%), aunque las diferencias son menores que en el caso de los consumidores de 3-7 días a la semana.
- Las personas de edad comprendidas entre los 20-24 años, tanto para los hombres (con una prevalencia del 49,3%) como para las mujeres (34,5%).
- Las personas con estudios universitarios (el 34,2%), seguidos a corta distancia de los que tienen FP/BUP.
- Entre quienes estudian (31,3%) o trabajan (28,3%).
- Los solteros (34,3%), seguidos a considerable distancia de los casados.

EVOLUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La edad media de inicio en el consumo de alcohol (alguna vez en la vida) se situó en 1999 en 16,9 años, una décima más tarde que en 1997, confirmándose la estabilización de ésta en el período 1997-99 (Tabla 2.13).

La edad media de inicio en los hombres es aproximadamente dos años inferior a la de las mujeres. La evolución para cada sexo es opuesta, dentro de lo exiguo de las diferencias y de la estabilidad de los datos entre las dos encuestas: en los hombres se retrasa dos décimas, y en las mujeres se adelanta una.

La edad de inicio en el conjunto de los grupos de edad y sexo experimenta un progresivo descenso a medida que se analizan los grupos de edad más jóvenes, de forma que para el grupo que cuenta entre 40-65 años la edad de inicio en los hombres se situó en 1999 en 16,8 años, y en las mujeres en 19,4 años; mientras que en el grupo de 15-19 años era para los hombres de 14,9 años y de 15 para las mujeres. Por tanto, entre las generaciones de los grupos 40-65 años y 15-19 años, desciende la edad de inicio en ambos sexos, pero mientras en los hombres lo hace en 1,9 años (datos de 1999), en las mujeres desciende en 4,4 años.

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1999 confirman que más de la cuarta parte de los españoles de entre 15 y 19 años (26%) tuvo su primer contacto con el alcohol antes de los 15 años, proporción que pasa al 22% entre aquellos que tienen entre 20 y 24 años.

TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999 confirman que la bebida alcohólica más consumida en los días laborales por la población española de 15 a 65 años en los últimos 30 días es el vino. En efecto, un 11.7% manifiesta beberlo todos los días laborales, proporción que disminuye entre los españoles de 15 a 18 años (0.6%) y de 15 a 29 años (2.4%) y, en cambio aumenta entre aquellos que superan los 30 años (16.3%). La media global es de 2,7 vasos (Tabla 2.14). En segundo lugar de las preferencias se encuentra

la cerveza, con un 6.5% de consumidores diarios en día laborable en los últimos 30 días.

En cuanto al fin de semana, son de nuevo el vino y la cerveza las dos bebidas más consumidas, si bien ahora el orden se invierte en favor de la cerveza (el 18.5% consumió cerveza todos los fines de semana, en los últimos 30 días, y el 17.2%, vino). La media global para la cerveza es de 3,9 vasos y para el vino de 3,2. Se observa un aumento del número de consumiciones de todas las bebidas alcohólicas analizadas durante el fin de semana. Por edades conviene resaltar que entre los jóvenes de 15 a 29 años el 19% bebe cerveza todos los fines de semana y el 17.3% combinados o cubatas (frente al 18.5% y al 8.9% del total en cada caso).

CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La evolución de la continuidad en el consumo de alcohol, referida a los últimos 12 meses - últimos 30 días, ha experimentado un fuerte incremento, especialmente entre las encuestas de 1997 y 1999. Si en 1995 un 77,7% de los encuestados que había consumido alcohol en los últimos 12 meses lo hizo también en los últimos 30 días, en 1999 el porcentaje se elevó hasta el 83,9%. (Tabla 2.15). La evolución de la continuidad para las mujeres responde al perfil de los datos globales pero con incrementos más intensos. En los hombres, que tienen en todo caso una continuidad mayor que las mujeres, la continuidad no crece más de 5 puntos desde 1995, frente a los 10 que lo hizo en las mujeres.

Entre los hombres el grupo con mayor continuidad en el consumo se ha ido 'envejeciendo' progresivamente: en 1995 la mayor continuidad se registraba en los hombres de 25-29 años, en 1997 en los de 35-39 y en 1999 en los de 40-65. Entre las mujeres el grupo de mayor continuidad ha sido en las tres encuestas el de 20-24 años.

Frente al incremento observado en la continuidad de los consumos de alcohol en los últimos 30 días respecto con los de los últimos 12 meses, la relación entre los que han consumido en los últimos 30 días y los de la última semana se habría estabilizado y sólo presentaría un ligerísimo incremento de un punto con respec-

Tabla 2.12. Proporción de los consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses que consumen 1-2 días ó 3-7 días a la semana. (porcentaje)

	Consumo 3-7 Días a la semana		Consumo 1-2 Días a la semana	
Sexo	Hombre	33,7	Hombre	28,4
Grupo edad-sexo	Hombre de 40-65 años	47,1	Hombre de 20-24 años	49,3
Nivel de Estudios	Primarios	28,3	Universitarios	34,2
Actividad	Trabajan	28,7	Estudian	31,3
Estado Civil	Separados-Divorciados	28,9	Solteros	34,3

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

Tabla 2.13. Evolución de la edad media de inicio al consumo de alcohol (años). España, 1997-1999.

Grupo de edad (años)	1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	14,6	15,0	14,9	15,0
20-24	15,3	16,2	15,4	16,2
25-29	15,5	16,6	15,7	16,6
30-34	15,7	17,1	15,9	17,2
35-39	16,0	17,7	16,0	17,3
40-65	16,6	19,8	16,8	19,4
15-65	15,9	17,8	16,1	17,7
Total	16,8		16,9	

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

Tabla 2.14. Bebidas alcohólicas más consumidas en los últimos 30 días, prevalencias de uso (porcentaje) y número medio de consumiciones. España, 1999.

	Días laborables				Fines de semana			
	P.G.	15-18	15-29	P.G. N° media	P.G.	15-18	15-29	P.G. N° media
Vino/champán	11,7	0,6	2,4	2,69	17,2	3,7	6,5	3.21
Cerveza/sidra	6,5	0,8	3,1	2,48	18,5	10,5	19,0	3.87
Aperitivos/vermut	0,1	0,1	0,1	3,30	1,7	1,3	1,4	2.55
Combinados/cubatas	0,3	0,1	0,3	2,83	8,9	13,0	17,3	3.50
Licores de frutas	0,2	—	0,1	2,56	1,3	1,7	2,1	2.70
Licores fuertes	0,6	—	0,1	2,70	2,4	1,5	2,1	2.80

P.G. Población general.

Nota: para los "días laborables" se ha tenido en cuenta el "consumo diario", y para el "fin de semana" el referido a "todos los fines de semana".

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

to a 1995. Tras el incremento de la continuidad registrado entre 1995-97, se ha producido una importante reducción de los mismos entre 1997 y 1999 (Tabla 2.16).

La evolución del indicador para los hombres sigue la tendencia general apuntada, pero su

crecimiento es algo mayor desde 1995. Para las mujeres en cambio, después de sufrir el incremento apuntado entre 1995 y 1997, se sitúa en 1999 en el mismo nivel que tenía en 1995. Para ambos sexos el grupo de edad que presenta mayor continuidad en las tres encuestas es el de 40-65 años.

Tabla 2.15. Evolución de la continuidad en el consumo en los últimos 12 meses -últimos 30 días de alcohol (porcentaje). España, 1995-1999.

Continuidad en el consumo de alcohol (últimos 12 meses-últimos 30 días)						
Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	78,1	64,9	69,5	60,8	78,5	72,8
20-24	89,8	72,3	87,5	72,4	90,3	81,3
25-29	90,8	69,7	85,7	70,6	89,7	80,2
30-34	86,5	65,6	89,0	69,3	89,9	77,7
35-39	89,6	68,9	90,3	72,5	92,7	74,4
40-65	86,2	60,5	88,5	67,4	92,9	72,6
15-65	86,8	65,7	86,1	68,4	90,5	75,7
Total	77,7		78,0		83,9	

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

Tabla 2.16. Evolución de la continuidad en el consumo en los últimos 30 días-última semana de alcohol (porcentaje). España, 1995-1999.

Continuidad en el consumo de alcohol (últimos 30 días-última semana)						
Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	62,5	58,7	76,5	67,7	69,8	51,5
20-24	73,7	57,0	83,3	72,5	81,2	62,5
25-29	75,0	59,1	86,2	64,6	80,7	60,1
30-34	81,5	61,1	84,6	64,2	84,5	59,2
35-39	83,2	62,9	88,9	63,3	84,2	64,6
40-65	87,9	66,2	90,7	73,5	85,9	65,1
15-65	80,0	61,6	86,9	69,3	83,0	61,9
Total	73,4		79,9		74,5	

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

FRECUENCIA DE LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS (BORRACHERAS)

El análisis del porcentaje de ciudadanos que se emborracha con relativa frecuencia constituye un indicador de enorme utilidad para aproximarnos en términos epidemiológicos a las personas que presentan problemas de abuso con el alcohol. La evolución 1999 con respecto a 1997 ha sido altamente positiva, como evidencia el que el porcentaje de quienes se han emborrachado todos los días a lo largo de los últimos 12 meses haya caído del 1,1% registrado en 1997 al 0,4% de 1999, lo que en cifras absolutas significa pasar de 291.097 a 110.031 personas (Tabla 2.17).

Han disminuido de manera sustancial las frecuencias más intensas de borracheras: diarias, semanales y mensuales. Los porcentajes acumulados de estas frecuencias eran en 1997 del 5,3%, y habrían pasado en 1999 al 3,9%. En población estimada con episodios entre diarios y mensuales de intoxicaciones etílicas habría pasado de 1.396.000 personas en 1997 a prácticamente un millón dos años más tarde, con una reducción de casi unas 400.000 personas. Por otra parte puede observarse que las borracheras más espaciadas en el tiempo (1 día cada 2-3 meses y 1 o 2 al año), han experimentado un ligero incremento entre estas fechas, que se ve reflejado en el indicador de los que nunca dicen emborracharse (Tabla 2.17).

La evolución en el número de borracheras en función del sexo apunta a que la reducción de

las mismas la han experimentado ambos sexos, tanto para las frecuencias diarias, semanales como mensuales.

Las prevalencias más altas en las borracheras diarias se producían en 1997 entre los hombres de 40-65 años (2,8%), seguidos del grupo de 30-34 años (2,4%). En 1999 ambos grupos continúan concentrando las prevalencias más altas, aunque la prevalencia mayor se encuentra en este caso en el grupo de 30-34 años. En las mujeres en 1997 también era el grupo de 40-65 en donde se encontraban las mayores prevalencias, aunque existe bastante diferencia porcentual con los hombres; en 1999 es el grupo de 35-39 años el que ocupa la primera posición (Tabla 2.18).

En las distintas frecuencias semanales de borracheras puede observarse cómo los grupos de mayor riesgo van descendiendo su rango de edad, hasta ver en la frecuencia de 1-2 días a la semana que todos los grupos con mayores prevalencias tienen menos de 29 años, tanto para hombres como para mujeres.

Para las restantes frecuencias de borracheras nos encontramos con el mismo hecho: todos los grupos con mayores prevalencias de episodios de intoxicaciones etílicas tienen menos de 29 años.

Aquellos que habiendo bebido en los últimos 12 meses nunca se han emborrachado, tanto para hombres como para mujeres, se encuentran entre quienes superan los 30 años.

Tabla 2.17. Evolución de las borracheras entre quienes se han emborrachado en los últimos 12 meses (número estimado y porcentaje). España, 1997-1999.

	1997		1999	
	Nº (miles)	%	Nº (miles)	%
Frecuencia diaria	291	1,1	110	0,4
1-6 días semana	456	1,7	351	1,3
1-3 días mes (mensuales)	649	2,5	605	2,2
Bimensuales y/o anuales	3.542	13,4	4.014	14,7
No se han emborrachado	14.812	56,1	15.004	55,0
Abstemios+ No han bebido últimos 12 meses+ Nc	6.642	25,2	7.197	26,4
Totales	26.397	100,0	27.285	100,0

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

Tabla 2.18. Evolución de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad (porcentaje). (Resumen). España, 1997-1999.

	1997				1999			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Grupo edad (años)	%	Grupo edad (años)	%	Grupo edad (años)	%	Grupo edad (años)	%
Diaria	40-65	2,8	40-65	0,6	30-34	1,3	35-39	0,3
	30-40	2,4	25-29	0,5	40-65	0,9	40-65	0,2
5-6 días/semana	40-65	0,4	40-65	0,01	15-19	0,3	35-39	0,2
	25-29	0,4						
3-4 días/semana	35-39	0,4	25-29	0,1	20-24	0,5	15-19	0,4
					35-39	0,5		
1-2 días/semana	20-24	4,1	15-19	2,0	20-24	2,8	20-24	2,5
	25-29	3,4	20-24	1,7				
1-3 días/mes	20-24	9,4	15-19	3,6	20-24	8,1	20-24	3,3
1 día/cada 2 meses	20-24	12,6	20-24	7,8	20-24	11,3	20-24	11,2
	25-29	11,0						
1-2 días/año	25-29	21,2	20-24	15,0	20-24	23,2	20-24	16,3
	20-24	18,6	15-19	12,4				
Nunca	40-65	65,6	35-39	64,3	40-65	65,7	30-34	64,2
	35-39	62,4	30-34	62,6	35-39	59,6	35-39	62,1

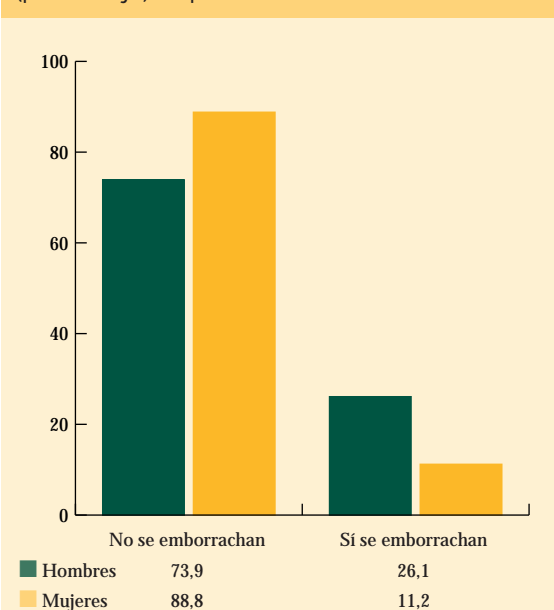
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

PERFILES DE LOS QUE SE EMBORRACHAN

El 18,6% de los sujetos encuestados en 1999 dicen haberse emborrachado durante los últimos 12 meses, en frecuencias diversas que abarcan desde todos los días hasta 1 o 2 días al año. Puede observarse a partir de la Figura 2.4 que la prevalencia en los hombres llega hasta el 26,1%, más del doble que la de las mujeres (11,2%).

Se ratifica que la población con frecuencias de borracheras entre 3 y 7 días a la semana está en torno a los 40 años (más reducida en el caso de las mujeres), mientras que por el contrario quienes registran episodios de borracheras de 1-2 días a la semana (normalmente los fines de semana) se sitúan en una edad próxima a los 27 años (Tabla 2.19). Para todas las frecuencias de borracheras puede apreciarse que la edad media de los hombres es ligeramente superior a la de las mujeres. La edad media para el conjunto de los que se emborrachan es de 30,1 años, siendo para los hombres de 31,5 años y para las mujeres de 26,8 años.

Figura 2.4. Distribución por sexo de los que se han emborrachado en los últimos 12 meses (porcentaje). España, 1999.



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

Las mayores frecuencias de episodios de borracheras, tanto para hombres como para mujeres, se registran en el grupo de 20-24 años, donde las prevalencias alcanzan el 46,3% en los hombres y el 33,2 % para las mujeres. Esto supone que casi la mitad de los hombres de 20-24 años que han bebido durante los últimos 12 meses se han emborrachado alguna vez, circunstancia que comparten 1 de cada 3 mujeres (Tabla 2.20). Las prevalencias, en conjunto, son mayores en los grupos más jóvenes, descendiendo según crece la edad del grupo.

Otras características que completarían el perfil de quienes se emborrachan son las siguientes:

- Personas con estudios universitarios (26,1%) o FP/BUP (24,9%).
- Estudiantes (31,7%), seguidos a bastante distancia por parados (23,3%) y personas que trabajan (21,2%).
- Solteros (31%), seguidos a bastante distancia de los separados y divorciados (16%).

Tabla 2.19. Edad media de quienes se emborracharon en los últimos 12 meses por sexo y frecuencia de consumo (porcentaje). España, 1999.

	Hombres	Mujeres	Total
Consumo diario	44,7	44,4	44,6
3-4 días/semana	39,9	23,1	37,9
1-2 días/semana	27,4	26,2	27,0
1-3 días/mes	28,0	25,8	27,4
1 días/ 2-3 meses	29,0	25,6	27,9
1-2 días/año	32,8	27,0	31,1
Nunca	40,1	37,9	39,0
Total	31,5	26,8	30,1

* No se incluyen las frecuencias de borracheras de 5-6 días a la semana que cuenta con una reducida base muestral. Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

PERFIL DE LOS QUE NO SE EMBORRACHAN

El 55% de los que han bebido en los últimos 12 meses no se han emborrachado nunca, sin que existan diferencias por sexo (54,9% en los hombres y 55% en las mujeres). La edad media para el grupo de los que no se emborrachan es de 39 años, siendo en los hombres de 40,1 años y en las mujeres de 37,9 años.

Entre los que han bebido en los últimos 12 meses y no se han emborrachado, las prevalencias mayores se encuentran en el grupo de hombres de 40-65 años (65,7%). Entre las

mujeres el grupo que aglutina el mayor porcentaje de personas que no se emborrachan es el de 30-34 años (64,2%) (Tabla 2.20).

Los porcentajes de los que no se emborrachan son muy parecidos para todos los niveles de estudios. Por el contrario la actividad laboral si marca algunas diferencias, aunque no excesivas. Serían los que trabajan los que muestran unos porcentajes mayores de personas que no se emborrachan (59,7%). El mayor porcentaje de los que no se emborrachan está entre los casados con el 62% (Tabla 2.21).

Tabla 2.20. Proporción de los que se emborrachan y no se emborrachan por grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1999

Grupo de edad (años)	Se emborrachan		No se emborrachan	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	29,3	21,2	40,2	47,6
20-24	46,3	33,2	36,8	45,4
25-29	39,2	19,6	46,0	57,0
30-34	34,9	8,1	51,9	64,2
35-39	27,6	7,0	59,6	62,1
40-65	13,0	2,9	65,7	54,4

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

Tabla 2.21. Perfiles básicos de quienes se emborrachan y no se emborrachan entre los consumidores de alcohol en los últimos 12 meses (porcentajes y edades medias). España, 1999.

	Se emborrachan		No se emborrachan	
	Hombres	Mujer		
Sexo	Hombres	26,1	Poca relación	
Edad media (años)		30,1		39,0
Grupo edad-sexo	Hombres 20-24 años	46,3	Hombres 40-65 años	65,7
Nivel de Estudios	Universitarios	26,1	Poca relación	
Actividad	Estudiantes	31,7	Trabajan	59,7
Estado Civil	Solteros	31,0	Casados	62,0

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

TIPOLOGÍA DE BEBEDORES EN DÍAS LABORABLES Y FIN DE SEMANA

Para el análisis de la cantidad de alcohol ingerido por las personas encuestadas en el marco de la Encuesta Domiciliaria Sobre Drogas 1999 se utiliza, al igual que se hiciera en la Encuesta de 1997, la tipología de bebedores establecida por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, basada en un índice que denominamos UBE (Unidad Bebida Estándar) que simplifica la medida de las cantidades de alcohol ingerido.

- 1 cerveza/vino/aperitivo = 1 UBE
- 1 consumición con destilados = 2 UBEs
- La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando estas por 12,5.

Para el establecimiento de esta tipología diferencial, según se trate de días laborables o de

fin de semana, se registran las cantidades de alcohol puro consumidos en los últimos treinta días por los encuestados. Las diferentes categorías que integran esta tipología, que define distintos rangos de consumo en función del consumo medio diario de alcohol según sexo, son las siguientes:

A Consumo medio de alcohol en días laborables

La Tabla 2.22 recoge la tipología de bebedores en días laborables en función del consumo medio de alcohol en un día laborable, según sexo y grupo de edad, elaborada a partir de los datos de consumo manifestados por las personas que habían consumido alcohol en los últimos 30 días. La tabla recoge, además, una estimación del número de sujetos que integrarían cada una de las categorías.

Tipología de bebedores establecida por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo en función del consumo diario medio de alcohol.

Tipo de bebedores	Hombres			Mujeres		
	MI/cc	Gr	UBEs	MI/cc	Gr	UBEs
1. Abstinentes	0	0	0	0	0	0
2. Ligeros	1-25	0,8-20	1-2	1-25	0,8-20	1-2
3. Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	21-40	3-4
4. Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
5. Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
6. Gran riesgo	+ 150	+ 120	+ 13	+ 100	+ 80	+ 8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Casi la mitad de las personas que han bebido alcohol en los últimos 30 días no han consumido durante los días laborables. Este hecho es mucho más frecuente entre las mujeres, que llegan a significar casi 6 de cada 10, que entre los hombres que no llegan a 4 de cada 10. El consumo ligero está presente en 3 de cada 10 bebedores de días laborables, sin que haya diferencias significativas por sexo. El 18,1% realiza un tipo de consumo moderado. Entre los hombres la prevalencia de consumidores moderados es del 25,5%, y entre las mujeres es del 7,3%. Las restantes categorías agrupan a bebedores que realizan consumos considerados como abusivos

(altos, excesivos y de gran riesgo), donde las prevalencias son mayores entre los hombres. No obstante debe indicarse que entre los bebedores de gran riesgo (aquellos con mayores niveles de ingesta de alcohol) las diferencias entre los sexos se acortan notablemente, siendo tan sólo superior en cuatro décimas para los hombres. En cifras absolutas señalar que algo más de 1 millón de personas mantiene un patrón de consumo abusivo de alcohol en los días laborables (Alto+ Excesivo+ Gran Riesgo) y que 263.000 personas realizan una ingesta que les situaría en términos clínicos en un diagnóstico próximo al alcoholismo (Tabla 2.22).

Tabla 2.22. Tipología de bebedores en días laborables en función del consumo diario medio de alcohol (entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días) por sexo y grupo de edad (porcentaje y número estimado). España, 1999.

	Nº (miles)	%	Sexo		Grupo de edad (años)					
			Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-65
Cero UBE	7.863	46,0	36,6	59,8	78,3	67,6	56,85	47,4	38,6	30,3
Ligero (1-2 UBES)	5.105	29,9	30,3	29,1	10,8	16,6	21,5	28,4	33,9	40,2
Moderado (3-6/3-4 UBES)	3.096	18,1	25,5	7,3	6,6	10,1	14,5	18,0	21,7	23,3
Alto (7-8/5-6 UBES)	430	2,5	3,0	1,8	1,0	2,4	3,6	1,7	2,7	2,7
Excesivo (9-12/7-8 UBES)	342	2,0	2,9	0,6	1,9	1,8	2,0	1,8	1,6	2,3
Gran riesgo (+ 13/+ 8 UBES)	263	1,5	1,7	1,3	1,4	1,6	1,7	2,6	1,5	1,2
Total	17.106									
Alto+ Excesivo+ Gran Riesgo		6	7,6	3,7	4,3	5,8	7,3	6,1	5,8	6,2

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

La tipología de bebedores en días laborables desagregada por grupo de edad y sexo (Tabla 2.23) indica que el hábito de no consumir durante los días laborables tiene la mayor presencia entre el grupo de mujeres de 15-19 años, con una prevalencia del 85,1%, situación similar a la observada entre los hombres de esa edad, donde la prevalencia de sujetos que no consumen es del 72,4%.

El grupo que presenta la mayor prevalencia de consumo ligero, tanto para los hombres como para mujeres, es el de 40-65 años. Entre los 15 y los 29 años, las prevalencias de consumo ligero son algo superiores entre los hombres que entre las mujeres, pero esta relación se invierte a partir de los 30 años de edad, siendo ya superiores en las mujeres. El grupo de hombres 40-65 años presenta la mayor prevalencia de con-

sumidores moderados. Entre las mujeres esta prevalencia se da en el grupo de 35-39 años.

Como ya se ha comentado el 2,5% de quienes consumieron en los últimos 30 días realiza un consumo calificado como 'alto'. Desagregando por grupo de edad y sexo, resulta que la mayor prevalencia de consumidores altos se puede encontrar entre el grupo de mujeres de 25-29 años, que llega a tener una prevalencia del 4,2%. Entre los hombres la mayor prevalencia se encuentra en el grupo de 35-39 años (3,7%).

Un 2% tiene un consumo excesivo, prevalencia que supera el 3% entre los grupos de hombres de 15-19 años (3%), 25-29 años (3,3%) y 40-65 años (3,1%). Entre las mujeres, la mayor prevalencia se observa en el grupo de 35-39 años.

Tabla 2.23. Tipología de bebedores en días laborables en función del consumo diario medio de alcohol (entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días) por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1999.

	Grupo de edad (años)											
	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-65	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
Cero UBE	72,4	85,1	58,3	79,0	49,7	65,9	38,4	60,6	31,6	49,9	21,1	45,9
Ligero	12,5	8,9	18,7	14,0	22,6	20,0	27,4	29,8	32,2	36,7	39,4	41,6
Moderado	9,7	3,2	15,7	3,2	19,6	7,9	25,3	7,3	29,1	9,8	31,8	8,9
Alto	1,4	0,4	29,9	1,6	3,0	4,2	1,7	1,7	3,7	1,0	3,4	1,6
Excesivo	3,0	0,6	2,9	0,3	3,3	0,3	2,8	0,4	1,9	1,1	3,1	0,8
Gran riesgo	1,0	1,8	1,4	1,8	1,7	1,7	4,3	0,2	1,5	1,5	1,2	1,2
Alto+ excesivo+ gran riesgo	5,4	2,8	7,2	3,7	8,0	6,2	8,8	2,3	7,1	3,6	7,7	3,6

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

El consumo de gran riesgo afecta a un 1,5% de la población que consumió alcohol en los últimos 30 días. Destacan las prevalencias existentes entre los hombres de 30-34 años, que llegan al 4,3%. Entre las mujeres la mayor prevalencia se registra en los grupos de 15-19 años y de 20-24 años (1,8%).

El porcentaje de población general que habiendo consumido alcohol en los últimos 30 días se mantuvo abstinentes los días laborables creció entre 1997 y 1999, pasando del 44,5% al 46%, en idénticas proporciones para ambos sexos. Pero sin duda el dato más positivo en relación con la tipología de bebedores en días laborables lo constituye la importantísima reducción de los bebedores con consumos abusivos (altos+ excesivos+ gran riesgo), cuyos

porcentajes acumulados pasaron del 9,9% en 1997 al 6% en 1999. Este dato supone que en cifras absolutas cerca de 460.000 españoles de 15 a 65 años han abandonado el patrón de consumo abusivo de alcohol en días laborables, proceso que se constata en ambos sexos.

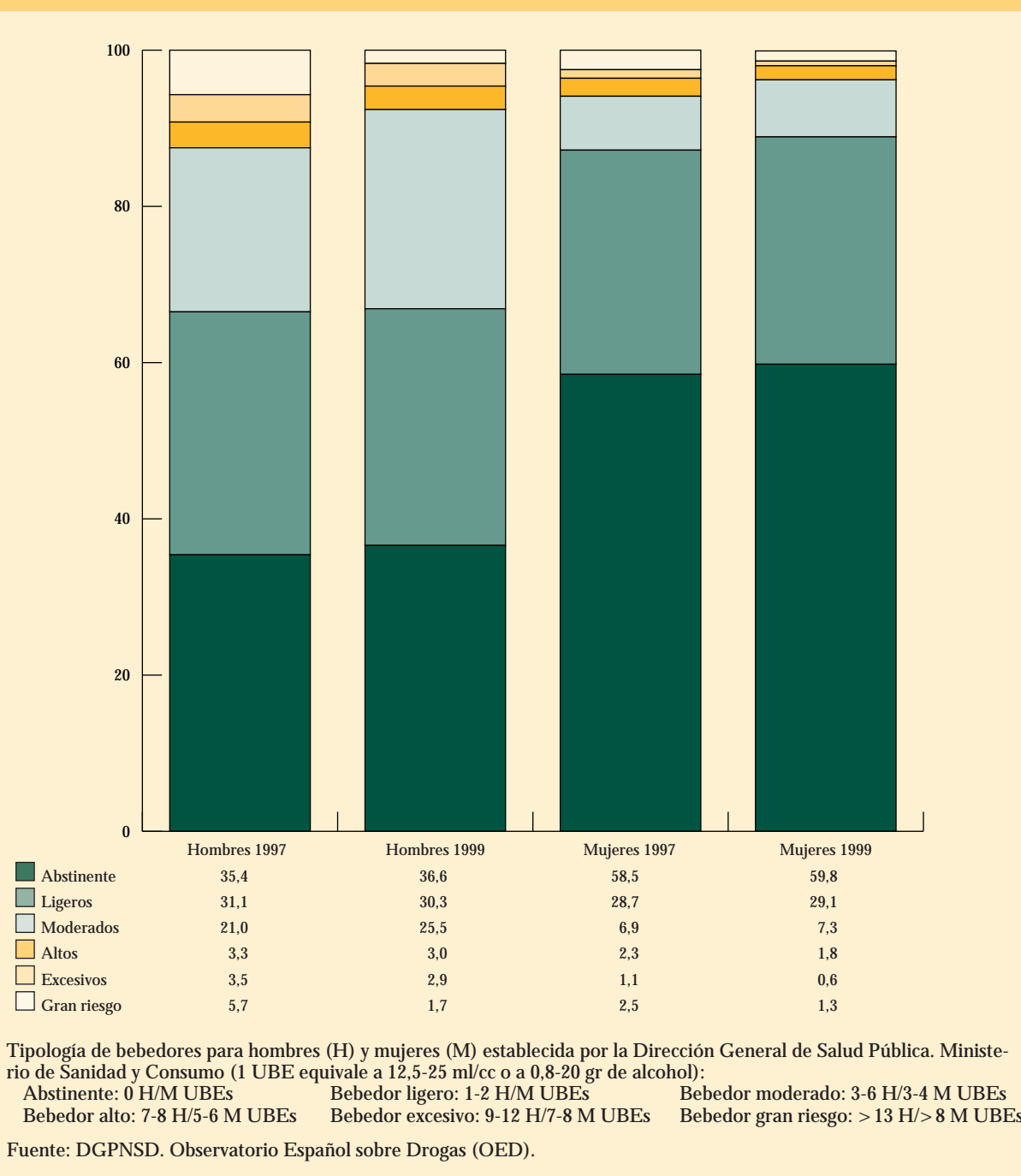
Especial valor adquiere la reducción que han registrado los bebedores de gran riesgo en días laborables, que se han reducido en 1999 hasta situarse en un tercio del nivel existente en 1997 (las prevalencias han pasado del 4,4% al 1,5% en el periodo 1997-99). Esta reducción, aunque perceptible en ambos sexos, ha sido mucho más intensa entre los hombres, cuyos porcentajes de bebedores de gran riesgo se vieron reducidos del 5,7% al 1,7% (Tabla 2.24 y Figura 2.5).

Tabla 2.24. Evolución de la tipología de bebedores en días laborables en función del consumo diario medio de alcohol (entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días) por sexo (porcentaje y número estimado). España, 1997-1999.

	Nº (Miles)		%		Hombre		Mujer	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Cero UBE	6.741	7.863	44,5	46,0	35,4	36,6	58,5	59,8
Ligeros (1-2 UBES)	4.568	5.105	30,2	29,9	31,1	30,3	28,7	29,1
Moderados (3-6/3-4 UBES)	2.345	3.096	15,5	18,1	21,0	25,5	6,9	7,3
Altos (7-8/5-6 UBES)	438	430	2,9	2,5	3,3	3,0	2,3	1,8
Excesivos (9-12/7-8 UBES)	388	342	2,6	2,0	3,5	2,9	1,1	0,6
Gran riesgo (+ 13/+ 8 UBES)	670	263	4,4	1,5	5,7	1,7	2,5	1,3
Total	15.152	17.106						
Altos+ excesivos+ gran riesgo			9,9	6,0	12,5	7,6	5,9	3,7

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

Figura 2.5. Bebedores en días laborables en función del consumo diario de alcohol por sexo (consumo de alcohol en los últimos 30 días) (porcentajes). España, 1997-1999.



B Tipología de consumidores en fin de semana

Los consumidores de alcohol en los últimos 30 días que no beben durante el fin de semana suponen únicamente un 8,3%, si bien han aumentado de forma significativa respecto a

1997, año en el que tan sólo el 3,2% de los encuestados que habían consumido alcohol en los últimos 30 días permanecieron abstinentes los fines de semana. Esta reducción se traslada de manera mayoritaria a la categoría de bebedores ligeros, categoría que aglutina a 6 de cada 10 personas que beben en el fin de sema-

na. En estas dos categorías las prevalencias son significativamente más altas entre las mujeres que entre los hombres, hecho que repercute en el resto de consumos más intensos, mostrando prevalencias siempre menores entre las mujeres.

El consumo moderado está presente en el 24,8% de consumidores, siendo del 14,6% entre las mujeres y llegando al 31,7% entre los hombres. Por su parte, el consumo calificado como alto afecta al 4% de consumidores en fin de semana. La prevalencia entre los hombres

se eleva hasta el 4,1%, y entre las mujeres es inferior quedándose en el 3,8%. El 2% tiene un consumo excesivo de alcohol durante el fin de semana, porcentaje que se eleva al 2,5% entre los hombres y entre las mujeres se queda en el 1,3%. Finalmente, un 1,7% realiza un consumo de gran riesgo. Este tipo de consumo es también más probable entre los hombres (1,8%), que entre las mujeres (1,4%). Globalmente considerados algo más de 1.300.000 personas tiene patrón de consumo abusivo de alcohol en el fin de semana, de los cuales 285.000 pertenecen a la categoría de gran riesgo (Tabla 2.25).

Tabla 2.25. Tipología de bebedores en fin de semana en función del consumo diario medio de alcohol (entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días) por sexo y grupo de edad (porcentaje y número estimado). España, 1999.

	Nº (miles)	%	Hombre	Mujer	Grupo de edad (años)					
					15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-65
Cero UBE	1.418	8,3	6,8	10,5	9,5	7,8	7,2	7,5	9,4	8,5
Ligero (1-2 UBES)	10.122	59,2	53,0	68,3	50,2	43,6	48,3	59,4	61,1	69,2
Moderado (3-6/3-4 UBES)	4.244	24,8	31,7	14,6	28,5	32,5	32,3	24,8	25,0	18,9
Alto (7-8/5-6 UBES)	685	4,0	4,1	3,8	6,0	6,8	5,6	5,7	2,6	2,0
Excesivo (9-12/7-8 UBES)	349	2,0	2,5	1,3	3,5	4,4	3,8	1,1	1,4	0,9
Gran riesgo (+ 13/+ 8 UBES)	285	1,7	1,8	1,4	2,3	5,0	2,8	1,5	0,5	0,5
Total	17.106									
Alto+ Excesivo+ Gran		7,7	8,4	6,5	11,8	16,2	12,2	8,3	4,5	3,4

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

La mayor proporción de abstemios durante el fin de semana se registra entre el grupo de mujeres de 35-39 años (12,3%). Entre los hombres también es en este grupo de edad donde se encuentra la prevalencia mayor (7,5%). El consumo ligero es más alto en el grupo de edad de 40-65 años tanto para hombres (64,5%), como especialmente para mujeres (77,1%). En relación con el consumo moderado, la mayor prevalencia entre los hombres está en el grupo de edad de 20-24 años con un porcentaje del 41,7%. Entre las mujeres los grupos de edad de 20-24 años y 25-29 años muestran idéntica prevalencia (21,1%) (Tabla 2.26).

Como se ha apuntado el 4% realiza un tipo de consumo calificado como alto, pero esta prevalencia llega a ser del 8,4% entre los hombres de 30-34 y del 8,2 entre las mujeres de 20-24. El consumo excesivo tiene sus máximas prevalencias entre los hombres, y dentro de éstos en los grupos de edad 20-24 años (6,3%), y de 25-29 años (5,8%). Entre las mujeres también hay que destacar las prevalencias de dos grupos: las que tienen entre 15-19 años (3,2%) y las de 20-24 años (2,1%). El consumo de gran riesgo tiene sus máximas prevalencias tanto para hombres como para mujeres en el grupo de edad 20-24. En los hombres llega a ser del 6,3% y en las mujeres del 3,4%.

Por lo que respecta a la evolución registrada en las distintas categorías de bebedores en el fin de semana en el período 1997-99, destacar que el porcentaje de personas que habiendo bebido en los últimos 30 días se mantuvo abstinentes los fines de semana creció de forma significativa (del 3,2% al 8,35), fenómeno presente en ambos sexos. En paralelo aumentan los bebedores ligeros (sólo entre los hombres), mientras que las restantes categorías (bebedores moderados, altos, excesivos y de gran riesgo) ven reducidos en ambos sexos el porcentaje de consumidores (Tabla 2.27 y Figura 2.6).

Un aspecto altamente positivo en relación con la evolución de las diferentes categorías de bebedores en el fin de semana lo constituye el que aquellas que entrañan mayores niveles de ingesta de alcohol (bebedores excesivos y de gran riesgo) han registrado importantes reducciones entre 1997 y 1999 (del 3,45 al 2% en los bebedores excesivos y del 2,9% al 1,7% en los bebedores de gran riesgo). En cifras absolutas cerca de 320.000 personas habrían abandonado la categoría de bebedores excesivos y de gran riesgo en el patrón de consumo en el fin de semana.

Tabla 2.26. Tipología de bebedores en fin de semana en función del consumo diario medio de alcohol en ese intervalo por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1999.

	Grupo de edad (años)											
	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-65	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
Cero UBE	7,8	11,4	7,4	8,4	4,1	11,0	6,2	9,3	7,5	12,3	7,2	10,7
Ligero	44,9	56,2	32,8	56,8	40,9	57,8	49,0	74,7	54,5	71,6	64,5	77,1
Moderado	34,9	21,3	41,7	21,1	41,0	21,1	33,6	12,1	33,2	11,9	24,5	9,4
Alto	6,6	5,3	5,6	8,2	5,1	6,3	8,4	1,7	2,7	2,6	2,2	1,7
Excesivo	3,7	3,2	6,3	2,1	5,8	1,2	0,9	1,3	1,7	0,9	1,0	0,7
Gran riesgo	2,1	2,6	6,3	3,4	3,1	2,5	1,9	0,9	0,4	0,7	0,5	0,4
Alto+ excesivo+ gran riesgo	12,4	11,1	18,2	13,7	14,0	10,0	11,2	3,9	4,8	4,2	3,7	2,8

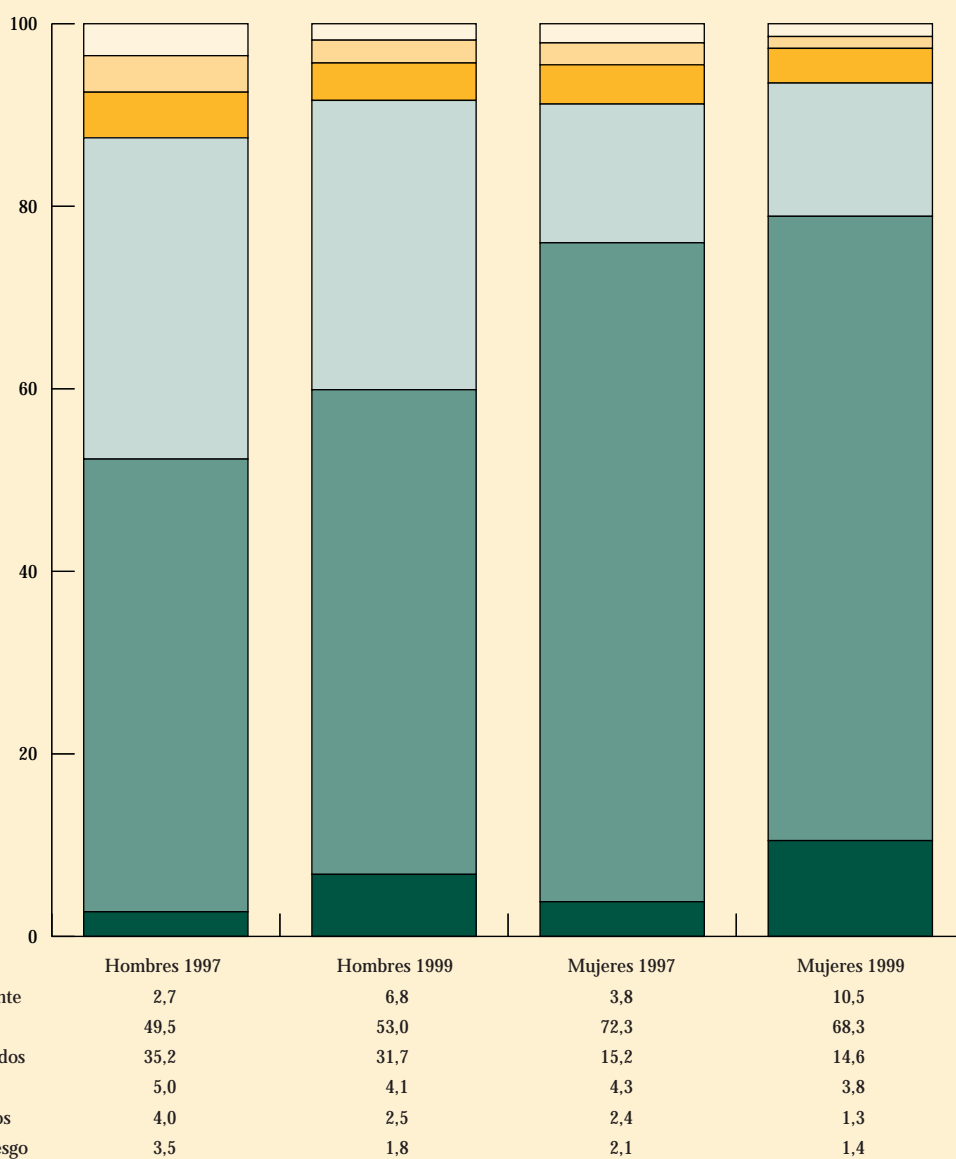
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 2.27. Evolución de la tipología de bebedores en fin de semana en función del consumo medio diario de alcohol en ese intervalo (entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días) por sexo (porcentaje y número estimado). España, 1997-1999.

	N° (Miles)		%		Hombre		Mujer	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999
	Cero UBE	477	1.418	3,2	8,3	2,7	6,8	3,8
Ligero (1-2 UBES)	8.854	10.122	58,4	59,2	49,5	53	72,3	68,3
Moderado (3-6/3-4 UBES)	4.140	4.244	27,3	24,8	35,2	31,7	15,2	14,6
Alto (7-8/5-6 UBES)	720	685	4,8	4,0	5,0	4,1	4,3	3,8
Excesivo (9-12/7-8 UBES)	512	349	3,4	2,0	4,0	2,5	2,4	1,3
Gran riesgo (+ 13/+ 8 UBES)	445	285	2,9	1,7	3,5	1,8	2,1	1,4
Total	15.152	17.106						
Alto+ excesivo+ gran riesgo			10,1	7,7	12,5	8,4	8,8	6,5

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

Figura 2.6. Bebedores en fin de semana en función del consumo diario de alcohol por sexo (consumo de alcohol en los últimos 30 días) (porcentajes). España, 1997-1999.



Tipología de bebedores para hombres (H) y mujeres (M) establecida por la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo (1 UBE equivale a 12,5-25 ml/cc o a 0,8-20 gr de alcohol):

Abstinente: 0 H/M UBEs Bebedor ligero: 1-2 H/M UBEs Bebedor moderado: 3-6 H/3-4 M UBEs
 Bebedor alto: 7-8 H/5-6 M UBEs Bebedor excesivo: 9-12 H/7-8 M UBEs Bebedor gran riesgo: >13 H/> 8 M UBEs

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

De forma complementaria a las tipologías de consumidores de alcohol en días laborables y en fin de semana que se han presentado en este mismo apartado (establecidas en función del consumo diario medio de alcohol), y con el objetivo de facilitar la comparabilidad con los

resultados de otros estudios que utilizan otros criterios de clasificación de la población consumidora de alcohol, se presenta a continuación la tipología de bebedores a partir de los criterios fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La tipología utilizada por la

OMS establece tres tipos de bebedores (abstemios, normativos y de riesgo) en base al consumo de alcohol semanal:

- Abstemio: ningún consumo
- Normativo: hasta 280 gr/semana (28 UBEs) en los varones y hasta 168 gr/semana (17 UBEs) en las mujeres.
- De riesgo: más de 280 gr/semana en varones y de 168 gr/semana en mujeres.

La utilización de estos criterios, a partir del registro del consumo semanal de alcohol entre las personas que afirman haber ingerido alcohol en los 30 días previos a la realización de la Encuesta Domiciliaria de 1999, aparecen recogidos en la Tabla 2.28.

BEBEDORES ABUSIVOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A Bebedores abusivos en días laborables por CCAA

La Figura 2.7 muestra el conjunto de bebedores abusivos en días laborables desagregados por las distintas Comunidades Autónomas, denominación que agrupa las categorías de bebedores altos, excesivos y de gran riesgo. Como puede comprobarse los valores con respecto a la media nacional (6,0%) son muy dispares entre las distintas Comunidades Autónomas. El rango de las prevalencias es de 10 puntos porcentuales entre la Comunidad con niveles más altos (Melilla) y más bajos (Galicia).

B Bebedores abusivos en fin de semana por CCAA

La prevalencia de bebedores abusivos en fin de semana es superior a la registrada en los días laborables. La horquilla de prevalencias la encabeza Castilla y León con un 13%, y la finaliza Galicia con un 1,9%, existiendo entre la primera y la última Comunidad Autónoma 11,1 puntos de diferencia (Figura 2.7).

EVOLUCIÓN DE LAS ACTITUDES FRENTE AL ALCOHOL. DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

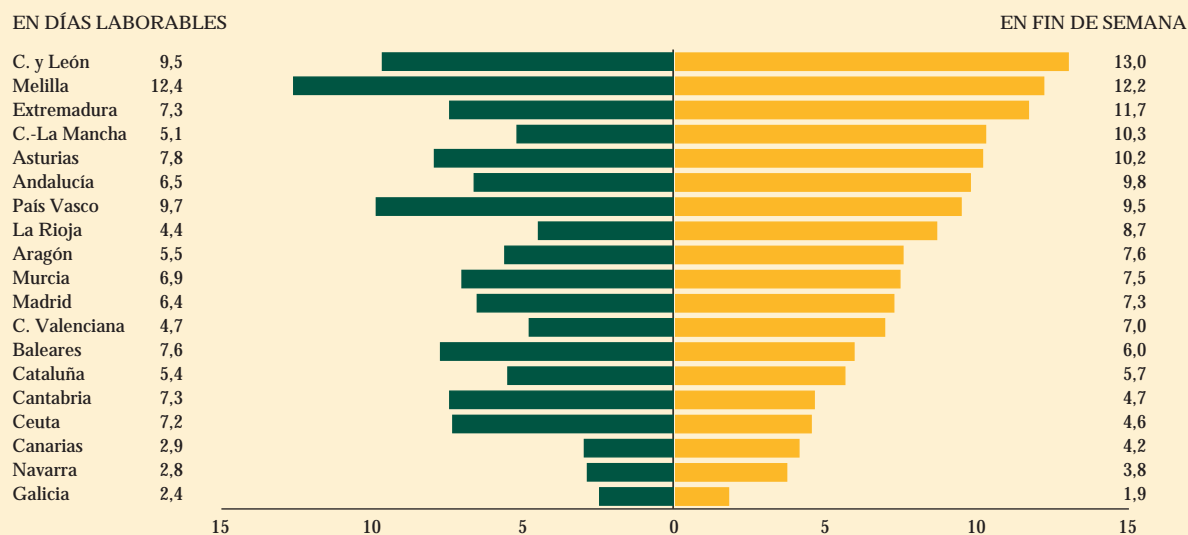
La Encuesta Domiciliaria de 1995 reflejaba que el 61% de la población opinaba que tomar 5 cañas-copas en el fin de semana podría representar ninguno o pocos problemas, frente al 36,8% que manifestaba que esa conducta podría significar bastantes o muchos problemas para la salud. Un 2,1% de los sujetos no manifestó su opinión. Dos años más tarde, la Encuesta de 1997 reflejaba un cambio muy considerable en estas opiniones, al pasar al 46% de la población que manifestaba que tomar 5 copas-cañas en fin de semana significaba bastantes o muchos problemas, lo que significa que en este periodo de tiempo un 9,2% de la población modifica su opinión sobre esta conducta. Los datos de la Encuesta de 1999 presentan un nuevo contingente de personas que se ha sumado a la actitud de considerar el

Tabla 2.28. Tipología de bebedores en función del consumo medio semanal de alcohol entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días, según los criterios de la OMS (porcentaje). España, 1999.

Sexo	Tipo de bebedor		
	Abstemio	Normativo	Riesgo
Hombre	25,8	62,0	12,1
Mujer	49,9	43,2	6,9
Total	37,9	52,6	9,5

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

Figura 2.7. Proporción de los bebedores abusivos según Comunidad Autónoma (porcentaje). España, 1999.



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

consumo de alcohol en fin de semana como problemático, ya que se pasa del 46% al 48,3% (Figura 2.8). En definitiva, entre 1995 y 1999, se observa un notable cambio de actitud ante el consumo de alcohol en el fin de semana, consistente en el hecho de que un 11,5% de la población ha cambiado su actitud y ha pasado a considerar esta conducta como problemática.

La opinión respecto a esta misma conducta por sexo (Tabla 2.29) pone de manifiesto que en las tres encuestas la conducta de beber en fin de semana es considerada como problemática en mayores proporciones por las mujeres.

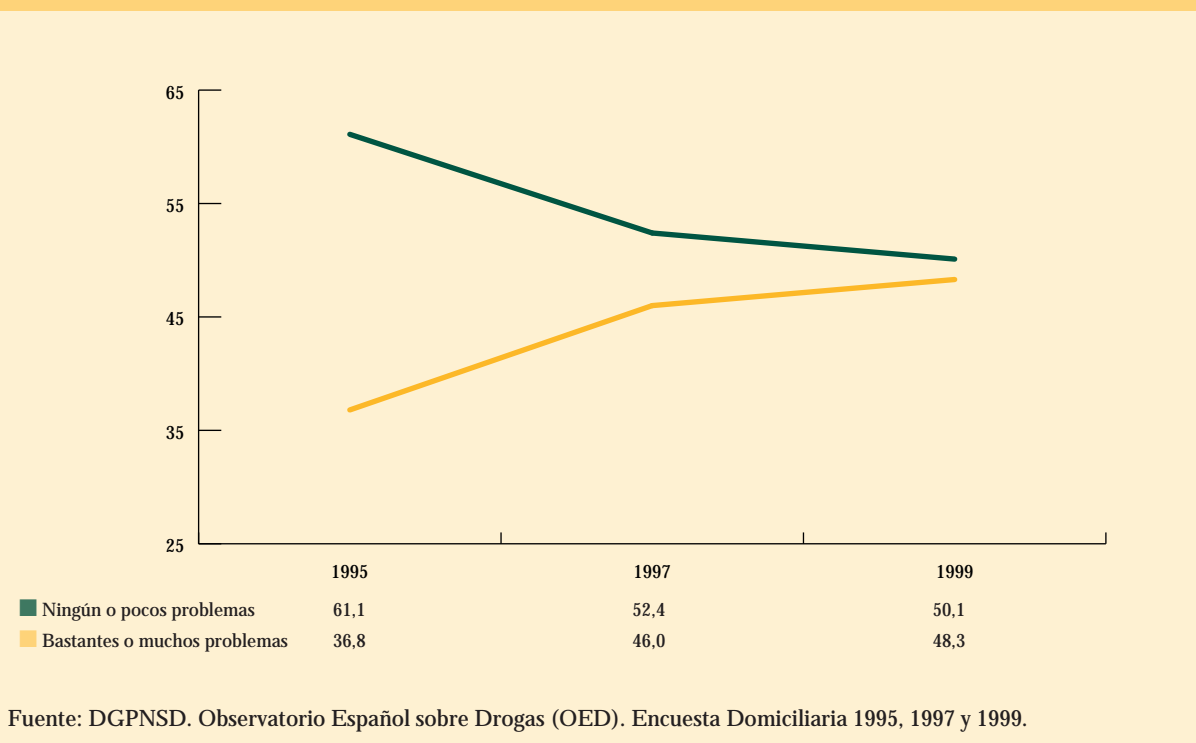
Las opiniones respecto al consumo de alcohol (5 cañas-copas) en el fin de semana (Tabla 2.30) en función de la edad de los entrevistados permite constatar que la mayor atribución de peligrosidad se registra entre la población adulta. Por el contrario los grupos de edad jóvenes, quienes participan mayoritariamente del hábito de ingerir alcohol en el fin de semana, son los que atribuyen una menor peligrosidad a esta conducta.

En 1995, el grupo que mostraba la mayor prevalencia en la opinión de que tomar 5 copas en

fin de semana podía significar muchos problemas, era el de mujeres de 40-65 años (el 54,8%). Frente a esto, la actitud opuesta, es decir, el grupo que mostraba menor prevalencia en esta creencia era el de hombres de 25-29 años, con sólo un 22,7%. En 1997 ambos grupos repiten pero en 1999 el grupo donde menos respaldo tiene esa creencia pasó a ser el de los hombres de 20-24 años.

Ya se ha visto que entre 1995 y 1997, aproximadamente un 10% de sujetos cambió su actitud y pasó a considerar la conducta de tomar 5 copas en fin de semana, como potencialmente problemática, y que este cambio se distribuyó aproximadamente igual por sexo. No obstante, se puede matizar con precisión qué grupos fueron más sensibles a este cambio. El grupo donde este cambio tuvo mayores incrementos fue el de mujeres de 35-39 años, donde esta opinión creció 12,9 puntos, seguido de los grupos de hombres de 30-34 años (11,7 puntos) y de 35-39 años (11,6 puntos) y de mujeres de 15-19 años (10,6 puntos). Frente a estos grupos, el cambio se manifestó de manera menos intensa en el grupo de mujeres 30-34 años,

Figura 2.8. Evolución de las actitudes ante el consumo de 5 cañas o copas durante el fin de semana. España 1995-1999.



donde creció solo 6,4 puntos, seguido del grupo hombres 25-29 años (crecimiento 7 puntos), en los grupos de hombres y mujeres de 20-24 años (crecimiento 7,2 puntos), hombres 30-34 años (crecimiento 7,9 puntos) y hombres de 15-19 años (crecimiento 8,7 puntos). Visto en conjunto, podría decirse que el cambio afectó por término medio en mayor medida a los grupos de hombres y mujeres mayores de 30 años, con un crecimiento medio de 10,2 puntos, frente al crecimiento medio de los grupos de hombres y mujeres entre 15 y 29 años de 8,1 puntos.

Por su parte, en el período 1997-99 el crecimiento global fue positivo, pero menor que en el intervalo 1995-97. Como se ha comentado un 2,3% de personas se sumaron a las que ya en 1997 opinaban que la conducta de tomar 5 copas en fin de semana puede ser problemática. El crecimiento mayor se manifestó en el grupo de hombres 25-29 años con un crecimiento de 7,7, seguido del grupo de mujeres de 20-24 años (crecimiento 6,7 puntos), y del grupo de hombres 40-65 (crecimiento 4,2 pun-

tos). Por contra hay que resaltar el decremento registrado en los dos grupos que más crecieron durante el primer periodo (hombres y mujeres de 35-39 años), con unos valores de -3,8 y -3,2 respectivamente.

En conjunto, comparando las prevalencias de 1999 con las de 1995, hay que decir que en todos los grupos de edad y sexo se han incrementado los porcentajes de personas que perciben la conducta de tomar 5 copas los fines de semana como potencialmente capaz de crear bastantes y muchos problemas. En el grupo que más ha crecido esta percepción es en el de hombres 25-29 años (14,7%), seguido del grupo de mujeres 20-24 años (13,9%), y del grupo de hombres 40-65 años (13,3%).

Aunque la opinión sobre la peligrosidad que entraña la conducta de consumir alcohol en el fin de semana ha experimentado un importante incremento entre 1995 y 1999, hasta ser compartida por casi 1 de cada 2 personas, se encuentra todavía a mucha distancia de la opi-

Tabla 2.29. Evolución de las actitudes ante el consumo de 5 cañas o copas en el fin de semana por sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

Problemas asociados	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ninguno+ Pocos problemas	70,2	54,8	61,0	45,5	58,3	43,5
Bastantes+ Muchos problemas	29,8	45,2	39,0	54,5	41,7	56,5

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

Tabla 2.30. Evolución de las actitudes ante el consumo de cinco cañas y/o copas n el fin de semana por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

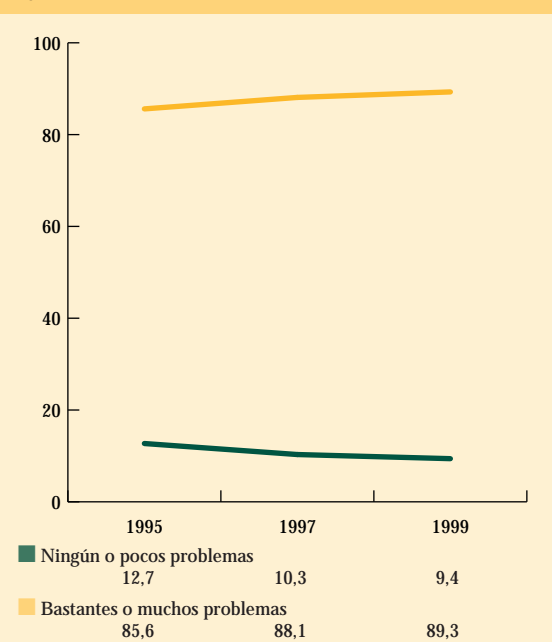
Grupo de edad (años)	Ninguno+pocos problemas						Bastantes+muchos problemas					
	1995		1997		1999		1995		1997		1999	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
15-19	63,9	57,1	55,2	46,5	52,8	45,4	36,1	42,9	44,8	53,5	47,2	54,6
20-24	76,5	66,7	69,3	59,5	66,5	52,8	23,5	33,3	30,7	40,5	33,5	47,2
25-29	77,3	64,9	70,3	57,0	62,6	54,0	22,7	35,1	29,7	43,0	37,4	46,0
30-34	76,1	62,7	64,4	56,3	64,3	54,5	23,9	37,3	35,6	43,7	35,7	45,5
35-39	73,6	58,8	62,0	45,9	65,8	49,1	26,4	41,2	38,0	54,1	34,2	50,9
40-65	65,6	45,2	56,6	35,5	52,3	33,5	34,4	54,8	43,5	64,5	47,7	66,5

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

nión existente sobre los problemas que puede causar la conducta de tomar 5 cañas o copas al día, frente a la que casi 9 de cada 10 personas comparte la opinión de que puede causar bastantes y muchos problemas (Figura 2.9).

En 1995, el 12,7% de los encuestados opinaba que tomar 5 copas-cañas al día no revestía problemas, frente al 85,6% que compartía la opinión contraria de que podía causar bastantes problemas. Un 1,7% de la población no manifestó su opinión. A pesar de este alto porcentaje de acuerdo sobre la potencialidad de causar problemas que conlleva el consumo diario de alcohol, tanto en 1997 como en 1999 se han incrementado las personas que tienen esta opinión. Entre 1995 y 1997 un 2,5% de personas se sumó a esta opinión, y entre 1997 y 1999 otro 1,2% pasó a compartir la misma. En conjunto pues, entre 1995 y 1999 un 3,7% de personas ha cambiado su actitud sobre la inocuidad de tomar 5 copas diarias, y ha pasado a considerar esta conducta como capaz de crear bastantes o muchos problemas.

Figura 2.9. Evolución de las actitudes ante el consumo de 5 cañas o copas a diario (porcentaje). España 1995-1999.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1995, 1997 y 1999.

Las tres encuestas reflejan que las mujeres registran porcentajes superiores entre quienes opinan que la conducta de beber 5 copas-cañas al día puede causar bastantes o muchos problemas. En el periodo 95-97 un 3,7% de hombres modifica su opinión y pasa a creer en lo problemático de la conducta que nos ocupa, frente a un 1,3% de mujeres. En el periodo 1997-99 el ligero incremento visto para los datos globales también se reparte de manera desigual, creciendo en los hombres un 1,5%, y en las mujeres solo un 0,3%.

En conjunto, el crecimiento global señalado del 3,7% entre la encuesta 1995 y 1999 se reparte especialmente entre los hombres, ya que los que pasan a creer en lo problemático de esta conducta son un 5,2%, frente a solo un 1,6% de mujeres que modifica su opinión (Tabla 2.31).

Las opiniones respecto al nivel de problemas asociados al consumo de alcohol diario (5 cañas o copas al día) no son uniformes entre los distintos grupos de edad. En 1999, al igual que en 1995, el mayor porcentaje de sujetos que compartía esta creencia se localiza entre las mujeres 40-65 años (95,8%), en tanto que el grupo de hombres de 35-39 años registra los porcentajes más bajos (81,7%).

Entre 1995 y 1997 todos los grupos de edad-sexo tienen incrementos en los porcentajes de sujetos que pasan a creer en la capacidad de crear problemas que entraña el consumo diario de alcohol con la frecuencia descrita. El mayor incremento lo tiene el grupo de hombres de 30-34 años (5,6 puntos), y el menor el de mujeres de 40-65 años (0,8 puntos). El incremento medio mayor se produce entre los grupos de hombres y mujeres mayores de 30 años, con una media aproximada a los 3 puntos.

En el periodo 1997-99, los grupos de hombres de 15-19 años y 20-24 años, las mujeres de 25-29 años, hombres 35-39 años y mujeres 35-39 años, experimentan decrementos en los porcentajes de sujetos que mantienen la posición en la creencia de los problemas que causa tomar 5 cañas-copas al día. Hay que mencionar el referido al grupo de hombres 15-19 años de 2,6 puntos. En el resto de los grupos se pro-

ducen de nuevo incrementos en esta opinión, y especialmente hay que mencionar el que se refiere al grupo de hombres 40-65 años, con un incremento de 4,1 puntos.

Entre 1995-99 hay que anotar incrementos positivos en todos los grupos de edad y sexo. En su conjunto la creencia de que el consumo diario de alcohol puede provocar bastantes o muchos problemas crece más en el grupo de edad de 30 y 65 años (4,3%), frente al escaso crecimiento de esta opinión entre los sujetos del grupo de 15 y 29 años (1,5%) (Tabla 2.32).

Las opiniones y actitudes frente al alcohol, y en concreto el grado de problemas que se atribuye a su consumo, están claramente condicionadas por el nivel de consumo de las personas encuestadas. Se comprueba cómo la prevalencia de consumo de alcohol con un patrón alto, excesivo y de gran riesgo en fin de semana es mayor entre los que opinan que consumir 5 cañas-copas en fin de semana no provoca problemas que entre quienes atribuyen a esta conducta bastantes o muchos problemas. Entre los primeros la prevalencia es del 10%, frente a los que opinan que este tipo de consumo puede generar bastantes o muchos problemas, entre quienes se reduce a más de la mitad (4,5%).

Los que opinan que consumir 5 copas-cañas en fin de semana no genera problemas tienen un consumo medio de 7,9 UBEs, en tanto que los que opinan que este consumo puede provocar bastantes y muchos problemas, reducen su consumo medio a 4,8 UBEs. Por tanto, opinar que tomar 5 copas en fin de semana puede tener bastantes o muchos problemas, se relaciona con una probabilidad mayor de realizar consumos ligeros durante este tiempo, y de reducir la cantidad consumida de alcohol en un 60,7% con respecto a los que opinan que este tipo de consumo tiene pocos problemas (Tabla 2.33).

Por lo que se refiere a las opiniones respecto al consumo diario de alcohol, se observa que entre quienes opinan que el mismo no provoca problemas se registran mayores prevalencias de consumo abusivo de alcohol Alto+excesivo+gran riesgo). Entre los primeros la prevalencia es del 12,4%, frente a los que opinan

que este tipo de consumo puede tener problemas, cuya prevalencia se reduce al 5,2%.

El consumo medio de UBEs en día laborable difiere según se opine que tomar 5 copas al día conlleva muchos o pocos problemas. Frente a la media de 3 UBEs que consumen los que opinan que este consumo no tiene problemas, los que en cambio opinan que puede tener bastan-

tes problemas consumen una media de 1,6 UBEs, es decir, reducen su consumo al 53,3%. En síntesis, tanto para el consumo de fin de semana como para el consumo en días laborales, tener la opinión de que esos consumos pueden provocar problemas, se relaciona con unas menores probabilidades de realizar consumos de riesgo, y de realizar consumos de alcohol más reducidos (Tabla 2.34).

Tabla 2.31. Evolución de las actitudes ante el consumo diario de 5 cañas y/o copas al día por sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ninguno+ pocos problemas	18,4	7,5	14,7	6,2	13,2	5,9
Bastantes+ Muchos Problemas	81,6	92,5	85,3	93,8	86,8	94,1

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

Tabla 2.32. Evolución de las actitudes ante el consumo diario de cinco cañas y/o copas por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Ninguno+pocos problemas						Bastantes+muchos problemas					
	1995		1997		1999		1995		1997		1999	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
15-19	10,0	6,5	6,9	4,8	9,5	4,6	90,0	93,5	93,1	95,2	90,5	95,4
20-24	14,5	8,4	13,3	7,4	14,2	6,8	85,5	91,6	86,7	92,6	85,8	93,2
25-29	18,0	9,8	14,9	8,7	14,2	9,1	82,0	90,2	85,1	91,3	85,8	90,9
30-34	21,2	10,7	15,6	7,4	11,7	7,4	78,8	89,3	84,4	92,6	88,3	92,6
35-39	20,2	8,9	17,4	7,6	18,3	8,1	79,8	91,1	82,6	92,4	81,7	91,9
40-65	21,4	5,8	16,6	5,0	12,5	4,2	78,6	94,2	83,4	95,0	87,5	95,8

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

Tabla 2.33. Opiniones respecto a los problemas generados por el consumo de cinco cañas y/o copas de alcohol en fines de semana, según el consumo medio de alcohol. España, 1999.

Opinión sobre problemas	Nº medio de UBEs fin semana	Proporción de consumo
Total	6,6	
Ninguno+ Pocos problemas	7,9	100,0
Bastantes+ Muchos problemas	4,8	60,7

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

Tabla 2.34. Opiniones respecto a los problemas provocados por el consumo diario de alcohol en función del consumo medio de alcohol en días laborables. España, 1999.

Opinión sobre problemas	Nº medio de UBEs días laborables	Proporción de consumo
Total	1,8	
Ninguno+ Pocos problemas	3,0	100,0
Bastantes+ Muchos problemas	1,6	53,3

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

■ Cábnnabis

El cánnabis es la droga ilegal más consumida. Un 19.5% de los españoles de entre 15 y 65 años la ha probado alguna vez, un 6,8% lo hizo en los últimos 12 meses, un 4,2% en los últimos 30 días y un 1,1% reconoce haberlo consumido “a diario” durante los últimos doce meses. (Tabla 2.35). Los niveles de experimentación con los derivados del cánnabis son más elevados entre los hombres (un 25,2% frente al 13,7% de las mujeres) y los jóvenes de 15 a 29 años (el 28.2%).

La evolución de los consumos de los derivados del cánnabis en el período 1995-99 indica que tras haber alcanzado su nivel máximo en 1997, en 1999 se percibe un leve descenso, tanto de aquellos que lo han probado en alguna ocasión (del 21.7% pasa al 19.5%), como de los que lo han consumido en los últimos 12 meses (del 7.5% al 6.8%). Por su parte, los consumos “en los últimos 30 días” y “diario” se mantienen en niveles similares a los de 1997 (Tabla 2.36).

La menor experimentación con el cánnabis se compatibiliza con una mayor continuidad en su uso (Tabla 2.37). El incremento de la continuidad registrada en 1999 con respecto a 1997 es

especialmente perceptible entre quienes habiendo consumido en los últimos 12 meses lo hicieron en los últimos 30 días, con un índice de continuidad del 61,7, frente al 53,3 de 1997.

Como puede apreciarse en la Tabla 2.37, la continuidad del consumo para los indicadores consumo “alguna vez-últimos 12 meses” experimentó un fuerte descenso entre las encuestas de 1995 y 1997, para estabilizarse entre esta última y la de 1999, en torno a 3 consumidores que han consumido cánnabis en los últimos 12 meses por cada 10 que lo habían probado alguna vez. Por otra parte, se observa desde 1995 a 1999 un incremento sostenido del arraigo del consumo entre quienes han consumido en los últimos 12 meses, como evidencia el que en 1999 el 61,7% de estos consumidores haya consumido en los últimos 30 días.

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1999 confirman que no existen diferencias apreciables en la continuidad entre los sexos (35,7 en los últimos 12 meses y 62,2 en los últimos 30 días en los hombres y 33,8 y 60 en las mujeres), habiéndose reducido las diferencias existentes en 1995, con unos índices para los últimos 12 meses y los últimos 30 días del 53,6 y 50 en los hombres y del 44,3 y 33,3 en las mujeres.

Tabla 2.35. Prevalencias de consumo de cánnabis (porcentaje). España, 1999.

	15-65 años	15-18 años	15-29 años
Alguna vez	19,5	18,1	28,2
Últimos 12 meses	6,8	13,5	14,0
Últimos 30 días	4,2	6,6	8,6
Diario en los últimos 12 meses	1,1	1,4	2,0

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

Tabla 2.36. Evolución de las prevalencias de consumo de cánnabis (porcentaje). España, 1999.

	1995	1997	1999
Alguna vez	13,5	21,7	19,5
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8
Últimos 30 días	3,1	4,0	4,2
Diario en los últimos 12 meses	0,7	0,9	1,1

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

Tabla 2.37. Evolución en la continuidad del consumo de cánnabis (porcentaje). España, 1995-1999.

	Prevalencia de consumo			Continuidad		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999
Alguna vez	13,5	21,7	19,5			
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8	50,3	34,5	34,8
Últimos 30 días	3,1	4,0	4,2	45,5	53,3	61,7

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

EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CÁNNABIS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

Ya se ha indicado, que las prevalencias de consumo experimental de cánnabis (“alguna vez”) son muy superiores entre los hombres, aunque desde 1995 se observa como progresivamente se van reduciendo las diferencias entre los sexos. De hecho la Encuesta Domiciliaria de 1999 refleja por primera vez que en el grupo de edad de 15 a 19 años las chicas han probado en mayores porcentajes cánnabis (21,6%) que los chicos (21,1%).

Si bien en el período 1995-1999 los consumos experimentales crecieron en todos los grupos de edad y en los dos sexos, en el intervalo 1997-99 se observaron reducciones relevantes en las prevalencias de uso en los grupos de edad de 25-29 años, de 35-39 años y de 20-24 años, con unas caídas de 7,2, 3,8 y 3,7 puntos porcentuales respectivamente (Tabla 2.38). Estas reducciones se registraron en todos los grupos de edad, salvo entre las mujeres de 15-19 años y de 20-24 años, que sufrieron leves incrementos. Entre los hombres los grupos que vieron reducidos en mayor proporción sus con-

sumos fueron los hombres de 20-24 años y de 25-29 años, con caídas de 8,2 y 12,1 puntos porcentuales respectivamente.

A diferencia de lo que ocurría en 1995, año en el que los mayores niveles de experimentación se concentraban entre los hombres de 25-29 años. En 1999 son los hombres de 30-34 años, seguidos de los de 20-24 años los que registran los niveles mas elevados.

Por lo que respecta a los consumos en los “últimos 12 meses” debe apuntarse que en el período 1995-99 a pesar de la estabilidad en las prevalencias generales para este indicador, la evolución ha sido divergente en función del sexo, de modo que frente a una leve reducción de las prevalencias entre los hombres hay que registrar un ligero incremento entre las mujeres. Tampoco la evolución ha sido uniforme entre los distintos intervalos de edad, habiéndose reducido globalmente en los intervalos de 25 a 39 años y creciendo en el resto (Tabla 2.39). Los incrementos de las prevalencias se han concentrado en las mujeres de 15-19 años (con un incremento de 6,6 puntos) (Tabla 2.39).

Tabla 2.38. Evolución de las prevalencias de consumo “alguna vez en la vida” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Alguna vez en la vida								
	1995			1997			1999		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
15-19	20,6	11,2	16,1	24,8	21	22,9	21,1	21,6	21,3
20-24	33,3	20,3	26,8	45,6	26,2	36,1	37,4	27,2	32,4
25-29	34,4	17,2	26,4	49,3	24,1	36,8	37,2	21,7	29,6
30-34	28,2	12,4	20,0	43,8	19,2	31,6	40,4	17,7	29,2
35-39	24,0	9,6	16,7	40,5	18,5	29,5	34,9	16,4	25,7
40-65	3,8	1,6	2,6	13,3	4,8	8,9	12,5	4,6	8,5
15-65	18,3	8,8	13,5	29,0	14,4	21,7	25,2	13,7	19,5

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

Tabla 2.39. Evolución de las prevalencias de consumo “en los últimos 12 meses” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Últimos 12 meses								
	1995			1997			1999		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
15-19	16,2	8,2	12,4	18,9	14,2	16,6	15,9	14,8	15,4
20-24	20,3	11,2	15,7	25,1	13,1	19,2	21,7	12,5	17,2
25-29	15,6	7,0	11,5	19,4	6,2	12,9	14,7	5,1	9,9
30-34	12,7	4,3	8,3	10,1	2,5	6,3	12,2	4,2	8,2
35-39	10,3	2,0	6,1	7,2	1,4	4,3	6,4	1,8	4,1
40-65	1,6	0,3	0,9	1,5	0,7	1,1	2,1	0,8	1,4
15-65	9,8	3,9	6,8	10,3	4,7	7,5	9,0	4,5	6,8

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

Si se analiza el período 1997-99 se comprueba como la mitad de los intervalos de edad registraron reducciones en sus prevalencias, en concreto los hombres de 15-29 años y de 35-39 años.

Los hombres de 20-24 años se configuran en las tres encuestas nacionales como el segmento con mayores consumos en los últimos 12 meses, seguidos del grupo de 15-19 años en las Encuestas de 1995 y 1999. Por su parte, entre las mujeres las mayores prevalencias se concentran en 1997 y 1999 entre el grupo de 15 a 19 años.

En el período 1995-99 las prevalencias de consumo en el intervalo de 15-19 años se han igualado entre los sexos, a pesar de que en 1995 los hombres duplicaban las prevalencias de las mujeres.

El porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 30 días ha crecido levemente en el período 1997-99. Este incremento general se produce únicamente entre las mujeres, cuya prevalencia pasó del 2,1% al 2,7%. En ese período el porcentaje de hombres consumido-

res de cánnabis en los últimos 30 días se redujo en 0,4 puntos porcentuales (Tabla 2.40).

Se aprecia que en el período 1995-99 las prevalencias de consumo en los últimos 30 días crecieron en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de 35-39 años, si bien entre 1997 y 1999 se redujo la proporción de consumidores en el grupo de 25-29 años. Es el grupo de hombres de 20-24 años el que mantiene mayores niveles de consumo en las tres encuestas, con notables diferencias respecto del resto de grupos de edad y sexo.

La igualación en las prevalencias de consumo en los últimos 30 días del grupo de mujeres de 15-19 años con sus homólogos hombres es también evidente, así la razón de consumidores respecto de consumidoras de esta misma edad, era en 1995 de 2,5, en 1997 de 1,5 y en 1999 de 1,02.

EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMIDORES HABITUALES DE CÁNNABIS POR SEXO Y EDAD: 1997-1999

La importante presencia que el consumo de cánnabis tiene entre los sectores juveniles de nuestra sociedad, el bajo nivel de riesgo asociado a su consumo en relación con otras drogas ilícitas y el incremento de las demandas asistenciales por abuso de esta sustancia, han aconsejado analizar tanto la extensión numérica como la distribución por sexos y edad de los consumidores habituales de esta sustancia. Para ello se han diferenciado dos grupos de consumidores habituales: quienes consumen 1-2 días a la semana, que responderían a un patrón de carácter recreativo, y quienes consumen diariamente o cuasi diariamente (5-6 o más de 3-4 días a la semana).

El período temporal analizado es el correspondiente a 1997-1999 al no coincidir en 1995 las frecuencias de consumo (1-3 días, 4-6 días y diario en dicho año).

El total de consumidores de cánnabis de 1-2 días a la semana, estimado en la población general para el año 1997 era de unos 254.000, habiéndose incrementado en 1999 en 26.000 personas, hasta situarse en los 280.000 consumidores. Para ambas encuestas los grupos más numerosos corresponden a los hombres. No

obstante, entre 1997 y 1999, el contingente de hombres consumidores se ha reducido, incrementándose en cambio el de consumidoras. Los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1999 confirman que entre los hombres el grupo de entre 20-24 años y de 25-29 años, y en las mujeres el de 20-24 años, constituyen el principal contingente de consumidores, al igual que ocurría en 1997. No obstante, se observa una fuerte reducción del contingente del grupo de hombres 20-24 entre 1997 y 1999, y en menor medida en el grupo de 25-29. Por el contrario, se incrementan las mujeres consumidoras de todos los grupos de edad (Tabla 2.41).

Observando la evolución global, puede comprobarse que el contingente de hombres consumidores de 1 a 2 días de cánnabis a la semana se ha reducido entre 1997-99 en un 10%, en tanto que el contingente de mujeres se incrementó un 87%. En los datos desagregados por grupos de edad y sexo destacan los incrementos de los grupos de mujeres mayores de 25 años. Por el lado contrario, hay que resaltar la disminución de hombres de 20-24 años con un decremento del 43%.

Por lo que se refiere a la segunda categoría de consumidores habituales considerada, aquellos que lo hacen diariamente o cuasi diariamente (3 o más días a la semana), conviene destacar que en el período 1997-99 se redujeron en unas 26.000 personas, lo que representa un 6% (Tabla 2.41). No obstante, si se analiza la evolución general por sexos, puede comprobarse que en realidad la reducción de consumidores se ha producido entre los hombres (-15%), en tanto que entre las mujeres aumentaron en un 41%, pese a lo cual el saldo final resultante continúa siendo satisfactorio al constituir los hombres el principal componente del colectivo de consumidores diarios.

En 1999, al igual que ocurría en 1997, los hombres de 20-24 años y de 25-29 años son los dos grupos que aportan el mayor número de consumidores 'diarios'. Es importante resaltar que en todos los grupos de edad entre los hombres se han reducido los consumidores, en tanto se registra el proceso inverso en todos los grupos de mujeres, excepto en el grupo de 35-39 años.

Tabla 2.40. Evolución de las prevalencias de consumo “en los últimos 30 días” de cánnabis por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Últimos 30 días								
	1995			1997			1999		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
15-19	7,9	3,1	5,6	9,3	5,9	7,6	8,0	7,8	7,9
20-24	11,7	3,4	7,6	14,6	6,2	10,5	14,7	8,2	11,5
25-29	8,0	2,7	5,5	13,0	2,5	7,8	9,6	3,1	6,4
30-34	6,9	1,5	4,1	5,4	1,3	3,4	7,3	2,6	4,9
35-39	4,8	0,8	2,8	3,3	0,7	2,0	3,9	0,9	2,4
40-65	0,3	0,0	0,2	1,3	0,3	0,8	1,3	0,6	0,9
15-65	4,9	1,3	3,1	6,0	2,1	4,0	5,6	2,7	4,2

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

Tabla 2.41. Evolución del número de consumidores habituales de cánnabis (número estimado). España, 1997-1999.

Miles Grupo de edad (años)	Consumen 1-2 días a la semana						Consumen diario +5-6 días +3-4 días semana					
	1997		1999		Variación (%) 1997-1999		1997		1999		Variación (%) 1997-1999	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
15-19	33	18	38	27	+15	+50	38	26	31	32	-19	+23
20-24	81	29	46	33	-43	+13	104	21	97	29	-7	+38
25-29	49	2	44	10	-11	+400	87	14	54	17	-38	+21
30-34	12	0,4	30	6	+150	+1400	59	7	57	17	-4	+142
35-39	14	1	9	3	-28	+200	34	4	28	1	-18	-75
40-65	9	1	13	16	+44	+1500	47	0	45	4	-4	+300
15-65	201	53	181	99	-10	+87	371	73	316	103	-15	+41
Total	254		280		+10		445		419		-6	

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

EVOLUCIÓN DE LAS EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE CÁNNABIS: 1995-1999

Desde 1995 se ha retrasado en algo más de un año la edad de inicio en el consumo de cánnabis (indicador “alguna vez”) hasta situarse en 1999 en los 19,2 años (Tabla 2.42), no habiéndose alterado ésta en el periodo 1997-99. Conviene destacar que si hasta 1997 los hombres tenían su primer contacto con el cánnabis a una edad más temprana que las mujeres, en 1999 esta situación ha cambiado y son las mujeres las que comienzan la experimentación con una edad algo menor a la de los hombres.

Tabla 2.42. Evolución de la edad media de inicio al consumo de cánnabis por sexo. España, 1999.

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

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

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CONSUMIDORES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CÁNNABIS

Las principales características sociodemográficas de los consumidores de cánnabis en los últimos 30 días, aproximadamente un millón cien mil personas en cifras absolutas, se pueden resumir del siguiente modo:

- El 67,5% son hombres.
- Con edad de entre 20-24 años (32,5%), seguidos de los de 15-19 años y de 25-29 (ambos grupos con un 18,6% de los consumidores).
- Con estudios de FP/BUP (casi 4 de cada 10 de los que consumen) o universitarios (3 de cada 10 consumidores).
- Que se encuentran trabajando (56,2%) o estudiando (29%).
- Solteros (76,4%) y casados (18,6%).

PREVALENCIAS DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE CÁNNABIS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 1999

En 1995 las mayores prevalencias se localizaban en Madrid, Navarra y País Vasco, con niveles cercanos al 10%. En el extremo opuesto se encontraban las Comunidades de Galicia y Extremadura en tanto que en 1999 las mayores prevalencias se localizan en Baleares, Navarra y Rioja.

Se detectan tendencias ascendentes en las comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Murcia, y La Rioja. Una tendencia descendente puede observarse en Cataluña, en tanto que tendencias quebradas ascendentes pueden observarse en Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y País Vasco. Tendencias quebradas descendentes se dan en Andalucía, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Navarra (Tabla 2.43).

Tabla 2.43. Prevalencias consumo en los últimos 12 meses de cánnabis por Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 1995-1999.

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

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

■ Éxtasis

Los datos de la encuesta Domiciliaria de 1999 indican que el 2,4% de la población española comprendida entre los 15 y 65 años afirma en 1999 haber probado el éxtasis, las “pastis” o las “pirulas” alguna vez, mientras que un 0,8% las tomó en los últimos doce meses y un 0,2% en el último mes (Tabla 2.44). Entre los grupos más jóvenes estos porcentajes son sensiblemente superiores, situándose en el intervalo de 15-29 años en prevalencias del 4,7%, 1,9% y del 0,6% para los indicadores de uso antes citados.

PREVALENCIAS DE USO DE ÉXTASIS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. EVOLUCIÓN 1995-1999

La desagregación de los datos sobre las prevalencias de uso del indicador alguna vez en la vida por sexo, muestra que la estabilización registrada en los datos globales entre 1997 y 1999 en la experimentación puede ser el resultado del descenso en seis décimas en el porcentaje de hombres que experimentan el consumo de éxtasis y del incremento en cuatro décimas entre las mujeres.

El aumento de los consumos experimentales entre las mujeres se aprecia en todos los grupos de edad (excepto en el de 40-65 que es igual), así como en el hecho de que en 1999 en el grupo de 15-19 años la probabilidad de consumo sea mayor entre las mujeres que en los hombres (Tabla 2.45).

Los grupos de edad con mayores prevalencias en las tres encuestas son los mismos. En primer lugar los hombres de 20-24 años, seguidos de los de 25-29 años. En las mujeres, es el grupo de 20-24 años en el que se registran las mayores prevalencias, seguido del de 15-19 años en las Encuestas de 1997 y 1999.

Por lo que se refiere a los consumidores en los últimos 12 meses la desagregación por sexos confirma que, en las tres encuestas consideradas, las prevalencias son mayores entre los hombres. Las mayores prevalencias se mantienen en el período 1995-1999 entre los hombres de 20-24 años. Por el contrario el grupo de mayor prevalencia entre las mujeres es en las tres encuestas el de 15-19 años, observándose en el resto de los grupos de mujeres un claro descenso de prevalencias, lo que indicaría que las mujeres hacen un consumo experimental que no iría acompañado del uso repetido de la sustancia (Tabla 2.46).

La desagregación de las prevalencias de consumo en los últimos 30 días por sexos, confirma la impresión de la existencia de un grupo estable de consumidores, con mayor prevalencia en los hombres. En el análisis de las prevalencias por grupo de edad y sexo, lo más destacable es la dualización de la muestra con presencia o no de consumidores a partir de los grupos de edad señalados anteriormente, es decir, para las mujeres a partir de los 25 años no se encontrarían prácticamente consumidoras, y para los hombres tampoco a partir de los 30 años.

Tabla 2.44. Prevalencias consumo de éxtasis (porcentaje). España, 1999.

	1997			1999		
	PG	15-18	15-29	PG	15-18	15-29
Alguna vez	2,5	3,9	5,6	2,4	2,7	4,7
Últimos 12 meses	1,0	2,9	2,5	0,8	1,9	1,9
Últimos 30 días	0,2	0,9	0,6	0,2	0,6	0,6

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

Tabla 2.45. Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis alguna vez en la vida por sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	3,3	2,4	5,6	2,8	3,0	4,1
20-24	7,3	2,6	10,4	3,8	7,9	4,9
25-29	5,4	2,4	9,1	1,7	5,6	2,5
30-34	2,5	1,0	2,8	1,0	5,3	1,7
35-39	1,6	0,3	2,4	0,07	2,4	0,5
40-65	0,3	0,4	0,3	0,2	0,8	0,2
15-65	2,6	1,2	3,8	1,2	3,2	1,6

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

Tabla 2.46. Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días por sexos y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	Últimos 12 meses						Últimos 30 días					
	1995		1997		1999		1995		1997		1999	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
15-19	3,2	2,2	3,8	2,3	2,4	1,8	1,3	0,9	1,4	0,3	0,6	0,6
20-24	4,6	1,8	4,3	1,5	3,0	1,5	0,7	0,2	0,9	0,1	1,0	0,5
25-29	4,0	1,2	2,5	0,3	2,1	0,7	0,8	0,3	0,6	0,0	0,5	0,2
30-34	1,4	0,2	0,6	0,1	1,8	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0
35-39	1,2	0,2	0,2	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0
40-65	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01
15-65	1,8	0,7	1,4	0,5	1,2	0,5	0,4	0,2	0,4	0,05	0,3	0,1

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

CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE ÉXTASIS: EVOLUCIÓN 1995-1999

La experimentación con el éxtasis parece haberse estabilizado entre 1997 y 1999, en tanto, que la repetición en el consumo sigue una evolución descendente desde 1995. Este hecho se traduce en los indicadores de continuidad, así en 1999 los experimentadores que repiten consumos en los últimos 12 meses son la mitad que en 1995. Por su parte la continui-

dad del consumo “últimos 12 meses-últimos 30 días” está estabilizada desde 1995.

Para apreciar el fenómeno de continuidad global, además del análisis secuencial entre consumidores experimentales (alguna vez en la vida), consumidores en los últimos 12 meses y consumidores en los últimos 30 días, se ha añadido la proporción de consumidores habituales en relación con los experimentadores. En este indicador puede apreciarse el descenso de

consumidores entre 1995 y 1997, y la posterior estabilización en el período 1997-1999. Conviene apuntar que, a pesar del descenso registrado entre 1997 y 1999 de los consumidores en los últimos 12 meses, la prevalencia de los que habían consumido en los últimos 30 días se mantiene, hecho que recoge la subida de 5 puntos de la continuidad de este indicador en 1999, y que indicaría la existencia de un grupo de consumidores habituales estables en esta práctica (Tabla 2.47).

Si se analiza la evolución de continuidad en el consumo por sexos, referida al intervalo alguna vez-últimos 12 meses, se comprueba que los hombres muestran un leve incremento entre 1997 y 1999, rompiendo la clara tendencia de la evolución conjunta para ambos sexos, en su línea de descenso. Por tanto, el descenso global de la continuidad se debe a la disminución de la presencia de mujeres entre los consumidores en los últimos 12 meses, como puede apreciarse en la clara evolución de su indicador desde 1995 (Tabla 2.48).

El análisis de la continuidad “últimos 12 meses-últimos 30 días” pone de relieve que la continuidad se reduce entre 1997 y 1999 entre los varones, incrementándose entre las mujeres, si bien continúa situándose en este último grupo en niveles inferiores.

EVOLUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO

La edad media de inicio al consumo de éxtasis durante 1999 se situó en los 20,7 años, siendo casi un año menor entre las mujeres (Tabla 2.49). Entre 1995 y 1997 la edad de inicio experimentó una reducción de 1 año, para después, entre 1997 y 1999, retrasarse de nuevo hasta los 20,7 años.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CONSUMIDORES EN LO ÚLTIMOS 30 DÍAS DE ÉXTASIS. 1999

Del total de encuestados en 1999, un 0,2% han consumido éxtasis en los 30 días anteriores a la encuesta (alrededor de 66.000 personas), cuyas principales características son las siguientes:

- La mayor parte de los consumidores son hombres (7 de cada 10).
- De entre 20-24 años de edad, seguidos de los jóvenes de entre 15-19 años.
- El mayor contingente de consumidores tiene un nivel de estudios de FP/BUP (el 37,1%), seguidos en importancia por los sujetos con estudios universitarios
- Trabajadores (casi 1 de cada 2 consumidores) o estudiantes (alrededor de 3 de cada 10 consumidores).
- La gran mayoría son solteros (más de 8 de cada 10).

Tabla 2.47. Evolución de la continuidad en el consumo de éxtasis (porcentaje). España, 1995-1999.

	Prevalencia			Continuidad		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999
Alguna vez	1,9	2,5	2,4	-	-	-
Últimos 12 meses	1,2	1,0	0,8	63,1	40,0	33,0
Últimos 30 días	0,3	0,2	0,2	25,0	20,0	25,0
Alguna vez/Últimos 30 días				15,7	8,0	8,3

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

Tabla 2.48. Evolución de la continuidad del consumo de éxtasis por sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

	1995		1997		1999	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Últimos 12 meses	69,2	58,3	36,8	41,7	37,5	31,3
Últimos 30 días	22,2	28,6	28,6	10,0	25,0	20,0

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

Tabla 2.49. Evolución de la edad de inicio al consumo de éxtasis por sexo (años). España, 1995-1999.

Sexo	1995	1997	1999
Hombres	21,4	20,0	21,0
Mujeres	20,0	19,8	19,9
Total	21,0	19,9	20,7

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

■ Tranquilizantes y somníferos

El consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta tiene una escasa penetración social. El consumo de tranquilizantes en los últimos 12 meses alcanza al 2,0% de la población de 15 a 65 años, mientras que los somníferos sin receta fueron consumidos en los últimos 12 meses por un 1,3%. (Tabla 2.50). Las prevalencias de uso se mantienen en niveles similares a los de 1997.

No es posible analizar la evolución de los consumos de tranquilizantes y somníferos respecto a 1995, puesto que en dicho año se incluía el consumo tanto con receta como sin receta médica.

La proporción de jóvenes que consumen estas sustancias es inferior, aumentando algo entre los españoles de 30 a 65 años. Estos porcentajes no experimentan diferencias con respecto a 1997.

Las prevalencia de uso de tranquilizantes sin receta en los últimos 12 meses no indica la

existencia de diferencias relevantes en función del sexo, que son levemente superiores entre las mujeres que entre los hombres (2,2% frente al 1,9%).

En cuanto a los somníferos, al igual que ocurre con los tranquilizantes no existen diferencias marcadas de consumo en función de sexo, aunque en estas sustancias son los hombres, con una prevalencia del 1,4%, quienes superan ligeramente a las mujeres en su consumo (1,2%).

EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y SOMNÍFEROS SIN RECETA

La edad media en el inicio al consumo de tranquilizantes sin receta se ha estabilizado para los datos globales entre el 1997 y 1999 en los 27,9 años.

Ahora bien, la evolución entre estos años en los hombres muestra un descenso de la edad de inicio de 2 años, en tanto que en las mujeres se retrasa un lapso de tiempo similar, hasta situarse en los 30,2 años (Tabla 2.51).

La edad media en el consumo de somníferos sin receta se produce dos años después que la edad de inicio en los tranquilizantes. Se percibe para datos globales un ligerísimo descenso de la edad de inicio entre el 97 y el 99, para situarse en los 29,3 años. Para los hombres, que comienzan dos años antes que las mujeres, la edad de inicio se ha estabilizado en los 28 años, en tanto que para las mujeres se ha adelantado ligeramente para situarse en los 30,7 años.

Tabla 2.50. Evolución del consumo en los últimos 12 meses de tranquilizantes y somníferos sin receta (porcentaje). España, 1997-1999.

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

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

Tabla 2.51. Evolución de la edad de inicio por consumo en los últimos 12 meses de hipnosedantes (años) (porcentaje). España, 1997-1999.

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

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

■ Cocaína

Un 3,1% de los españoles de 15 a 65 años encuestados en 1999 afirma haber consumido cocaína alguna vez en su vida, un 1,5% lo hizo en los últimos 12 meses y el 0,6% en los últimos 30 días, porcentajes que sitúan a esta sustancia entre las drogas ilícitas de mayor consumo tras el cánnabis (Tabla 2.52).

Los porcentajes de sujetos que experimentan con el consumo de cocaína, al igual de los que consumieron en los últimos 12 meses, vienen disminuyendo ligeramente desde 1995. Por su parte las prevalencias de consumo en los últimos 30 días registraron un levísimo ascenso. La continuidad de los consumos “alguna vez-últimos 12 meses” se redujo entre 1995 y 1997, para luego crecer ligeramente en 1999 en continuidad de los consumos “alguna vez-últimos 30 días” ha crecido desde 1995 a 1999.

PREVALENCIAS DE USO DE COCAÍNA POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. EVOLUCIÓN 1995-99

Como ya se ha comentado, en su conjunto el consumo experimental ha registrado cierto descenso en sus prevalencias. Los datos para cada sexo, confirman que este descenso es atribuible sólo a los hombres, que vieron reducidas en 7 décimas sus prevalencias entre 1997 y 1999, mientras que entre las mujeres se incrementaron en 3 décimas.

El grupo que mayores prevalencias de consumos experimentales presenta pasa de ser el de hombres entre 25-29 años, en las encuestas de 1995 y 1997, a ser el de hombres de 20-24 años y de 30-34 años en 1999. Para las mujeres anotar, como dato relevante, que en el grupo de edad de 15-19 años tienen mayor prevalencia que los hombres de esta misma edad (como se ha observado también para otras sustancias), donde además se registra una subida importante con respecto a 1997. Los grupos de mayor prevalencia en 1999 son los de 20-24 años y de 30-34 años, seguidos del grupo de 25-29 años (Tabla 2.53).

Por lo que se refiere a los consumidores de cocaína en los últimos doce meses destacar que las mayores prevalencias de consumo se concentran en ambos sexos en el intervalo de 20-24 años. También en este indicador se constata que en el grupo de edad de 15-19 años las mujeres registran prevalencias superiores a los varones (del 2,1% frente al 1,5%) (Tabla 2.54).

Respecto a las prevalencias por sexo y grupos de edad de los consumos habituales de cocaína (consumo en los últimos 30 días) hay que destacar que el grupo de hombres de 20-29 años aparece en las tres Encuestas Domiciliarias con las mayores prevalencias (Tabla 2.55).

Tabla 2.52. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína y continuidad de uso (porcentaje). España, 1995-1999.

	Prevalencia			Continuidad		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999
Alguna vez	3,4	3,2	3,1	-	-	-
Últimos 12 meses	1,8	1,5	1,5	52,9	46,8	48,3
Últimos 30 días	0,4	0,5	0,6	22,2	33,3	40,0
Alguna vez/últimos 30 días				11,7	15,6	19,3

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

Tabla 2.53 Distribución de las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de cocaína por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	3,0	1,7	3,2	1,1	2,2	2,7
20-24	8,2	4,1	7,6	3,0	7,9	3,2
25-29	11,9	4,9	12,4	2,9	7,1	3,1
30-34	8,6	3,2	7,8	3,1	7,9	2,6
35-39	8,1	1,9	6,2	1,7	6,2	1,6
40-65	0,6	0,5	1,6	0,5	1,5	0,9
15-65	4,9	2,0	5,0	1,5	4,3	1,8

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

Tabla 2.54. Distribución de las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses de cocaína por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	2,6	1,1	2,6	1,0	1,5	2,1
20-24	5,1	2,7	6,0	1,4	6,6	2,2
25-29	6,9	3,3	5,1	1,3	3,2	0,8
30-34	3,2	1,2	3,7	1,0	3,4	1,4
35-39	3,8	0,4	2,1	0,3	2,5	0,4
40-65	0,0	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2
15-65	2,6	1,0	2,4	0,6	2,2	0,8

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

Tabla 2.55. Distribución de las prevalencias de consumo en los últimos 30 días de cocaína por sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-1999.

Grupo de edad (años)	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-19	0,8	0,2	0,8	0,6	0,7	0,3
20-24	1,2	0,9	1,8	0,7	3,3	0,8
25-29	1,2	0,6	1,8	0,5	1,4	0,3
30-34	0,9	0,0	1,3	0,3	0,7	0,3
35-39	1,0	0,0	0,6	0,04	1,2	0,03
40-65	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
15-65	0,6	0,2	0,8	0,3	0,9	0,2

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

EVOLUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE COCAÍNA

La edad de inicio al consumo de cocaína se mantiene relativamente estable en el período 1995-99, con un ligero retraso en dicho período. Este retraso es atribuible exclusivamente a los hombres, puesto que las mujeres no han visto alterada la edad media de inicio, estable en los 21,5 años desde 1995 (Tabla 2.56).

Tabla 2.56. Evolución de la edad media de inicio del consumo de cocaína (años) (porcentaje). España, 1995-1999.

Sexo	1995	1997	1999
Hombres	21,0	21,1	21,6
Mujeres	21,5	21,9	21,5
Total	21,1	21,3	21,6

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

Otras sustancias psicoactivas

■ Heroína

Las prevalencias de consumo de heroína son muy bajas para los tres indicadores de uso, alguna vez, últimos 12 meses y últimos 30 días, situándose en 1999 en valores del 0,4%, 0,1% y el 0,04% respectivamente. Los datos de 1999 confirman que siguen reduciéndose

de forma sostenida desde 1995 los consumidores de heroína.

La proporción de personas que habiendo consumido la sustancia alguna vez repite el consumo en el último año tiene una evolución marcada por una caída muy acentuada, pasando del 50% en el 95 a sólo 1 de cada 4 en 1999. También la proporción de personas que habiendo consumido alguna vez en los últimos 12 meses ha consumido en los últimos 30 días experimenta una fuerte caída entre estas dos fechas. La proporción total entre los que consumen heroína alguna vez y se arraigan en un consumo mensual habría caído de forma espectacular, pasando de tres de cada diez personas a solo una de cada diez en 1999 (Tabla 2.57).

Las prevalencias de uso confirman la clara desproporción existente a favor de los hombres, con prevalencias para el consumo experimental en la Encuesta de 1999 del 0,6%, frente al 0,3% de las mujeres. Esta desproporción se acentúa entre los consumidores en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días (Tabla 2.58). Las mayores prevalencias se observan en los hombres de 25-29 años para los consumos experimentales (1,9%) y en los hombres de 25-29 años y 30-34 años entre los consumidores en los últimos 12 meses (en ambos grupos con prevalencias del 0,4%). Las mayores prevalencias entre consumidores en los últimos 30 días se observan en el grupo de 25 a 34 años (0,2%).

EDAD DE INICIO AL CONSUMO

En 1995 y 1997 la edad de inicio en el consumo “alguna vez” se situaba en torno a los 20 años. En 1999 esta edad se habría reducido un año (Tabla 2.59).

No obstante este dato, que en principio podría indicar la incorporación de nuevos consumidores, hay que interpretarlo junto con la fuerte reducción de prevalencias vista en los indicadores anteriores, y valorar ambas circunstan-

cias en el contexto de la escasez de datos muestrales sobre los que se apoyan estos resultados.

La edad de inicio se ha reducido para ambos sexos, pero especialmente para las mujeres, que entre 1995 y 1997 habría descendido 2 años, situándose en una edad de inicio más temprana que la de los hombres. De nuevo insistir en la precaución en la interpretación de estos resultados, ya que los datos muestrales para mujeres son todavía más reducidos que para los hombres.

Tabla 2.57. Evolución de las prevalencias de uso y continuidad en el consumo de heroína (porcentaje). España, 1995-1999.

	Prevalencia			Continuidad		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999
Alguna vez	1,0	0,5	0,4	-	-	-
Últimos 12 meses	0,5	0,22	0,1	50,0	44,0	25,0
Último 30 días	0,3	0,17	0,04	60,0	77,2	40,0
Alguna vez/Últimos 30 días				30,0	34,0	10,0

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

Tabla 2.58. Evolución de las prevalencias de consumo de heroína por sexo (porcentaje). España, 1995-1999.

	1995		1997		1999	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alguna vez	1,5	1,0	0,9	0,2	0,6	0,3
Últimos 12 meses	0,8	0,3	0,4	0,1	0,1	0,01
Último 30 días	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,01

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

Tabla 2.59. Evolución de la edad media de inicio al consumo de heroína (años) (porcentaje). España, 1995-1999.

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

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

■ Otras sustancias

Las anfetaminas y speed (2.2%) y los alucinógenos (1.9%) registran prevalencias de consumo alguna vez en la vida próximas al 2%, reduciéndose sensiblemente en el indicador consumo en los últimos 30 días, situándose para todas estas sustancias en un 0,2%. Los inhalables registran prevalencias más reducidas para todos los indicadores. Globalmente considerados en los tres indicadores puede observarse una ligera reducción en las preva-

lencias de consumo en 1999 con respecto a 1997. Por su parte el consumo de crack estaría estabilizado en unos niveles de prevalencia muy bajos. (Tabla 2.60).

■ Ex-consumidores de tabaco, alcohol y drogas

En este capítulo se analiza el número de personas que han dejado de consumir tabaco, alcohol, y otras drogas como los derivados del cánnabis y el éxtasis.

En lo que concierne al tabaco un 19.5% de la población española entre 15 y 65 años afirma llevar más de un año sin fumar un cigarrillo u otro tipo de tabaco; y un 3.9% lleva más de un mes, pero menos de un año sin fumar (Tabla 2.61). Entre aquellos que llevan sin fumar más de un mes, pero menos de doce, sobresalen los jóvenes de 15 a 18 años (8.0%); mientras que la proporción de los que dejaron de fumar hace más de un año aumenta entre quienes superan los 30 años (22.5%).

En cuanto al **alcohol**, los bebedores “arrepentidos” en estos dos espacios temporales suman

idéntica proporción: un 12.0% dejó de beber hace más de un mes pero menos de doce y otro 12.0% lo hizo hace más de un año. En esta ocasión, también es entre los más jóvenes, de 15 a 18 años, donde hay un mayor número de ex-bebedores desde hace más de un mes (18.9%); y entre los que sobrepasan los 30 años el 14.5% lleva más de un año sin beber. Según el sexo, en general, es mayor la proporción de mujeres ex-bebedoras que la de hombres.

Con relación a los derivados del cánnabis ocurre algo parecido a lo que se ha visto con el tabaco. Son más los ex-fumadores de porros, hachís o marihuana desde hace más de un año (12.5%) que aquellos que llevan más de un mes pero menos de un año sin fumar (2.6%).

Entre estos últimos se distinguen los de 15 a 18 años (6.9%); mientras que entre los “arrepentidos” desde hace más de un año sobresalen los de 15 a 29 años (13.8%). Por sexo, hay más “arrepentidos” que “arrepentidas”.

En lo que respecta al éxtasis, un 1.5% ha dejado de consumirlo desde hace más de un año y un 0.6% desde hace más de un mes pero menos de un año.

Tabla 2.60. Evolución de las prevalencia de uso de anfetaminas, speed, alucinógenos e inhalables (porcentaje). España, 1997-1999.

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Anfetaminas/Speed	2,5	2,2	0,9	0,7	0,2	0,2
Alucinógenos	2,6	1,9	0,9	0,6	0,2	0,2
Inhalables	0,7	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1
Base, basuco, crack	0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1

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

Tabla 2.61. Periodo de tiempo desde que los ex-consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas abandonaron el consumo de estas sustancias (porcentaje). España, 1999.

		P.G.	15-18	15-29
Tabaco	Más de 1 mes pero menos de 1 año	3,9	8,0	5,6
	Más de 1 año	19,5	8,8	13,6
Alcohol	Más de 1 mes pero menos de 1 año	12,0	18,9	13,3
	Más de 1 año	12,0	6,1	7,1
Cánnabis	Más de 1 mes pero menos de 1 año	2,6	6,9	5,4
	Más de 1 año	12,5	4,6	13,8
Éxtasis	Más de 1 mes pero menos de 1 año	0,6	1,3	1,3
	Más de 1 año	1,5	0,6	2,7

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

■ Policonsumo

Se analiza a continuación el consumo múltiple de distintas sustancias o policonsumo, teniendo en cuenta dos períodos temporales, uno más lejano —“durante los últimos 12 meses”— y otro más próximo —“durante los últimos 30 días”—. La proporción de personas encuestadas en 1999 que en dichos períodos temporales consumieron una o varias de estas sustancias es la siguiente:

- Durante los últimos 12 meses consumieron:
 - Una sola sustancia: el 41.7%
 - Dos sustancias: el 32.8%
 - Tres sustancias: el 5.1%
 - Cuatro sustancias: el 1.1%
 - Cinco o más sustancias: el 0.9%
- Durante los últimos 30 días consumieron:
 - Una sola sustancia: el 27.8%
 - Dos sustancias: el 43.6%
 - Tres sustancias: el 15.7%
 - Cuatro sustancias: el 1.8%
 - Cinco o más sustancias: el 0.6%

Tabaco (últimos 12 meses): un 43,7% de la población española afirmaba en la Encuesta Domiciliaria de 1999 haber consumido tabaco en los últimos 12 meses. La asociación del consumo de tabaco con otras sustancias entre esta población (Tabla 2.62) pone de manifiesto que el mismo se vincula claramente con el consumo de alcohol (el 86,7% de los fumadores bebió alcohol durante los últimos 12 meses) y en niveles menos relevantes hachís (13,5%).

Alcohol (últimos 12 meses): la mitad de las personas que habían consumido alcohol en los últimos 12 meses también habían fumado, y además el 8,7% de ellos había consumido hachís durante el mismo periodo de tiempo (Tabla 2.62).

Cánnabis (últimos 12 meses): los consumidores de cánnabis en los últimos 12 meses consumen, también, en proporciones elevadas alcohol y tabaco; siendo relevante igualmente el consumo de cocaína (Tabla 2.62).

Cocaína (últimos 12 meses): los consumidores de cocaína registran altísimos consumos de

Tabla 2.62. Otras drogas consumidas en los últimos 12 meses por droga de consumo (porcentaje). España, 1999.

	Heroína	Cocaína	Cánnabis	Extasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Alcohol	Tabaco
Heroína	-	4,1	0,8	5,1	7,1	7,5	0,1	0,1
Otros opiáceos	36,9	2,5	0,8	2,3	5,1	5,9	0,1	0,1
Cocaína	86,8	-	18,4	53,0	77,3	81,6	1,9	3,1
Base/Crack/basuco	33,8	9,8	2,0	6,2	12,3	10,0	0,2	0,4
Cánnabis	78,2	81,4	-	93,1	82,1	84,2	8,7	13,5
Extasis	58,3	28,7	11,4	-	56,9	60,8	1,0	1,7
Anfetaminas	66,2	34,5	8,3	47,0	-	66,5	0,8	1,3
Alucinógenos	61,1	31,6	7,4	43,4	57,6	-	0,7	1,2
Inhalables	21,5	4,2	0,8	4,7	9,3	8,9	0,1	0,2
Alcohol	94,7	91,9	95,9	91,4	90,3	87,7	-	86,7
Tabaco	81,8	88,5	87,1	87,3	85,8	89,7	50,7	-

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

Alcohol, tabaco y marihuana. Mantienen porcentajes importantes de consumo de anfetaminas, alucinógenos y éxtasis (Tabla 2.62).

Éxtasis (últimos 12 meses): los consumidores de éxtasis en los últimos 12 meses consumían en proporciones elevadísimas marihuana, alcohol tabaco y cocaína. Son relevantes también los consumos de anfetaminas y alucinógenos (Tabla 2.62).

Heroína (últimos 12 meses): quienes han consumido esta sustancia en los últimos 12 meses consumen además, en proporciones altas, el resto de las sustancias pero sobre todo, tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, alucinógenos y éxtasis (Tabla 2.62).

Anfetaminas (últimos 12 meses): los consumidores de anfetaminas en los últimos 12 meses registran elevados consumos de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y alucinógenos (Tabla 2.62).

Alucinógenos (últimos 12 meses): los consumidores de alucinógenos presentan porcentajes relevantes en los consumos de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, alcohol y anfetaminas (Tabla 2.62).

■ Opiniones y actitudes ante las drogas

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria de 1999 reflejan un mayor grado de sensibilización de la población respecto al riesgo que supone el consumo de las distintas drogas, tanto legales (alcohol, tabaco, tranquilizantes y somníferos), como ilegales. A continuación se describe la atribución de un mayor o menor grado de problemas para la salud que la población encuestada atribuye a distintas conductas de consumo de drogas. Aclarar que cuando se hace referencia a consumos habituales se incluyen el consumo de las diferentes drogas una vez a la semana (salvo el tabaco y el alcohol, que aluden al consumo de un paquete diario o de 5 copas/cañas al día), por su parte los consumos menos frecuentes hacen referencia al consumo de una vez al mes de las sustancias,

salvo el alcohol que hace referencia al consumo de 5 copas/cañas en el fin de semana.

Los patrones de consumo a los que se considera que generan más problemas para la salud son el consumo habitual de heroína (91,9%), alucinógenos (90%) y cocaína (88,8%). Le sigue un segundo grupo en el que se incluye, además del consumo habitual de éxtasis, el consumo menos frecuente de heroína, alucinógenos, cocaína y éxtasis, con porcentajes que oscilan entre el 85,8% y el 73,5%.

Un tercer grupo de consumos a los que se les asocia con un nivel de problemas intermedio, y donde las opiniones se muestran ya más divididas, lo integran los consumos habituales de hachís, tranquilizantes/somníferos, alcohol (5 copas/cañas al día), así como el consumo menos frecuente de hachís, con unos niveles de respaldo que oscilan para las conductas descritas del 65,3% al 44,7%. Finalmente un cuarto grupo, con opiniones más benignas, lo integran los consumos diarios de tabaco y el consumo de alcohol con una frecuencia de 5 copas/cañas en el fin de semana, que sólo son percibidos como problemáticos para la salud por el 39% y el 21,1% de los encuestados (Tabla 2.63).

Estos datos ponen de manifiesto que los problemas que para la salud comporta el consumo de las distintas drogas están vinculados, en opinión de los ciudadanos, por una parte a ciertas sustancias (principalmente heroína, cocaína, alucinógenos y en menor medida éxtasis) y por otra al consumo frecuente de las mismas. La excepción a este criterio la constituyen el consumo diario de tabaco (un paquete al día) y de alcohol, tanto diario como en los fines de semana, hecho que constata que, a pesar de los progresos realizados en este ámbito, todavía sigue siendo muy elevada la tolerancia que genera el consumo de alcohol y tabaco en nuestro país. Baste recordar que sólo uno de cada cinco encuestados considera que el consumo de 5 copas/cañas en el fin de semana entraña muchos problemas, que uno de cada cuatro mantiene esta misma opinión respecto al consumo de un paquete de tabaco diario y que lo mismo ocurre respecto al consumo de 5 copas/cañas al día.

Como puede observarse del contenido de la Tabla 2.63 la atribución de problemas es en todos los casos mayor entre las personas del grupo de edad de 35-39 años que en el de 15-34 años, siendo especialmente significativas las diferencias entre aquellos patrones de consumo referidos al consumo de hachís una vez al mes o con una frecuencia semanal (con 20,1 y 16,6 puntos porcentuales respectivamente de diferencia) y al consumo una vez al mes de éxtasis y cocaína (con diferencias de 13,7 y 11,2 puntos). Parece evidente que las experiencias y hábitos de consumo de los distintos colectivos modulan las opiniones, haciendo que éstos

consideren como menos peligrosas las conductas que son más frecuentes entre los encuestados o las personas de su grupo de edad.

Un dato altamente positivo en relación con las opiniones y actitudes frente a las drogas lo constituye el que en 1999 han aumentado con respecto a 1997 los porcentajes sobre los problemas atribuidos al uso de todas las drogas, tanto en el patrón de uso habitual como ocasional (Tabla 2.64). Las mayores diferencias se alcanzan en relación con el consumo de tranquilizantes/somníferos, tanto habitualmente como menos frecuente, y de éxtasis y hachís habitualmente.

Tabla 2.63. Problemas atribuidos al consumo de drogas por grupo de edad (porcentaje). España, 1999.

Categoría "Muchos"	Total	15-34 años	35-39 años
Heroína 1 vez semana	91,9	90,6	93,0
Alucinógenos 1 vez semana	90,0	88,7	91,1
Cocaína 1 vez semana	88,8	86,6	90,7
Heroína 1 vez mes	85,8	82,3	88,8
Extasis 1 vez semana	85,7	83,1	87,9
Alucinógenos 1 vez mes	82,7	77,9	86,7
Cocaína 1 vez mes	79,5	73,4	84,6
Extasis 1 vez mes	73,5	66,0	79,7
Hachís 1 vez semana	65,3	56,2	72,8
Tranquilizantes/somníferos 1 vez semana	58,5	55,4	61,0
5 copas día	55,9	53,0	58,4
Hachís 1 vez mes	51,1	40,1	60,2
Tranquilizantes/somníferos 1 vez mes	44,7	39,7	48,9
Fumar un paquete diario	39,0	35,8	41,7
5 copas fin de semana	21,1	16,3	25,1

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

Tabla 2.64. Evolución de los problemas que crean consumos de diversas sustancias (porcentaje). España, 1997-1999.

Categoría "Muchos"	1997	1999	Diferencia
Consumir heroína habitualmente	89,5	91,9	2,4
Consumir heroína 1 vez al mes	82,2	85,8	3,6
Consumir alucinógenos habitualmente	86,6	90,0	3,4
Consumir alucinógenos 1 vez al mes	78,3	82,7	4,4
Consumir cocaína habitualmente	85,1	88,9	3,8
Consumir cocaína alguna vez	74,6	79,5	4,9
Consumir éxtasis habitualmente	80,7	85,7	5,0
Consumir éxtasis alguna vez	67,5	73,5	6,0
Consumir tranquil./somníferos habitualmente	50,5	58,5	8,0
Consumir tranquil./somníferos alguna vez	37,3	44,7	7,4
Consumir hachís habitualmente	59,5	65,3	5,8
Consumir hachís alguna vez	46,2	51,1	4,9
Consumir 5-6 cañas copas a diario	54,4	56,0	1,6
Consumir 5-6 cañas copas fin de semana	19,8	21,1	1,3
Fumar paquete tabaco diario	36,9	39,0	2,1

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

■ Disponibilidad de sustancias

Las sustancias ilícitas más accesibles a la población, continúan siendo el hachís y la marihuana —el 44.6% considera fácil su obtención—; destacándose en esta apreciación los jóvenes de 15 a 24 años, entre los que seis de cada diez (60.3%) creen que las podría conseguir sin dificultades. Por el contrario, la heroína, los alucinógenos, la cocaína y el éxtasis son las sustancias más difíciles de obtener; más de la mitad de la población lo considera difícil o prácticamente imposible (53.3%, 52.6%, 51.0% y 50.6% en cada caso) (Tabla 2.65).

La tabla 2.65 resume la evolución de las opiniones sobre la dificultad para obtener sustancias en un plazo de 24 horas, en sus categorías "Prácticamente imposible + Difícil". Las sustancias están ordenadas de mayor a menor dificultad de obtener en el 95.

En el período 1995-97, crece la percepción de la dificultad de obtener todas estas sustancias. La ordenación del valor de este crecimiento

responde a la ordenación sobre la dificultad de obtenerlas. Por tanto, el crecimiento mayor se da en la dificultad de obtener heroína (crece 3,2), y el menor en la dificultad de obtener hachís (crece 0,5). Por su parte entre 1997-99, se relaja la percepción de dificultad en la obtención de heroína, LSD, cocaína, y hachís. Sólo crece la percepción de la dificultad de obtener éxtasis.

Visto el período 1995-99 de manera conjunta, se observa un incremento de la percepción de dificultad de obtener todas las drogas (especialmente el éxtasis y el LSD), menos del hachís, que obtiene los mismos porcentajes (Figura 2.10).

■ Importancia atribuida a las drogas ilegales

La evolución de la importancia del problema de las drogas ilegales en el entorno donde residen los ciudadanos a lo largo del período 1995-1999 aparece recogida en la Tabla 2.66, confirmando sus datos que el porcentaje de

personas que piensan que este problema es muy importante se ha reducido en un 13,4%. Esta reducción se ha manifestado especialmente en el segundo periodo 1997-99, con una reducción del 9,1%, siendo también importante la experimentada entre 1995-97 (4,3%). Figura 2.11.

Esta reducción de los que consideran que el problema de las drogas es muy importante,

está apoyada además por los que opinan que este problema es nada importante, cuya evolución ha sido también favorable (2,7%).

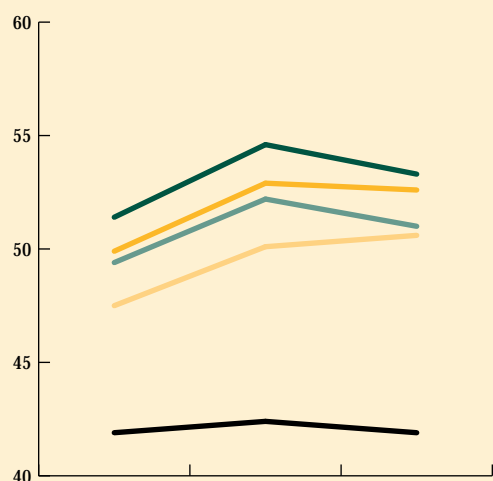
Además, durante 1999 disminuye el porcentaje de población afectada por actividades relacionadas con el tráfico y consumo de drogas ilegales, sobre todo en lo que se refiere a las jeringuillas en el suelo y a toxicómanos inyectándose droga (Tabla 2.67).

Tabla 2.65. Evolución de la disponibilidad de sustancias (porcentaje). España, 1995-1999.

Categorías imposible+difícil	1995	1997	1999	Diferencia 1997-95	Diferencia 1999-97	Diferencia 1999-95
Heroína	51,4	54,6	53,3	+ 3,2	-1,3	+ 1,9
LSD	49,9	52,9	52,6	0,3	-0,3	+ 2,7
Cocaína	49,4	52,2	51,0	+ 2,8	-1,2	+ 1,6
Extasis	47,5	50,1	50,6	+ 2,6	+ 0,5	+ 3,1
Hachís	41,9	42,4	41,9	+ 0,5	-0,5	0,0

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

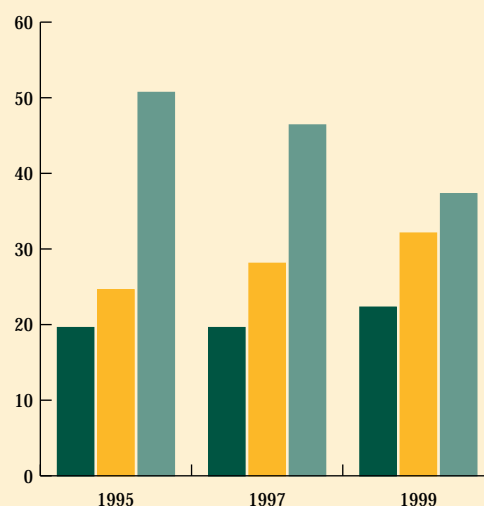
Figura 2.10. Evolución de la percepción de la disponibilidad de sustancia psicoactivas (obtención difícil o prácticamente imposible) (porcentaje). España, 1999.



■ Heroína	51,4	54,6	53,3
■ LSD	49,9	52,9	52,6
■ Cocaína	49,4	52,2	51,0
■ Extasis	47,5	50,1	50,6
■ Cábnnabis	41,9	42,4	41,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 2.11. Evolución de la importancia atribuida al problema del consumo de drogas ilícitas (porcentaje). España, 1999.



■ Nada importante	19,6	19,6	22,3
■ Algo importante	24,6	28,1	32,1
■ Muy importante	50,7	46,4	37,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 2.66. Evolución de la importancia atribuida a las drogas ilícitas (categoría ¿son un problema en su barrio?) (porcentaje). España, 1995-1999.

Categoría	1995	1997	Diferencia 1995-97	1999	Diferencia 1997-99	Diferencia 1995-99
Nada importante	19,6	19,6	0,0	22,3	+ 2,7	+ 2,7
Algo Importante	24,6	28,1	+ 3,5	32,1	+ 4,0	+ 7,5
Muy Importante	50,7	46,4	-4,3	37,3	-9,1	-13,4

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

Tabla 2.67. Evolución de la frecuencia de ciertas situaciones vinculadas al tráfico y/o consumo de drogas ilícitas (categoría: frecuente + muy frecuente) (porcentaje). España, 1997-1999.

Categoría: Frecuente+muy frecuente	1997	1999	Diferencia
Jeringuillas en el suelo	15,0	10,6	-4,4
Personas inyectándose droga	9,7	7,5	-2,2
Personas esnifando en papel aluminio	9,1	8,7	-0,4
Personas drogadas caídas en el suelo	11,1	9,9	-1,2
Vendedores que le ofrecen drogas	9,7	8,8	-0,9

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

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

En cuanto a las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las cinco más importantes, a juicio de la población española, continúan siendo, sin duda, la “educación sobre las drogas en la escuela” (90.6%), el “tratamiento voluntario a los consumidores” (81.3%), el “control policial y de aduanas” (78.9%), las “campañas publicitarias sobre el riesgo de las drogas” (78.6%) y las “leyes estrictas contra las drogas” (73.1%). La legalización del hachís y de todas las drogas continúan contando con un respaldo minoritario de la población española, del 29,3% y del 22,1% respectivamente (Tabla 2.68)

No obstante, hay que resaltar que en esta ocasión, la proporción de españoles que hace refe-

rencia a estas actuaciones desciende con respecto al año 97. Por contrario las cuatro medidas restantes, que a pesar de ser menos respaldadas que las precedentes, reciben un mayor apoyo que en el año 97, sobre todo las que se refieren a la administración de metadona (57.4%) y de heroína bajo control médico (43.4%).

Consideradas, globalmente, las opiniones de los ciudadanos respecto a las medidas que deben adoptarse para resolver los problemas que generan el consumo de drogas, se constata la existencia de un importantísimo nivel de acuerdo o coincidencia con las actuaciones que en este ámbito vienen promoviendo las distintas Administraciones Públicas y organizaciones sociales, de modo que las actuaciones más demandadas se corresponden en general con aquellas que se vienen aplicando en estos momentos.

Tabla 2.68. Valoración de las acciones para resolver el problema de las drogas. (porcentaje). España, 1997-1999.

Categoría Muy importante	1997	1999	Diferencia
Educación en la escuela	92,1	90,6	-1,5
Tratamiento voluntario a consumidores	84,3	81,3	-3,0
Control policial	81,3	78,9	-2,4
Campañas publicitarias	80,5	78,6	-1,9
Leyes estrictas contra las drogas	74,0	73,1	-0,9
Tratamiento obligatorio a consumidores	53,3	53,2	-0,1
Administración de metadona	51,9	57,4	+ 5,5
Administración médica de heroína	37,9	43,4	+ 5,5
Legalización del hachís	26,1	29,3	+ 3,2
Legalización de todas las drogas	18,7	22,1	+ 3,4

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

2. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (M^o DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN)

En este apartado se recogen los datos facilitados por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, provenientes del Panel del Consumo Alimentario que ese Ministerio lleva a cabo desde el año 1987, referidos a la demanda directa y al gasto realizado por los hogares, establecimientos de hostelería y restauración e instituciones en la adquisición de distintas bebidas alcohólicas. Los datos que se presentan se refieren al conjunto del año 1999 y a los tres primeros trimestres de 2000.

El volumen total de las compras de bebidas alcohólicas realizadas en 1999 fue de 3.809,12 millones de litros, cifra que supone una reducción del 0,1% respecto a 1998. Esta ligera disminución supone la recuperación de la tendencia a la baja de las compras registradas en los años anteriores y que se vio interrumpida con el incremento producido en el año 1998 (Tablas 2.69 y 2.71).

El volumen de compras *per capita* refleja también este ligero descenso de la compra de bebidas alcohólicas, situándose en 95,3 litros en 1999 frente a los 95,9 litros de 1998, dato que adquiere especial significación teniendo en cuenta que el consumo general alimenticio *per capita* aumentó en un 0,8% en ese mismo periodo.

Los datos relativos a las diferentes bebidas nos presentan un descenso de las compras más acusado en el caso del vino, con una reducción del 3% respecto a 1998, y de otras bebidas alcohólicas (licores), cuyas compras se redujeron en un 5,8%. Las cervezas, sin embargo, presentan un incremento del 2% y la sidra del 8%, basado este último en el incremento del consumo en hostelería. En el caso del vino debe resaltarse el cambio en la tendencia producido en 1999 respecto a años anteriores, en los que su consumo se venía incrementando (Tabla 2.71).

Respecto a la distribución de las compras, y por deducción del consumo, conviene destacar que, como viene siendo habitual en los últimos años, la mayoría de las mismas las realizan los establecimientos de hostelería y restauración (el 68,9%), correspondiendo aproximadamente el 30,4% a las compras realizadas dentro del hogar (Figura 2.12).

Las compras de bebidas alcohólicas representan un 11,3% del conjunto total de compras alimentarias. Si analizamos esta proporción en los diferentes ámbitos de consumo (Figura 2.13) observamos que la misma aumenta considerablemente en el sector de la hostelería y restauración, en donde alcanza un 32,5% de las compras. En este ámbito, el espacio dedicado a bares/cafeeterías, es en donde se efectúa un mayor consumo de bebidas alcohólicas, tanto en términos absolutos, por su mayor peso en el conjunto de este sector, como relati-

vos, un 37,3%, mientras en los restaurantes este consumo es de 24,9% y en los hoteles de un 18%. También es este espacio de los bares/caféterías, el único en donde se produce un incremento de consumo de bebidas alcohólicas respecto a 1998, lo cual confirma la creciente importancia del consumo de alcohol en los ambientes recreativos (Figura 2.14).

Por lo que se refiere al valor total del gasto realizado en 1999 en bebidas alcohólicas, el mismo ascendió a 1.005.145,88 millones de pesetas, un 1,9% superior que el registrado en 1998, ello a pesar de la disminución del volumen total de compras. Conviene resaltar, no obstante, que el gasto *per capita* en el hogar ha permanecido estable respecto al año anterior. Las bebidas en las que se han producido un mayor incremento relativo del gasto han sido la sidra (10,9%) y la cerveza (8,4), acorde con el incremento de sus compras. El vino ha crecido en una proporción menor (2,2%) y los licores y otras bebidas alcohólicas han visto reducido su gasto en un 9% (Tabla 2.70).

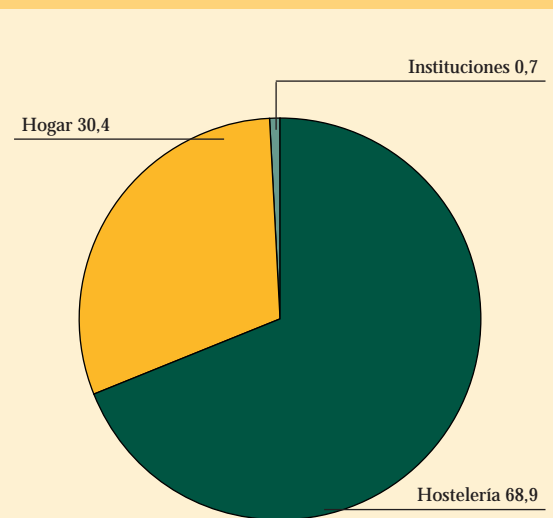
La información relativa a la evolución de las compras en los nueve primeros meses del año 2000, respecto al mismo periodo del año anterior (Tabla 2.72), presenta un leve incremento de la demanda total de bebidas alcohólicas en

este periodo. Este incremento se produce en base a la demanda de la hostelería, que ha crecido en un 1,7%. En los hogares, por el contrario, la demanda global de bebidas alcohólicas ha descendido en un 3,1% respecto al mismo periodo del año anterior.

Esta evolución no es uniforme para todas las bebidas. Las compras de vino y sidra descienden en un 4,7% y un 3,4%, respectivamente, por el contrario crece la demanda de cerveza y de otras bebidas alcohólicas. esta tendencia evolutiva de las diferentes bebidas se produce tanto en los hogares como en la hostelería.

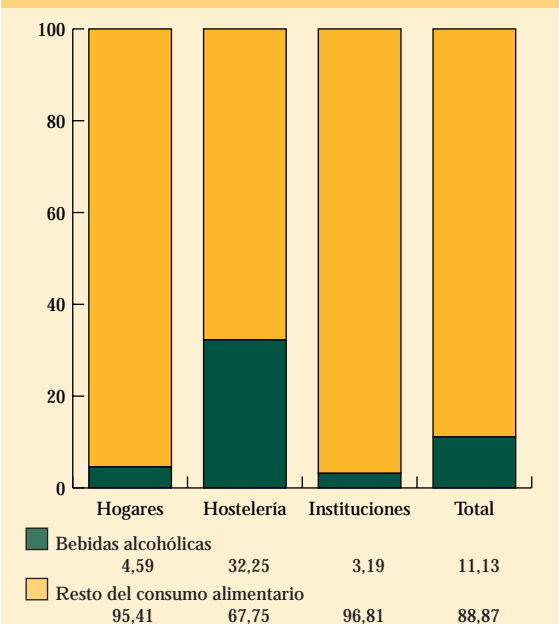
Por su parte, el análisis de la evolución del gasto efectuado en la adquisición de bebidas alcohólicas durante los tres primeros trimestres del año 2000 confirma la existencia de un incremento del 11% respecto al mismo periodo del año anterior (Tabla 2.73). este incremento del gasto se produce en todas las bebidas y ámbitos de consumo, siendo más acusado en el caso de los licores y la sidra (donde el gasto creció respectivamente un 23,2 y un 17,2%) y en el sector de la hostelería (donde aumentó un 13,1% frente al 4,4% de los hogares).

Figura 2.12. Distribución de las compras de bebidas alcohólicas en los diferentes ámbitos de consumo (porcentajes). España, 1999.



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

Figura 2.13. Proporción del consumo de bebidas alcohólicas en el conjunto del consumo alimentario por ámbito de consumo (porcentajes). España, 1999.



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

Tabla 2.69. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) dentro y fuera del hogar. Año 1998-1999 (millones de litros).

Productos	Hogares		Hostelería		Instituciones		Total		Total per cápita					
	1998	1999	%99/98	1998	1999	%99/98	1998	1999	%99/98	1998	1999			
Vinos	640,08	606,38	-5,3	757,51	752,48	-0,7	17,14	12,8	-25,3	1.414,73	1.371,67	-3,0	35,6	34,31
Cervezas	482,90	498,75	3,3	1.658,75	1.683,64	1,5	11,94	14,21	19,0	2.153,59	2.196,60	2,0	54,1	54,95
Otras bebidas alcohólicas (licores)	39,05	36,08	-7,6	134,60	127,10	-5,6	0,26	0,72	176,9	173,92	163,90	-5,8	4,4	4,10
Sidra	17,48	16,25	-7,0	53,48	60,54	13,2	0,30	0,16	-46,7	71,25	76,95	8,0	1,8	1,93
Total bebidas alcohólicas	1.179,51	1.157,46	-1,9	2.604,34	2.623,76	0,7	29,64	27,9	-5,9	3.813,49	3.809,12	-0,1	95,9	95,29

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

Tabla 2.70. Gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas en España (excepto Ceuta y Melilla) dentro y fuera del hogar. Años 1998-1999 (millones de pesetas).

Productos	Hogares		Hostelería		Instituciones		Total					
	1998	1999	%99/98	1998	1999	%99/98	1998	1999				
Vinos	132.183,1	135.034,47	2,2	234.316,4	239.869,44	2,4	2.635,5	2.262,77	-14,1	369.134,9	377.166,69	2,2
Cervezas	70.453,6	72.568,19	2,9	291.936,9	320.009,50	9,6	2.014,9	2.598,92	29,0	364.495,4	395.176,61	8,4
Sidra	3.713,2	3.598,86	-3,1	9.363,6	10.936,45	16,8	53,9	25,62	-52,5	13.130,7	14.560,92	10,9
Otras bebidas alcohólicas (licores)	47.083,7	44.304,75	-5,9	192.351,9	173.121,84	-10,0	290,7	815,07	180,4	239.726,3	218.241,66	-9,0
Total bebidas alcohólicas	253.523,6	255.506,27	0,8	727.968,8	743.937,23	2,2	4.995,0	5.702,38	14,2	986.487,3	1.005.145,88	1,9

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

Tabla 2.71. Evolución del volumen total de las compras realizadas dentro y fuera del hogar en bebidas alcohólicas. España, 1995-1999 (litros).

	1995			1996			1997			1998			1999			99/98		
	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	Millones litro	Litros per capita	% per capita	
Vinos	1.200,5	30,6	1.298,2	33,0	1.392,4	35,0	1.414,7	35,6	1.371,7	34,31	1.371,7	34,31	1.371,7	34,31	1.371,7	34,31	-3,62	
Cervezas	2.508,0	63,8	2.365,9	60,2	2.132,2	53,7	2.153,6	54,1	2.196,6	54,95	2.196,6	54,95	2.196,6	54,95	2.196,6	54,95	1,57	
Sidra	48,4	1,2	56,1	1,4	69,9	1,8	71,3	1,8	76,96	1,93	76,96	1,93	76,96	1,93	76,96	1,93	7,2	
Otras (licores)	217,9	5,5	205,6	5,2	178,5	4,5	173,9	4,4	163,9	4,10	163,9	4,10	163,9	4,10	163,9	4,10	-6,81	
Total	3.974,8	101,1	3.925,8	99,8	3.773,0	95,0	3.813,5	95,9	3.809,1	95,29	3.809,1	95,29	3.809,1	95,29	3.809,1	95,29	-0,72	

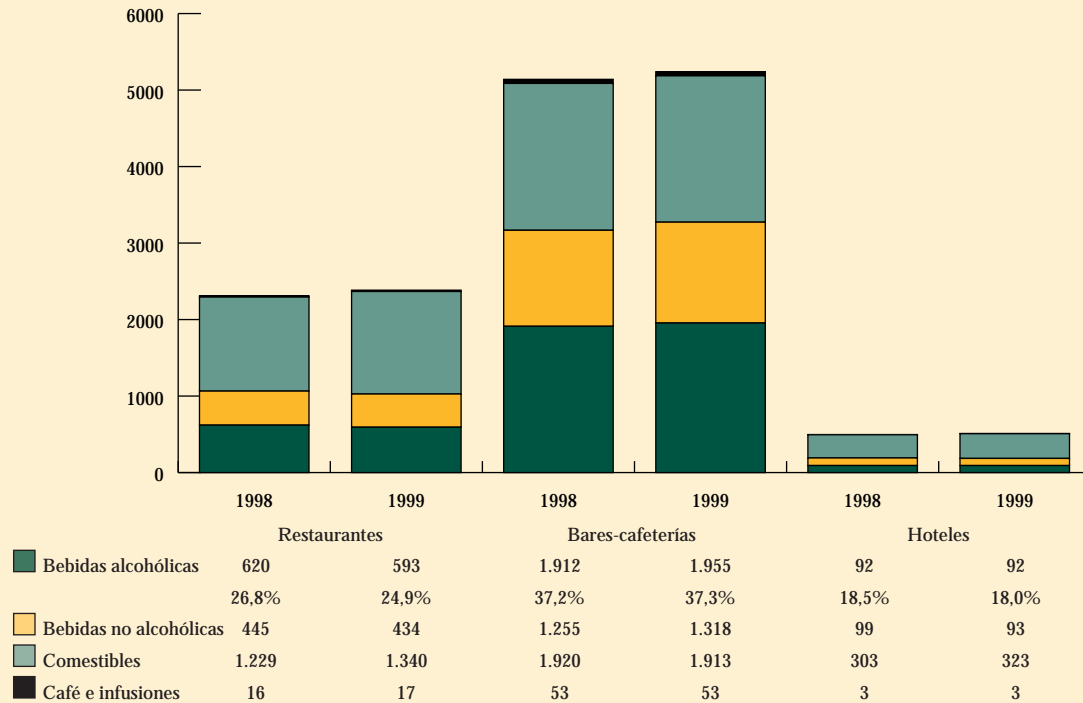
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.72. Evolución del volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) en hogares y hostelería/restauración, enero-septiembre 1999-2000 (acumulado) (millones de litros).

Productos	Hogares		Hostelería		Total		Litros per cápita		Variación per cápita	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Vinos	429,55	389,99	547,68	540,93	977,25	930,92	24,44	23,25	-4,7	-4,87
Cervezas	384,20	392,56	1.225,33	1.251,28	1.609,52	1.643,84	40,26	41,07	2,1	2,01
Sidra	6,71	6,17	43,32	42,15	50,03	48,32	1,25	1,21	-3,4	-3,2
Otras bebidas alcohólicas	22,21	28,07	96,05	110,28	118,26	138,35	2,96	3,46	17,0	16,89
Total bebidas alcohólicas	842,67	816,79	1.912,38	1.944,64	2.755,05	2.761,43	68,91	68,99	0,23	0,12

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

Figura 2.14. Distribución del consumo alimentario en el sector de hostelería-restauración (millones de kg.-L. y porcentaje de bebidas alcohólicas). España, 1998-1999.



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

Tabla 2.73. Evolución del gasto destinado a bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) en hogares y hostelería/restauración, enero-septiembre 1999-2000 (acumulado) (miles de millones de pesetas).

Productos	Hogares			Hostelería			Total		
	1999	2000	%2000/99	1999	2000	%2000/99	1999	2000	%2000/99
15-19	20,6	11,2	16,1	24,8	21,0	22,9	21,1	21,6	21,3
Vinos	87,24	88,63	1,6	173,99	191,87	10,3	261,23	280,50	7,4
Cervezas	55,80	57,46	3,0	229,85	249,68	8,6	285,65	307,14	7,5
Sidra	1,42	1,22	-14,0	7,76	9,54	22,9	9,18	10,76	17,2
Otras bebidas alcohólicas	26,61	31,29	17,6	129,92	161,63	24,4	156,53	192,92	23,2
Total bebidas alcohólicas	171,07	178,6	4,4	541,52	612,72	13,1	712,53	791,32	11,0

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

Conclusiones

La demanda de bebidas alcohólicas (el volumen total de las compras) realizada en 1999 experimentó una ligera reducción respecto al año 1998, tendencia también observada en el volumen de compras per capita. Esta disminución se debe al descenso en las compras del vino y otras bebidas alcohólicas (licores).

La mayoría de las compras se realizan, como viene siendo habitual desde hace varios años, en los establecimientos de hostelería y restauración (el 68,9%) y en los hogares (30,4%).

3. DEMANDA DIRECTA DE TABACO (COMISIONADO PARA EL MERCADO DE TABACOS)

En este apartado se ofrecen los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) desde el año 1989, en el caso de cigarrillos y cigarros, y a partir de 1991 en el caso de la picadura de liar y de pipa, hasta 1999. Asimismo, se apuntan los datos sobre el volumen de las unidades vendidas y los ingresos obtenidos correspondientes a los dos primeros trimestres de 2000.

Para una adecuada interpretación de los datos que se presentan a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera de ellas hace referencia a que los mismos no recogen la demanda de tabacos de la Comunidad Canaria. La segunda tiene que ver con el hecho de que los datos que se presentan no pueden ser directamente asimilados con el volumen que alcanza el consumo de tabaco, puesto que hacen referencia exclusivamente a la venta legal (la que se realiza en estancos y dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo la demanda de cigarrillos que se satisface a través del mercado ilícito alimentado por el contrabando. Precisamente las fluctuaciones en el contrabando de tabaco pueden afectar de forma importante a las variaciones interanuales que se observan en el período analizado, en

particular en aquellas Comunidades Autónomas donde la práctica del contrabando está más arraigada.

Hay que recordar que los ingresos por la venta de las distintas labores a lo largo del tiempo, además de con el volumen de las unidades distribuidas, están directamente relacionados con el gravamen impositivo que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los distintos tipos de labor de tabaco, los cigarrillos es la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en unidades físicas (Figura 2.15) como en pesetas (Tabla 2.74) son notablemente superiores a los del resto de las labores. De los 498.926 millones de pesetas que representaron los ingresos por la venta de tabacos en 1991, el 92,7% correspondió a la venta de cigarrillos, porcentaje que en 1999 se había elevado al 94,6%. En segundo lugar de ventas se sitúan los cigarros, cuya cuota de participación en los ingresos fue en 1991 del 6,8% y del 4,9% en 1999. Por su parte, las ventas de picadura de liar y de pipa ocupan un lugar residual, dado que, en conjunto, han venido suponiendo desde 1991 no más del 0,5 % de los ingresos (Tabla 2.75).

Por lo que respecta a la evolución de las ventas de los distintos tipos de labor, señalar que todas ellas se han visto incrementadas, si bien de forma desigual (Figura 2.15). En el período 1989-1999 la venta de cigarrillos creció un 9,5% frente, al 31,8% de incremento que registró la venta de cigarros. También las ventas de picadura de liar y de pipa han sufrido proporcionalmente incrementos superiores a las experimentadas por los cigarrillos, muy especialmente las ventas de picadura de liar, que en 1999 crecieron en un 152% respecto a 1991. Por su parte las ventas de picadura de pipa se incrementaron un 25% en el mismo período.

El incremento de las ventas de cigarrillos entre 1989 y 1999 ha sido general en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Castilla y León, donde se redujeron en un 0,2% (Tabla 2.76). No obstante este crecimiento ha sido desigual, así, las Comunidades de Cataluña (14,4%), Ceuta y Melilla (134,2%), Comunidad Valenciana (13,1%), Galicia (17,2 %),

Tabla 2.74. Evolución de los ingresos por tipo de labor (millones de pesetas). España*, 1989-1999.

Tipo de labor	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Variación 89/99 (%)
Cigarrillos	365.452	417.351	463.441	515.830	530.368	664.044	695.939	740.523	931.405	1.128.787	1.187.632	225,0
Cigarros	30.244	32.481	34.064	38.504	35.259	37.660	39.004	41.799	50.857	54.193	61.573	103,6
Picadura para liar			898	938	1.373	2.209	2.598	2.762	3.664	4.152	5.155	474,0 **
Picadura para pipa			523	554	600	683	754	802	880	950	1.028	96,6 **
Total	395.696	449.832	498.926	555.826	567.600	704.596	738.266	785.886	986.806	1.188.082	1.255.387	151,6 **

* Incremento en el periodo 1991-1999.

** No están incluidos los datos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

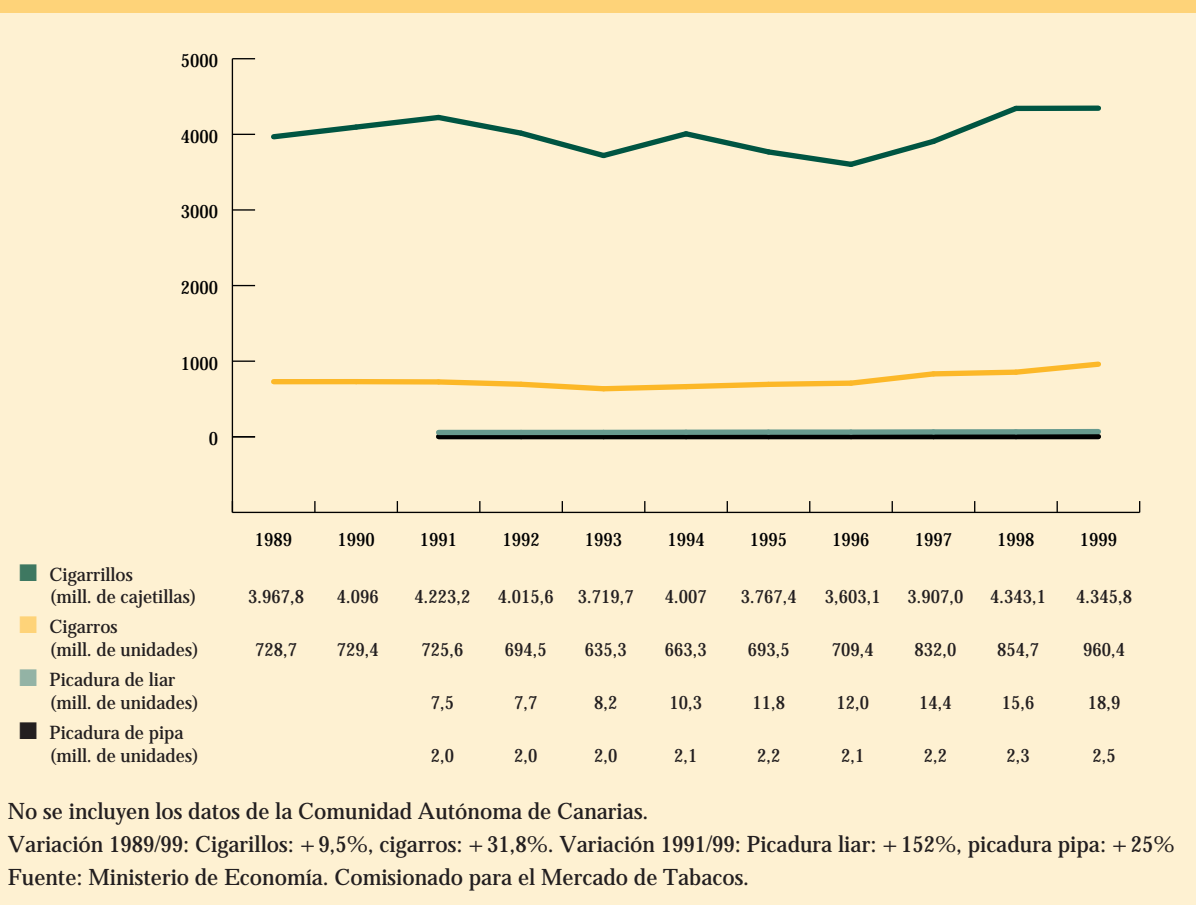
Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.75. Participación porcentual en los ingresos de cada tipo de labor (porcentaje). España, 1991-1999.

Tipo de labor	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Cigarrillos	92,9	92,8	93,4	94,2	94,3	94,2	94,4	95,0	94,6
Cigarros	6,8	6,9	6,2	5,3	5,3	5,3	5,2	4,6	4,9
Picadura para liar	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Picadura para pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Figura 2.15. Evolución de las ventas de tabacos por tipo de labor (millones de cajetillas/unidades). España, 1989-1999.



Baleares (35,1%), Navarra (27,4%) y Murcia (21,8%) registraron incrementos por encima de la media nacional (9,5%), en tanto que en el resto de las Comunidades los incrementos se sitúan, bien en torno a la media (País Vasco, La Rioja), bien por debajo de esta (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Madrid). Conviene tener presente que algunas de las Comunidades Autónomas que más han visto crecer sus ventas de tabaco se corresponden con zonas de expansión turística y/o con importantes niveles de contrabando.

El análisis de las variaciones de las ventas anuales por habitante (Tabla 2.77) de los distintos tipos de labor por Comunidades Autónomas entre la población de 15 a 65 años, debe tener en consideración la distorsión que padecen las cifras relativas a Ceuta y Melilla y

Baleares, en la medida en que ponen en relación, por un lado, unos volúmenes de ventas que satisfacen, además de la demanda de la población residente o interna, la demanda de población transeúnte o externa y, por otro, tan sólo la población residente. Las cifras de ventas anuales por habitante de estas Comunidades no son comparables, por tanto, con las pertenecientes al resto de ellas, en donde la demanda "externa" influye en mucha menor medida en el volumen de ventas. Por otra parte, cabe señalar también que la distorsión de cifras relativas a Ceuta-Melilla y Baleares, contamina las cifras de la media de ventas por habitante (puesto que contribuyen a su elaboración), haciéndolas superiores a las reales en una proporción imposible de evaluar, por lo que resulta más pertinente poner el acento en el análisis de la tendencia que manifiestan estas cifras.

Tabla 2.76. Volumen de ventas de cigarrillos por Comunidad Autónoma (millones de cajetillas). España*, 1989-1999.

CCAA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Variación 89/99 (%)
Andalucía	744,6	763,8	704,8	640,6	675,0	642,2	608,7	667,8	744,5	762,1	4,1
Aragón	139,7	143,8	139,3	131,6	137,5	132,6	123,4	132,2	142,4	137,2	1,6
Asturias	107,0	110,0	102,6	95,8	107,6	97,0	86,9	96,8	108,4	103,6	1,2
Cantabria	63,8	64,3	61,7	56,1	60,8	56,6	53,7	57,7	63,1	61,2	1,8
Castilla-La Mancha	187,4	200,0	194,5	180,8	191,8	177,2	167,7	180,7	193,0	187,3	4,8
Castilla y León	256,1	268,1	248,7	230,2	254,0	232,0	241,2	234,2	260,9	247,4	-0,2
Cataluña	654,2	671,3	640,3	600,1	638,0	608,0	601,4	640,0	705,3	725,9	14,4
Ceuta y Melilla	20,8	22,5	21,6	22,6	26,1	19,9	19,3	23,3	51,3	52,7	134,2
C. Valenciana	491,2	514,5	496,8	468,4	504,3	479,4	465,5	498,4	533,3	541,2	13,1
Extremadura	124,4	128,7	126,2	117,4	124,9	117,2	110,4	117,9	125,8	120,6	0,7
Galicia	204,3	206,5	191,7	177,2	198,1	181,7	155,4	184,7	220,9	216,4	17,2
Baleares	118,7	120,5	114,5	114,8	128,5	124,7	122,5	130,1	144,5	164,2	35,1
Rioja	28,7	29,6	28,2	26,1	28,8	26,6	25,1	27,1	30,2	28,9	8,2
Madrid	599,4	618,9	608,0	544,2	576,4	541,5	530,0	570,2	616,9	603,4	3,2
Murcia	118,0	123,0	120,0	113,4	121,1	116,8	114,0	123,8	133,9	135,4	21,8
Navarra	52,9	53,9	49,1	47,8	57,6	55,0	56,0	60,3	67,2	66,0	27,4
País Vasco	184,8	183,4	167,9	152,6	176,5	159,0	148,8	161,7	201,4	192,2	9,7
Total	4.096,0	4.223,2	4.015,6	3.719,7	4.007,0	3.767,4	3.603,1	3.907,0	4.343,1	4.345,8	9,5

* No están incluidos los datos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

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

Tabla 2.77. Variación de las ventas anuales de tabaco por comunidad autónoma (tasas). España* 1989-1999.

	Cigarrillos (cajetillas)			Cigarros (unidades)			Picadura para liar (unidades)			Picadura para pipa (paquetes)		
	1989	1999	Variación	1989	1999	Variación	1991	1999	Variación	1991	1999	Variación
Andalucía	147,7	153,7	6,0	11,5	17,6	6,1	0,1	0,5	0,4	0,1	0,1	0,0
Aragón	172,1	174,8	1,5	39,2	45,9	6,7	0,8	0,6	-0,2	0,1	0,1	0,0
Asturias	140,1	141,8	1,2	37,5	44,9	7,4	0,4	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0
Cantabria	164,1	167,1	1,8	36,3	49,1	12,8	0,5	0,8	0,3	0,0	0,0	0,0
Castilla-La Mancha	159,6	167,1	4,5	28,3	35,6	7,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Castilla y León	148,6	148,3	-0,2	48,9	56,8	7,9	0,4	0,3	-0,1	0,1	0,1	0,0
Cataluña	150,3	171,9	12,6	34,0	45,3	11,3	0,4	0,9	0,5	0,1	0,1	0,0
Ceuta y Melilla	244,5	572,7	57,3	7,6	9,8	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C.Valenciana	174,2	197,0	11,6	24,4	28,7	4,3	0,3	1,4	1,1	0,1	0,1	0,0
Extremadura	167,8	168,9	0,6	16,2	28,8	12,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Galicia	98,8	115,8	14,7	16,0	23,8	7,8	0,4	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0
Baleares	239,1	323,1	26,0	55,5	65,5	10,0	0,8	7,5	6,7	0,2	0,4	0,2
Rioja	150,6	163,0	7,6	78,9	94,7	15,8	0,6	0,0	-0,6	0,0	0,0	0,0
Madrid	163,6	168,7	3,0	18,0	23,5	5,5	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Murcia	146,9	178,9	17,9	19,2	24,4	5,2	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
Navarra	139,8	178,1	21,5	66,4	106,9	40,5	0,3	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0
País Vasco	118,9	130,4	8,8	60,1	83,6	23,5	0,3	0,6	0,3	0,1	0,1	0,0
Total	145,5	159,3	8,6	26,7	35,2	8,5	0,3	0,7	0,4	0,1	0,1	0,0

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

* No están incluidos los datos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

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

Hechas las salvedades precedentes, y centrándonos en las ventas anuales por habitante de cigarrillos, cabe indicar que éstas crecieron en el periodo 1989-99 en 8,6 cajetillas por habitante, al pasar de 145,5 cajetillas en 1998 a 159,3 en 1999. De otro lado, y dejando a un lado las cifras relativas a Baleares y Ceuta-Melilla, comprobamos que Valencia, Murcia, Navarra, Aragón y Cataluña son las Comunidades que, por este orden, cuentan con los mayores volumen de ventas por habitante. Por su parte, las ventas anuales por habitante de cigarros reflejan un incremento similar al de los cigarrillos. Finalmente hay que resaltar que no se han modificado prácticamente las ventas por habitante de picadura de liar y de pipa.

Los datos acerca del volumen de ventas e ingresos de las diferentes labores referidos al primer semestre de 2000 (Tablas 2.78 y 2.79), apuntan

cierta estabilidad en las cifras, salvo en lo que se refiere a la picadura de liar, que parece haber aumentado moderadamente sus ventas.

CONCLUSIONES

Los cigarrillos representan un 94,6% de los ingresos globales por la venta global de tabaco, seguidos de los cigarros, con una cuota del 4,9% de los ingresos. Entre 1989 y 1999 las ventas de cigarrillos crecieron globalmente un 9,5%, frente al 31,8% de los cigarros. Las ventas anuales por habitante en ese mismo periodo crecieron en 8,6 cajetillas, situándose en 159,3 cajetillas por habitante. Una evolución similar siguieron las ventas de cigarros. Las restantes variedades de tabaco (picadura de pipa y liar) no han visto alteradas sus ratios de ventas.

Tabla 2.78. Ventas de tabaco por comunidad autónoma (números absolutos). España*, enero-junio 2000.

CCAA	Cigarrillos (Millones cajetillas)	Cigarros (Millones unidades)	Picadura para liar (Millones unidades)	Picadura para pipa (Millones unidades)
Andalucía	369,4	46,5	1,6	0,2
Aragón	66,2	17,2	0,2	0,0
Asturias	51,2	15,3	0,1	0,0
Cantabria	28,2	8,1	0,1	0,0
Castilla la Mancha	87,4	19,2	0,1	0,0
Castilla y León	113,1	42,8	0,2	0,0
Cataluña	350,2	94,9	2,2	0,3
Ceuta y Melilla	26,2	0,5	0,0	0,0
C. Valenciana	266,8	40,0	2,6	0,2
Extremadura	56,6	9,9	0,1	0,0
Galicia	104,9	21,8	0,4	0,0
Baleares	84,0	17,2	2,5	0,1
Rioja	12,9	7,3	0,0	0,0
Madrid	296,9	43,1	0,3	0,2
Murcia	66,1	9,3	0,1	0,0
Navarra	31,4	19,9	0,2	0,0
País Vasco	96,7	58,9	0,5	0,0
Total	2108,3	471,9	11,4	1,3

* No están incluidos los datos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

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

Tabla 2.79. Ingresos por venta de tabaco por comunidad autónoma (millones de pesetas). España*, enero-junio 2000.

CCAA	Cigarrillos	Cigarros	Picadura para liar	Picadura para pipa
Andalucía	102.345,5	2.832,3	471,1	90,5
Aragón	18.340,3	1.148,2	51,5	12,8
Asturias	13.807,3	912,2	25,3	12,8
Cantabria	7.840,0	503,8	28,4	5,3
Castilla-La Mancha	24.082,5	1.207,0	23,6	7,7
Castilla y León	31.321,5	2.474,2	56,0	17,5
Cataluña	102.515,8	6.301,6	600,5	113,1
Ceuta y Melilla	5.202,1	42,9	3,3	0,9
C. Valenciana	75.506,1	3.038,5	760,5	85,3
Extremadura	14.851,0	636,8	16,9	4,7
Galicia	27.910,1	1.411,3	79,3	17,9
Baleares	25.831,1	1.142,8	743,2	61,0
Rioja	3.608,0	474,7	4,4	1,6
Madrid	84.162,6	3.368,2	83,5	82,6
Murcia	19.250,4	11,4	30,2	9,4
Navarra	8.728,0	736,2	68,0	5,9
País Vasco	26.193,8	1.100,4	150,6	19,3
Total	591.496,4	3.507,7	3.196,0	547,9

* No están incluidos los datos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

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

3

Indicadores de prevención

1. IMPLANTACION Y COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

La prevención del consumo de drogas se lleva a cabo en el ámbito escolar, bien de una forma transversal, en la que cada profesor en el aula incorpora contenidos de educación para la salud que incluyen la prevención de drogodependencias, bien a través de un programa de prevención estructurado, o bien a través de actividades de carácter puntual.

Para mejorar el nivel de conocimiento acerca de los contenidos y la implantación de los programas de prevención escolar en España, el Observatorio Español sobre Drogas ha recogido de forma sistemática y estructurada de los Planes Autonómicos de Drogas información relativa a la aplicación de programas de prevención escolar durante el curso académico 1998-1999, con el objetivo de conocer sus características y el grado de implantación de los mismos. (Tabla 3.1). Los datos que se ofrecen se refieren a los programas de prevención con un mínimo grado de estructuración que se aplican en el aula y que cuentan con materiales editados para ello. No se incluyen otras actividades de prevención puntuales, como charlas o campañas de información y/o sensibilización, ni tampoco se contempla la actividad de aquellos centros que tratan la educación para la salud o la prevención de drogodependencias de una forma transversal.

La información que se ofrece supone una primera aproximación a la actividad preventiva desarrollada en el ámbito educativo, que como se ha señalado resulta incompleta. No obstan-

te, la consolidación de estos indicadores de prevención escolar permitirá en el futuro próximo mejorar el conocimiento de las actividades que desde distintas instituciones se llevan a cabo en este campo.

Durante el curso 1998/99 han sido 24 los programas de prevención escolar que cumplen los criterios citados. Estos programas se han aplicado en más de 5.000 centros escolares, habiendo contado con la participación de un total de 14.000 profesores (la mayoría formados para ello), y teniendo como beneficiarios directos de los mismos a más de 600.000 alumnos.

El análisis de los intervalos de edades de la población destinataria de los programas permite comprobar que seis de ellos (el 25%) están orientados a la educación primaria (6-11 años) y han sido aplicados en 1.520 centros, estando dirigidos a 84.810 alumnos. Entre estos programas destacan por su gran implantación el programa *En la huerta con mis amigos*, aplicado en las comunidades autónomas de Baleares, Cantabria, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra y Canarias, y el programa *La aventura de la vida*, aplicado en las Comunidades autónomas de Cataluña, País Vasco, Castilla y León y Canarias.

Nueve de los programas analizados (el 37,5%) se implementaron en la Educación Secundaria Obligatoria, con alumnos de edades comprendidas entre 12 y 15 años, habiendo sido aplicados en 1.775 centros y contando con la participación de un total de 96.002 alumnos. De ellos los más extendidos son el programa *Ordago*, aplicado en las Comunidades Autónomas de

Tabla 3.1. Programas de Prevención Escolar: características y datos de implantación. Curso 1998/99.

NOMBRE DEL PROGRAMA	DATOS DEL PROGRAMA			CCAA	DATOS DE APLICACIÓN			
	Edad (años)	Formación profesores (horas)	Aplicación aula (sesiones)		Intervención familiar	Nº centros	Nº alumnos	Nº profesores
Pipes	6 a 15	40	Variable	Sí	Asturias, Baleares, C.-La Mancha, Extremadura, Valencia, Murcia, Andalucía, Rioja, Madrid	290	Indeterminado	965
La experiencia de educar para la salud en la escuela	5 a 18	25	10-11		Galicia	572	101.952	4.912
Cine (el cine en la enseñanza, cine y educación en valores)	6 a 18		Variable		País Vasco, Rioja, Madrid, Cantabria, Extremadura, Murcia, Galicia	173	67.452	682
Programa de prevención de las drogodependencias en centros educativos	6 a 18	40	Variable	Sí	Madrid	90	45.000	1242
Discover, aprendiendo a vivir	3 a 16	25	30	Sí	Castilla y León	55	7.844	315
Programa de prevención de drogodependencias	3 a 18		10- 15	Sí	País Vasco	80	9.720	450
En la huerta con mis amigos	6 a 11	4	18	Sí	Baleares, Cantabria, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra, Canarias*	936	36.779	929
La aventura de la vida	8 a 11	4	Variable	Sí	Cataluña, País Vasco, C. y León, Canarias	367	29.980	1386
Prevenir en Colección	6 a 11	4	6-7	Sí	Madrid	167	10.000	378
Tú y la música	8 a 11		17		Valencia	13	4.236	13
El valor de un cuento	8 a 11		Variable	Sí	Extremadura	14	2.068	
Atilano, gusano sano	9 a 11				Castilla y León	23	1.747	64
Valores en la literatura	12 a 15		Variable		Murcia		978	

Tabla 3.1. Programas de Prevención Escolar: características y datos de implantación. Curso 1998/99.

NOMBRE DEL PROGRAMA	DATOS DEL PROGRAMA				CCAA	DATOS DE APLICACIÓN		
	Edad (años)	Formación profesores (horas)	Aplicación aula (sesiones)	Intervención familiar		Nº centros	Nº alumnos	Nº profesores
Órdago	12 a 15	4	20**	Sí	Andalucía, Cantabria, C. y León, Valencia, Canarias	1.397	67.169	2.075
Construyendo Salud	11 a 13	20	17		Asturias, Cast. y León, C.-La Mancha, Rioja, Ceuta, Madrid, Melilla, Murcia, Extremadura, Cantabria, Aragón	92	11.805	461
Barbacana	12 a 15	15	8	Sí	Valencia	112	4.788	160
Tú decides	12 a 17	10	4-8	Sí	Baleares	43	2.789	91
Prevención del consumo de tabaco y alcohol	12 a 14		6		Rioja	78	2.941	
Prevención consumo de drogas de síntesis	14 a 15		2		Rioja	38	2.907	
Clases sin humo	12 a 14		8		País Vasco	11	1.285	
Prevención de las drogodependencias	12 a 15		4		Baleares	4	1.340	60
¿Y tú qué piensas?	15 a 18	3	>	≥ 6	Andalucía, Baleares, Cataluña, Cantabria, C.-La Mancha, Extremadura	612	228.878	
Desmitifícate	+16		5		Extremadura	250	Indeterminado	
De marcha	+17		14	Sí	Extremadura	8	200	

Fuente: OED a partir de los datos proporcionados por los Planes Autonómicos de Drogas (la información de los programas Construyendo Salud y Pipes ha sido proporcionada por el Ministerio de Educación y Cultura y la FAD, respectivamente).

Nota: La aplicación del programa puede no coincidir exactamente con su diseño original.

* Canarias ha proporcionado únicamente datos globalizados por lo que los datos de aplicación de los programas no incluyen los de esta Comunidad Autónoma.

** Las veinte sesiones se distribuyen a lo largo de los cuatro cursos de la ESO.

Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Valencia y Canarias y el programa *Construyendo Salud*, desarrollado en las Comunidades de Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja, Ceuta, Melilla, Murcia, Extremadura, Madrid, Cantabria y Aragón.

Tres programas (el 12,5%) se orientan a alumnos de más de quince años. De ellos el programa *Y tú qué piensas* es el más extendido, con 228.878 alumnos participantes de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña y Extremadura.

Finalmente, hay seis programas (el 25%) con una mayor amplitud en cuanto a los intervalos de edades en las que se aplican, incluyendo las comprendidas entre los 6 y 18 años, abarcando tanto la Educación Primaria como la Secundaria. Estos programas se han aplicado en más de 1.260 centros por 8.773 profesores. Entre ellos se encuentran el programa *Pipes*, aplicado en 290 centros en las Comunidades Autónomas de Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, Valencia, Andalucía, La Rioja, Murcia y Madrid. El programa *La experiencia de educar para la salud en la escuela* está muy extendido en Galicia, llegando a 101.952 alumnos de 572 centros de esta Comunidad, o el *Programa de prevención de las drogodependencias en centros educativos de la Comunidad de Madrid*, aplicado en 90 centros con la participación de 45.000 alumnos. Finalmente, se incluyen en esta categoría los programas basados en el cine (*El cine en la enseñanza*, *Cine y salud* y *Cine y educación en valores*), que se desarrollaron en el País Vasco, La Rioja, Madrid, Cantabria y Extremadura, Murcia y Galicia.

Las características y contenidos de estos programas son variables en cuanto al número de sesiones de aplicación en el aula, la formación del profesorado y el número de horas de esta formación (Tabla 3.1). Todos ellos son multi-componentes (Tabla 3.2), abordando la mayoría, además de la información sobre las consecuencias a corto y a largo plazo del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, aspectos como el **entrenamiento en habilidades sociales** (que incluye técnicas de asertividad que pueden ser usadas también para resistir con eficacia las presiones de los iguales favorables al

consumo), la educación para una toma de decisiones (que potencia el desarrollo de un pensamiento crítico), técnicas de control emocional para afrontar situaciones que generen ansiedad o ira, **proyectos de autosuperación**, **actividades de ocio y tiempo libre** para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones nuevas y educación para el desarrollo de la tolerancia y cooperación (Tabla 3.3).

Tabla 3.2. Número de componentes presentes en los Programas de Prevención Escolar: curso 1998/99.

Componentes	% programas prevención
7	50,0
4 - 6	20,8
3	29,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 3.3. Componentes de los Programas de Prevención Escolar (% que incorpora cada componente). Curso 1998/99.

Componentes	%
Informativo	91,7
Autoimagen y superación	62,5
Control emocional	54,2
Toma de decisiones	95,8
Habilidades de resistencia	100,0
Tolerancia y cooperación	58,3
Ocio y tiempo libre	79,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Se observa en la mayoría de los programas de prevención escolar analizados la presencia de algún tipo de intervenciones con las familias. Aunque no se conoce con precisión la naturaleza de estas intervenciones, suelen consistir en escuelas de padres impulsadas desde los propios programas escolares, o en actividades que los alumnos tienen que realizar en sus casas con sus familias.

En cuanto a la evaluación de los programas, los datos recogidos indican que ésta se ha realizado principalmente respecto a los procesos, siendo todavía incipiente la evaluación de resultados.

4

Indicadores asistenciales

1. INDICADOR TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El indicador tratamiento recoge el número de admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso y/o dependencia a sustancias psicoactivas (excepto tabaco). Durante 1999 cubrieron este indicador un total de 537 centros, frente a los 478 que lo hicieron en 1998.

En 1999 se registraron un total de 51.191 admisiones a tratamiento, frente a las 54.338 de 1998. El descenso del 6% en el número global de admisiones, fenómeno que rompe una tendencia en el crecimiento en las mismas que se venía registrando ininterrumpidamente desde 1987, debe ser atribuida fundamentalmente al impacto que en este indicador están teniendo los tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opiáceos), que minimizan la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales.

La tasa global de admisiones a tratamiento fue de 128,5 casos por 100.000 habitantes y la correspondiente al grupo de edad de 15 a 39 años de 295,7 casos por 100.000 habitantes. Las Comunidades que registraron unas tasas relativas de admisiones más elevadas fueron Canarias, Ceuta y Andalucía (con unas tasas de 323,1, 238,5 y 173,8 casos respectivamente), y las más bajas Navarra, Cantabria y La Rioja (con tasas de 24,3, 48,9 y 60,3) casos. Las Comunidades con un mayor número absoluto de admisiones a tratamientos durante 1999 fueron Andalucía (12.574), Cataluña (7.434) y Madrid (6.038) (Figura 4.1).

El análisis del peso que las diferentes sustancias tiene en el indicador admisiones a tratamiento confirma que, a pesar de que la heroína continúa siendo la sustancia que provoca el mayor número de admisiones (con 37.417 en 1999 representó el 73,1% del total), está perdiendo peso de forma sostenida desde 1996 (baste apuntar que en 1998 la heroína supuso el 80,2% de las admisiones). Frente a la pérdida de peso relativo de la heroína se constata el fortísimo incremento de las admisiones a tratamiento por cocaína, que representaron en 1999 el 17,5% del total de las admisiones registradas (con un incremento en su número del 45% respecto a 1998). Las admisiones atribuidas al cannabis, con un 5,5% del total de admisiones, y las restantes drogas de abuso registradas por el indicador se mantuvieron relativamente estables (Tabla 4.1).

Hay que resaltar que el peso de las distintas sustancias en el indicador varía mucho en función de que se trate o no de casos con tratamiento previo (Figura 4.2). De hecho, si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, el peso de sustancias como la cocaína (31%) o el cannabis (11,8%) aumenta significativamente en relación a la heroína (53%).

El descenso de las admisiones a tratamiento por heroína se ha acentuado significativamente en 1999 (las admisiones pasaron de 43.598 en 1998 a 37.417 en 1999). Esta reducción se observa tanto en los casos sin tratamiento previo como en los previamente tratados (Figura 4.3).

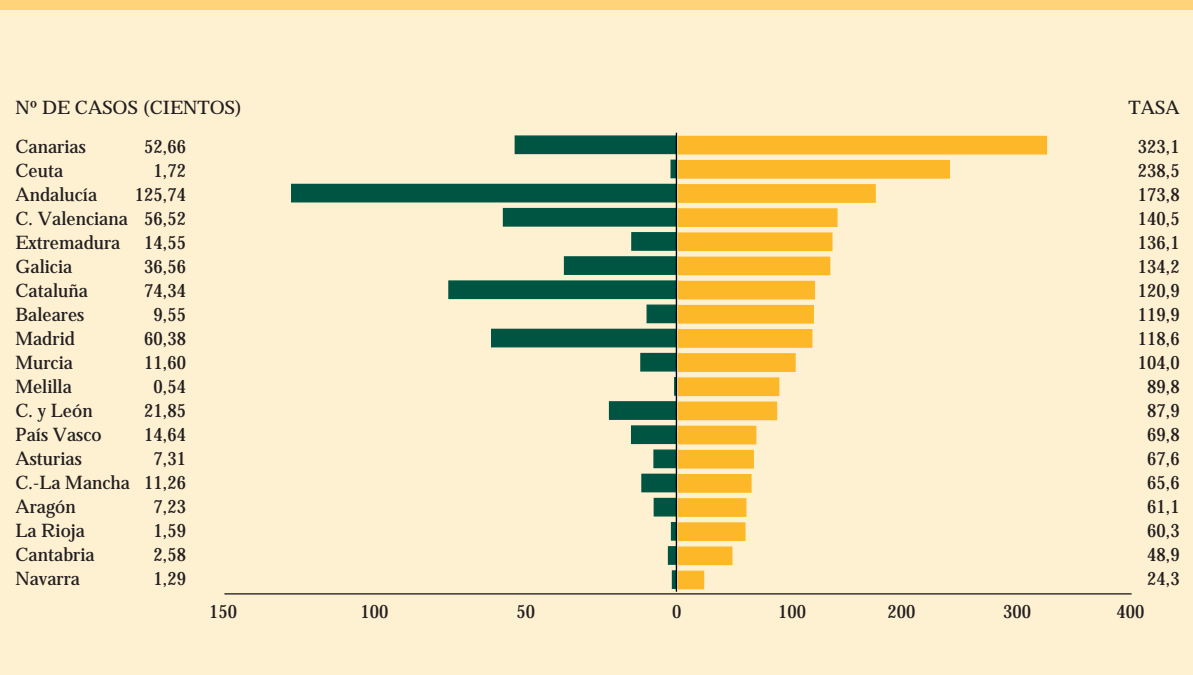
Las 8.977 admisiones a tratamiento atribuidas en 1999 a la cocaína confirman la fuerte tendencia alcista que esta sustancia inició a partir de 1996 (Figura 4.4), una tendencia que se aprecia tanto en los casos con tratamiento previo como en los casos sin tratamiento previo, si bien es especialmente evidente en este último caso. En 1999 la proporción de tratamientos por esta droga fue relativamente importante en las Comunidades de Cataluña, Murcia, Valencia y Navarra, donde entre los casos sin tratamiento previo representó el 48,7%, 47,6%, 46% y 44,4% respectivamente de las admisiones.

El resto de las sustancias registradas, excepto el cánnabis (2.825 admisiones en 1999), no representan un porcentaje significativo de los tratamientos. Las admisiones por anfetaminas permanecen estables desde 1996, registrándose unas 350 admisiones anuales (339 en 1999). Se han notificado 135 admisiones por MDMA o derivados de la feniletilamina, experimentándose un descenso con respecto a los años anteriores. En una situación similar están las

admisiones por consumo de alucinógenos (50 en 1999), que registran un descenso a partir de 1997. Las admisiones por hipnosedantes han experimentado un ligerísimo incremento en los dos últimos años (331 en 1999) y las registradas por sustancias volátiles son muy poco frecuentes, estando estabilizadas en torno a los 20 casos desde 1996 (18 en 1999).

La gran mayoría de las admisiones a tratamiento en ambos sexos, y en los grupos de edad desde 15-19 años hasta los 45 años, fueron debidas a la heroína, sin embargo en el grupo de menos de 15 años el porcentaje de admisiones a tratamiento por cánnabis fue de un 58,6%. Aunque en el grupo de 15-19 años el mayor porcentaje de admisiones se debieron a la heroína (31,9%), las admisiones por cocaína (29,7%) y por cánnabis (30,9%) representan dos tercios de las admisiones en este grupo de edad. Estos porcentajes son aún más elevados entre los admitidos por primera vez por el consumo de estas sustancias (31,6% y 35,5%), superando a las admisiones por heroína (25,1%).

Figura 4.1. Admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 1999.



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

Tabla 4.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 1997-1999.

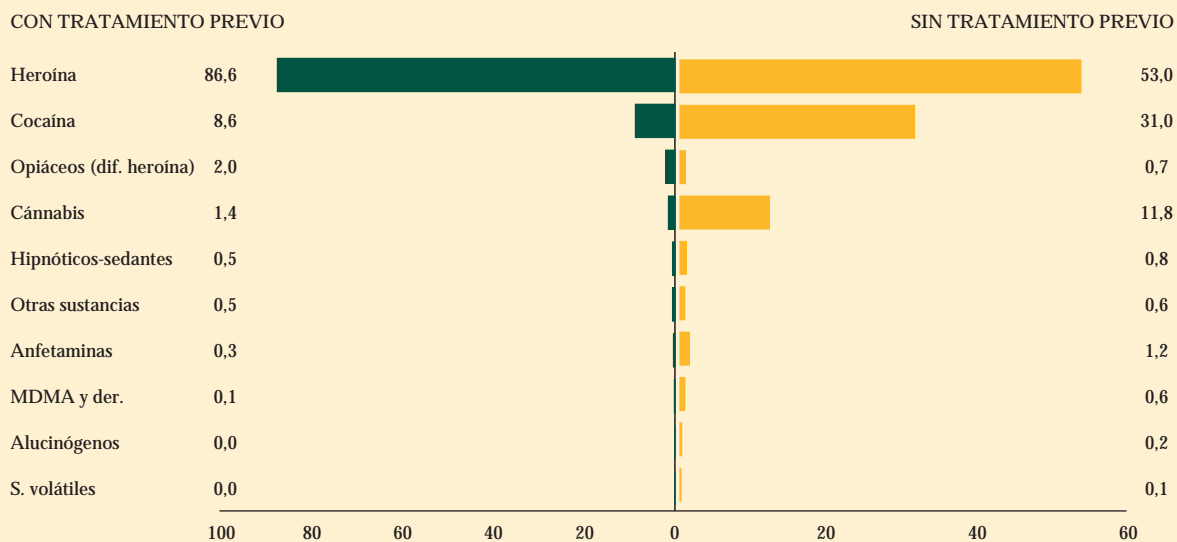
	1997			1998			1999		
	Total	Tto. previo*		Total	Tto. previo*		Total	Tto. previo*	
		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	52.440	32.568	18.729	54.338	33.746	19.341	51.191	30.050	19.757
Edad media (años)	29,59	30,26	28,38	30,17	30,99	28,67	30,40	31,56	28,58
Sexo (%)									
Hombres	84,3	84,9	83,5	84,5	84,6	84,5	84,9	85,5	84,2
Mujeres	15,7	15,1	16,5	15,5	15,4	15,5	15,1	14,5	15,8
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	13,1	13,1	13,0	12,9	13,4	11,9	13,8	13,9	13,6
Primaria - 5º EGB	41,0	42,6	37,9	40,2	42,2	36,4	36,8	38,8	33,7
B. Elemental - EGB - ESO	29,8	29,3	30,9	30,0	29,0	32,0	27,8	26,6	29,9
FP - BUP - otros	13,8	12,9	15,5	14,4	13,0	17,0	18,1	17,6	19,0
Estudios medios y superiores	2,4	2,2	2,7	2,5	2,4	2,7	3,4	3,1	3,8
Situación laboral principal (%)									
Trabajando	27,8	25,1	32,7	31,0	27,5	37,4	40,3	36,5	46,3
Parado, no habiendo trabajado	10,6	10,6	10,6	10,7	10,8	10,5	9,8	9,8	9,8
Parado, habiendo trabajado	46,2	49,9	39,5	43,7	48,1	36,1	36,6	41,4	29,4
Otros	15,4	14,4	17,1	14,5	13,7	16,0	13,4	12,2	14,5
Droga principal de admisión a tratamiento (%)									
Heroína	84,1	92,6	69,4	80,2	91,1	61,4	73,1	86,6	53,0
Otros opiáceos	0,8	1,0	0,6	1,1	1,3	0,6	1,6	2,0	0,7
Cocaína	8,9	4,3	16,7	11,3	5,4	21,6	17,5	8,6	31,0
Anfetaminas	0,6	0,2	1,3	0,6	0,2	1,4	0,7	0,3	1,2
MDMA y derivados	0,5	0,1	1,1	0,3	0,1	0,7	0,3	0,1	0,6
Hipnóticos y sedantes	0,5	0,3	0,8	0,6	0,4	1,0	0,6	0,5	0,8
Cánnabis	4,2	1,2	9,4	5,3	1,2	12,5	5,5	1,4	11,8
Alucinógenos	0,2	0,1	0,4	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2
Sustancias volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Otras sustancias	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,6	0,6	0,5	0,6
Edad media al inicio del consumo (años)	20,67	20,41	21,11	20,62	20,41	21,0	20,78	20,49	21,23
Via principal de consumo (%)									
Oral	3,5	2,6	4,8	3,3	2,6	4,4	3,5	3,3	3,5
Fumada	27,5	22,6	35,2	27,5	22,5	35,5	24,4	20,9	29,5
Inhalada	30,0	33,6	25,0	30,5	35,3	23,6	30,4	35,1	24,6
Esnifada	10,6	6,5	17,3	12,7	7,3	21,8	18,6	10,1	30,8
Inyectada	27,3	33,1	17,2	23,9	29,4	14,2	20,8	27,1	11,5
Otras	1,1	1,6	0,4	2,0	2,9	0,5	2,3	3,5	0,5
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)									
Heroína	2,6	1,9	3,6	3,1	2,4	4,0	3,6	3,1	4,1
Otros opiáceos	8,3	9,6	6,1	8,4	9,3	6,6	7,1	8,7	4,6
Cocaína	57,3	61,6	50,2	57,7	63,3	48,3	59,1	65,9	48,7
Anfetaminas	2,5	1,9	3,6	2,6	1,9	3,9	2,8	2,0	3,9
MDMA y derivados	1,5	0,9	2,6	1,2	0,7	2,1	1,5	0,8	2,5
Hipnóticos y sedantes	24,5	26,4	21,3	23,7	26,2	19,3	19,0	21,6	14,8
Cánnabis	39,5	37,0	43,7	39,1	37,6	41,8	36,6	34,4	40,0
Alucinógenos	1,7	1,2	2,6	1,5	1,0	2,5	1,4	0,8	2,1
Sustancias volátiles	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Alcohol	29,9	25,9	36,5	31,4	26,7	39,2	31,6	26,2	39,9
Otras sustancias	18,4	16,1	21,7	15,5	11,8	20,9	15,8	15,1	16,3
Tiempo desde última inyección (%)									
Menos de 30 días	33,1	37,1	24,9	27,4	31,3	19,4	22,8	27,8	14,5
Un mes - un año	8,1	10,1	4,4	7,4	9,2	4,0	7,6	9,8	4,0
Uno - cuatro años	9,0	11,3	4,7	9,8	12,7	4,4	9,8	12,9	4,6
Cinco años o más	5,9	6,8	4,2	7,8	9,5	4,6	7,6	10,2	3,8
Nunca	43,9	34,8	61,8	47,5	37,3	67,7	52,1	39,4	73,1
Estado serológico VIH (%)									
Positivo	13,9	17,1	8,5	14,6	18,4	8,2	13,0	17,6	6,3
Negativo (análisis últimos 6 meses)	17,8	20,1	14,3	18,2	19,9	15,8	18,5	20,4	16,1
Negativo (sin fecha análisis)	23,6	27,4	17,7	25,0	29,5	17,9	23,1	29,0	15,0
Sin análisis o resultado desconocido	44,6	35,3	59,5	42,1	32,2	58,1	45,4	33,0	62,6

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

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

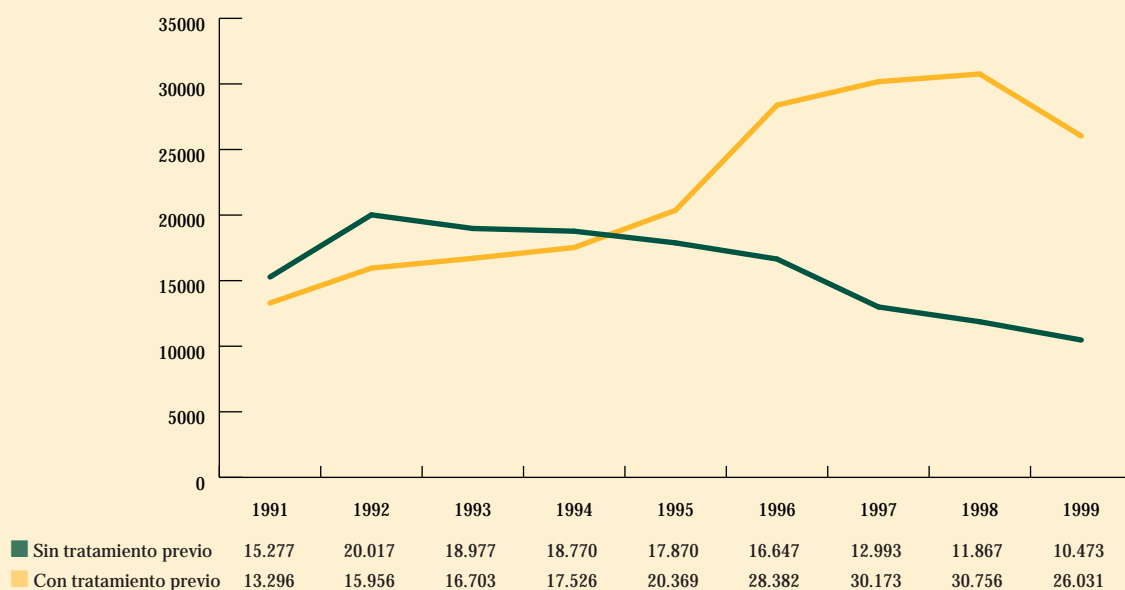
Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 4.2. Droga que motiva el tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (porcentajes). España, 1999.



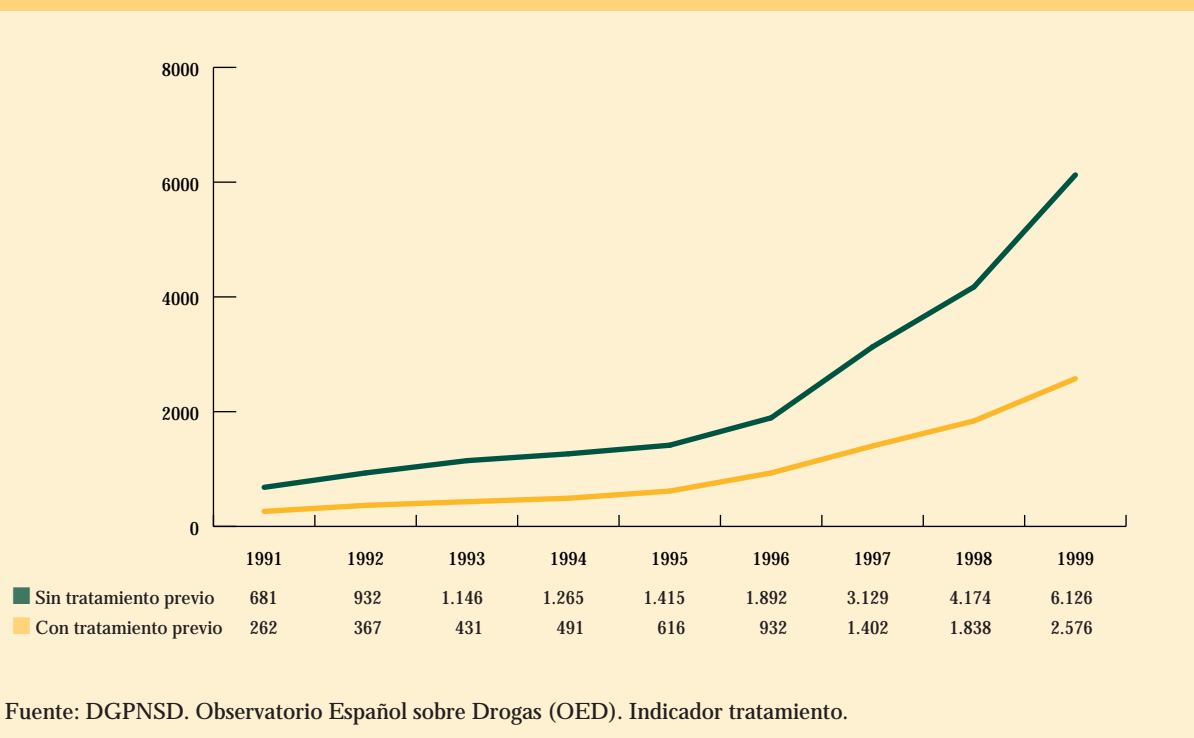
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.3. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por heroína en España. 1991-1999.



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

Figura 4.4. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por cocaína en España. 1991-1999.



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

La mayor parte de las personas admitidas a tratamiento durante 1999 fueron hombres (84,9%). La proporción más elevada de varones se observó entre las personas tratadas por cánnabis (89,2%) y sustancias volátiles (88,9%), y la más baja entre las personas tratadas por hipnóticos o sedantes (57,9%). Entre las personas admitidas por primera vez a tratamiento se aprecia un porcentaje importante de mujeres en las admitidas por consumo de hipnóticos o sedantes (46,1%), anfetaminas (19,7%) y éxtasis (18,4%).

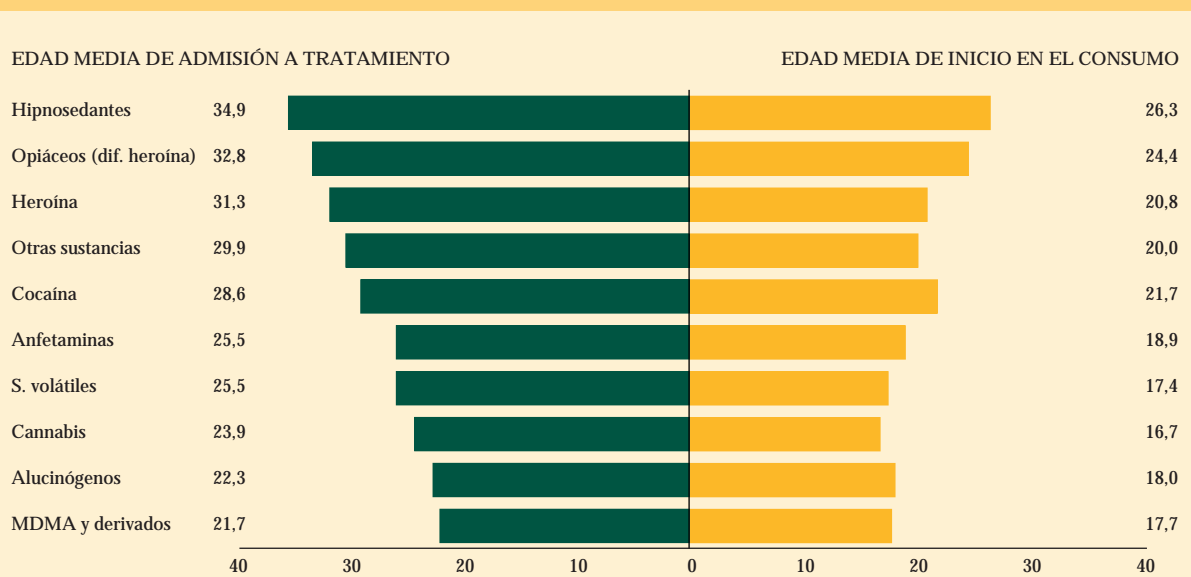
Durante 1999 la edad media de todas las personas registradas por el indicador tratamiento fue de 30,4 años. La edad media de los casos sin tratamiento previo fue 28,6 años y la de los previamente tratados de 31,6 años. La gran mayoría de los admitidos a tratamiento estaban comprendidos entre los 20 y 39 años (85,8%) en el momento de ser admitidos, concentrándose entre los 30-34 años la proporción más alta de casos (27,2%). Entre las personas sin tratamiento previo la proporción más alta apareció también en el grupo de 20-24 años

(24%). La edad media más baja entre los admitidos a tratamiento se observa en los admitidos a tratamiento por éxtasis (21,7 años) y la más elevada entre los tratados por hipnóticos y sedantes (34,9 años) (Figura 4.5).

Por Comunidad Autónoma, la edad media de las personas admitidas a tratamiento osciló entre los 32 años de Ceuta y los 28 años de Murcia. En casi todas las comunidades los casos tratados por primera vez tuvieron una edad media inferior a la de los tratados previamente.

La mayoría de los admitidos a tratamiento (78,4%) había completado un nivel de estudios de EGB o inferior, siendo el nivel de estudios más bajo para los casos con tratamiento previo (79,3%) que para los admitidos por primera vez (77,2%). El nivel de estudios presentó diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo la mayor proporción de personas con estudios de BUP o superiores a los admitidos por hipnosedantes (41,5%) y alucinógenos (36,2%) y los más bajos a los admitidos por

Figura 4.5. Edad media de los admitidos a tratamiento y edad media al inicio del consumo, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 1999.



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

opiáceos distintos de la heroína (18,9%) y los admitidos por heroína (19,3%). En cuanto a la situación laboral, un 46,4 % de los admitidos a tratamiento estaban parados, siendo la proporción de parados más elevada para los casos con tratamiento previo (51,2%) que para los admitidos por primera vez (39,3%). La proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo la cifra más alta a los admitidos a tratamiento por heroína (52,5%) y la más baja a los admitidos a tratamiento por alucinógenos (27,6%). Hay que destacar que más de la mitad de las personas admitidas por cocaína (59,6%), éxtasis (52,3%) y anfetaminas (50,2 %) declaran estar trabajando (Tablas 4.1 y 4.2).

La edad media de inicio en el consumo de la droga principal se situó en 20.8 años para el conjunto de todos los casos notificados al indicador. Las personas tratadas por primera vez habían comenzado el consumo más tarde (21.2 años) que las previamente tratadas (20.5 años). El 50% de los casos había iniciado el consumo entre los 15 y 20 años, un 15% antes de los 15 años y un 35% después de cumplir los 20 años

(Figura 4.5). Por Comunidades Autónomas, Baleares presentó la edad de inicio más baja (20 años) y Ceuta la más elevada (24.5 años). En el resto de comunidades la edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 22 años.

Se observaron diferencias importantes en la edad media de inicio del consumo según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo la edad media de inicio más temprana a los admitidos por cánnabis (16.7 años), sustancias volátiles (17.4 años) o derivados de las feniletilaminas (17.7 años) y la más elevada a los admitidos por hipnóticos o sedantes (26.3 años) u opioides distintos de la heroína (24.4 años). Los casos registrados por el indicador tratamiento habían consumido por primera vez la droga principal 9.7 años antes de la admisión al tratamiento actual.

La vía más prevalente de consumo de la droga principal en el conjunto de todas las personas admitidas a tratamiento durante 1999 fue la vía pulmonar (fumada o inhalada en chinos) (54,8%). Entre las personas no tratadas previamente, la vía pulmonar fue utilizada por un 54,1% de los casos (Tabla 4.1).

Tabla 4.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y medias). España, 1999.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der. Hipnosedantes	Cánnabis	
Nº admisiones a tto. notificadas	37.417	805	8.977	339	135	331	2.825
Edad media (años)	31.31	32.84	28.62	25.52	21.73	34.94	23.96
Sexo (%)							
Hombres	84,8	73,5	86,0	80,5	82,8	57,9	89,2
Mujeres	15,2	26,5	14,0	19,5	17,2	42,1	10,8
Máximo nivel de estudios (%)							
Sin estudios	14,9	18,4	11,3	4,9	9,9	12,4	5,3
Primaria - 5º EGB	39,6	39,2	30,2	30,6	22,1	28,4	24,7
B. Elemental - EGB - ESO	26,2	23,6	32,5	28,9	38,2	17,7	37,7
FP - BUP - otros	16,5	14,6	21,6	25,7	25,2	28,1	26,5
Estudios medios y superiores	2,8	4,3	4,3	9,9	4,6	13,4	5,9
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	35,1	33,2	59,6	50,2	52,3	37,8	46,1
Parado, no habiendo trabajado	10,6	8,4	7,3	15,1	8,6	9,9	8,5
Parado, habiendo trabajado	41,9	36,2	22,8	18,0	21,1	28,6	17,8
Otros	12,3	22,2	10,3	16,7	18,0	23,8	27,5
Edad media al inicio del consumo (años)	20.78	24.44	21.73	18.94	17.69	26.26	16.68
Vía principal de consumo (%)							
Oral	1,0	77,5	0,5	42,4	94,7	94,3	2,6
Fumada	23,2	5,4	11,0	5,2	1,5	3,2	94,7
Inhalada	39,1	5,5	8,8	4,3	0,8	1,3	2,6
Esnifada	6,8	2,4	74,4	46,0	2,3	0,3	0,1
Inyectada	27,0	9,2	4,6	2,1	0,0	0,6	0,0
Otras	2,9	0,1	0,7	0,0	0,8	0,3	0,1
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)							
Heroína	0,0	31,9	15,4	6,5	1,0	25,2	14,0
Otros opiáceos	8,7	0,0	1,6	1,3	0,0	9,4	1,7
Cocaína	73,4	39,5	0,0	34,9	52,5	32,7	41,8
Anfetaminas	1,8	2,1	6,0	0,0	15,8	0,0	8,2
MDMA y derivados	0,5	0,3	5,1	4,7	0,0	1,3	4,2
Hipnóticos y sedantes	21,8	32,2	8,6	8,2	2,0	0,0	9,0
Cánnabis	35,2	30,4	49,0	66,4	60,4	32,1	0,0
Alucinógenos	0,7	0,3	3,2	12,1	13,9	3,1	3,9
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,1	1,3	1,0	0,0	0,1
Alcohol	23,5	26,2	62,9	49,1	46,5	50,3	54,8
Otras sustancias	16,8	16,3	10,8	5,6	4,0	16,4	23,6
Tiempo desde última inyección							
Menos de 30 días	28,6	18,4	7,9	8,0	2,7	7,1	2,8
Un mes - un año	8,8	14,4	4,0	2,4	1,8	6,8	1,4
Uno - cuatro años	12,1	25,5	2,6	1,4	0,9	8,3	1,9
Cinco años o más	9,4	11,3	3,0	1,0	1,8	3,4	1,7
Nunca	41,2	30,4	82,5	87,2	92,9	74,4	92,3
Estado serológico frente al VIH							
Positivo	16,5	21,3	2,9	2,4	0,0	9,7	0,9
Negativo (análisis últimos 6 meses)	20,1	16,7	16,0	13,0	14,1	12,7	6,9
Negativo (sin fecha análisis)	26,2	19,9	16,3	10,9	9,6	13,9	10,8
Sin análisis o resultado desconocido	37,3	42,1	64,8	73,7	76,3	63,7	81,4

* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.
 ** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Entre las personas admitidas a tratamiento por heroína se observa un patrón muy similar al del conjunto de todos los casos, lo que es lógico teniendo en cuenta que la mayoría de los casos registrados por el indicador tratamiento corresponden a heroína. Así, entre los casos previamente tratados por esta droga, un 29,9% utilizó la vía parenteral y un 60% la pulmonar, mientras que entre los que no habían sido previamente tratados estos porcentajes fueron respectivamente de un 19,4% y de un 69,3%. El abandono de la vía inyectada es especialmente visible entre los admitidos a tratamiento por primera vez, que en 1999 utilizaban en un 19,4% esta vía, frente al 50,3% que lo hacían en 1991 (Figura 4.6). Entre las personas admitidas a tratamiento por cocaína la proporción de las que utilizaron la vía parenteral fue mucho menor: 10,6% en los casos con tratamiento previo y 2,1% en los casos sin tratamiento previo.

Desde que el indicador tratamiento empezó a recoger la vía de administración de la droga principal se ha observado que entre las Comunidades Autónomas hay diferencias importantes y mantenidas en el tiempo. Por Comunidades Autónomas en 1999 la vía pulmonar predomina en buena parte España, excepto en un grupo de Comunidades del nordeste (Cataluña, Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria y País Vasco). Entre los admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida se comprueba un brusco descenso en la utilización de la vía parenteral en el período 1991/99 (Figuras 4.7 y 4.8), especialmente notable en algunas Comunidades Autónomas.

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, la vía principal de administración predominante es la intranasal (esnifada), excepto en Cantabria donde la vía predominante es la pulmonar y existe un porcentaje importante de uso de la vía parenteral (21,1%).

Figura 4.6. Distribución de los admitidos por primera vez a tratamiento por heroína según vía de administración de dicha droga (porcentajes). España, 1991-99.

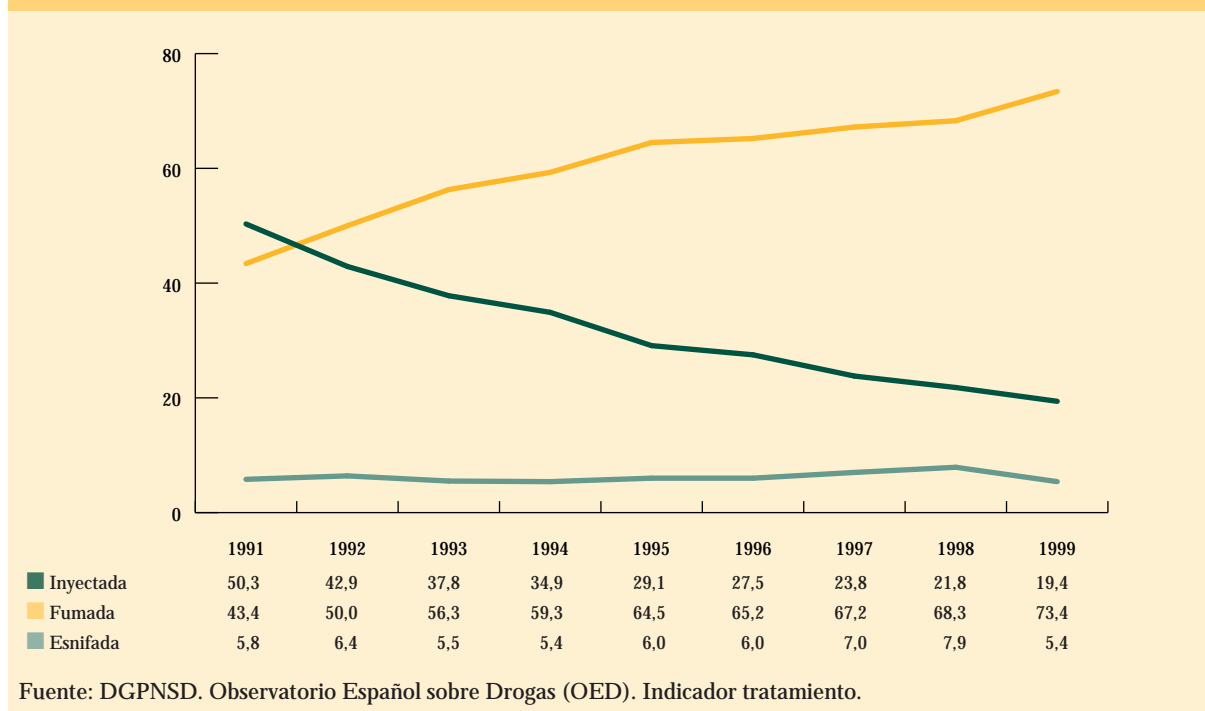
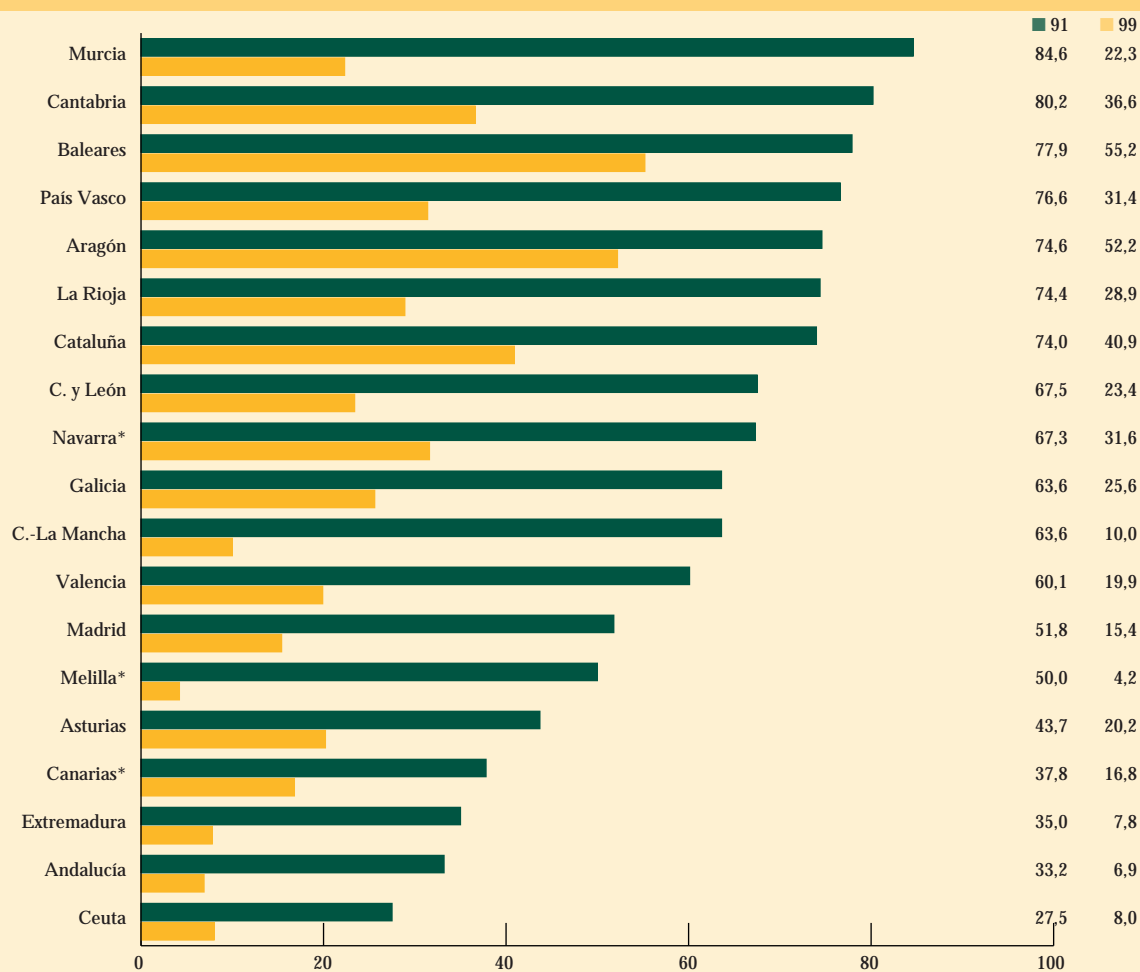


Figura 4.7. Proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína cuya vía de administración más frecuente es la vía parenteral. España 1991-1998.



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

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

La mayor parte de los admitidos a tratamiento se reparten entre los que no se han inyectado nunca o **no-inyectores** (52,1%) y los que se han inyectado en los treinta días previos a la admisión a tratamiento o **inyectores actuales** (22,8%). Desde 1996 se observa, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, un descenso de la proporción de inyectores actuales, excepto en Murcia y Navarra donde se ha estabilizado.

Si se analizan sólo los admitidos a tratamiento por heroína, se observa que un 41,2% de los admitidos a tratamiento en 1999 eran **no-inyectores**, un 28,6% inyectores actuales y un 30,3% **ex-inyectores**.

Desde 1996 se observa una tendencia decreciente del uso de la vía parenteral entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína. Los admitidos a tratamiento por heroína, que se han inyectado en los últimos 30 días, han pasado de un 40% en 1996 a un 28,6% en 1999. En lo que respecta a los admitidos a tratamiento por cocaína han pasado del 16,1% en 1996 al 7,9% en 1999. Por lo que se refiere a los admitidos a tratamiento por otras drogas, sólo se encuentra una proporción importante de inyectores (personas que se han inyectado alguna vez) entre los admitidos por opioides diferentes a la heroína

(18,4%). Para el resto de las drogas la proporción de **no-inyectores** es muy elevada, encontrándose las proporciones más elevadas entre los admitidos por éxtasis y sustancias volátiles (92,9%) y por cánnabis (92,3%). Por Comunidades Autónomas, las mayores proporciones de **no-inyectores** (>50%) se encuentran en las Comunidades del centro y sur del país (Melilla, Canarias, Ceuta, Andalucía, C. Valenciana, Murcia, Castilla-La Mancha y Extremadura). Las Comunidades con una mayor proporción de inyectores son Navarra (62,5%), Galicia (59,5%), Baleares (55,7%) y Aragón (51,9%).

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. Entre los admitidos a tratamiento por heroína, las drogas secundarias más utilizadas en los 30 días previos al tratamiento fueron la cocaína (73,4%), el cánnabis (35,2%), el alcohol (23,5%) y los hipnóticos o sedantes (21,8%). Los casos que no habían sido anteriormente tratados utilizaron algo más el alcohol, el cánnabis y la cocaína, mientras que utilizaron menos opioides diferentes a heroína, hipnóticos o sedantes. Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, el alcohol fue utilizado como droga secundaria en un 62,9% de los casos, el cánnabis en un 49% y la heroína en un 15,4%. Los casos que no han sido tratados previamente utilizaron algo más el alcohol y el cannabís, mientras que utilizaron menos la heroína y los hipnosedantes (Tablas 4.1 y 4.2).

Un 60,3% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 1999 refirió que había sido previamente tratado por la droga principal. La proporción de casos que habían sido tratados previamente fue mucho más alta entre los tratados por opioides diferentes a la heroína (81,7%) y heroína (71,3%) que entre los tratados por cocaína (29,6%). La proporción de casos con tratamientos previos presentó grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas. La proporción más alta se observó en: Asturias (73,6%), Cantabria (72,9%) y Castilla y León (71,1%), y la más baja en Melilla (25,9%), Madrid (45,5%), Navarra (51,8%) y Cataluña (54,1%).

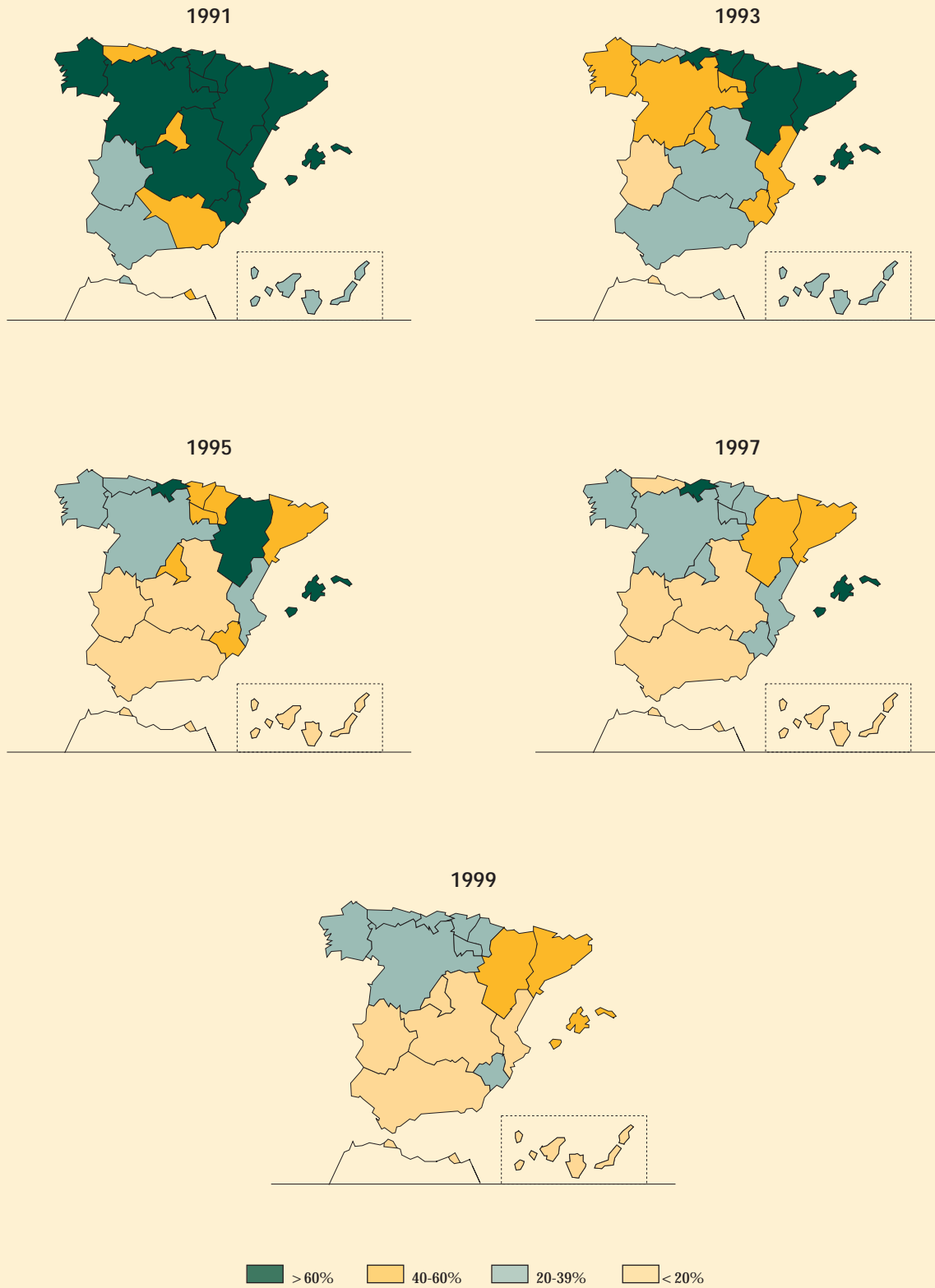
La proporción de personas admitidas a tratamiento con estado serológico frente al VIH desconocido es muy elevada (45,4%), llegando al 62,6% entre los admitidos a tratamiento por primera vez, por lo que sus resultados han de tomarse con mucha cautela. Por otra parte, no tiene sentido el análisis para el conjunto de las admisiones a tratamiento por cualquier sustancia psicoactiva, porque la situación es muy diferente, dependiendo de la droga principal de que se trate. Considerando los resultados facilitados por el indicador tratamiento, sin excluir del denominador los casos con estado serológico desconocido, la prevalencia de infección por VIH más elevada se encontró entre los admitidos a tratamiento por otros opiáceos distintos de la heroína (21,3%) y por heroína (16,5%), y la más baja entre los admitidos por éxtasis y por sustancias volátiles en los que no se dio ningún caso positivo, por cánnabis (0,9%) y anfetaminas (2,4%). La prevalencia es mucho más elevada entre las personas con tratamiento previo que en las admitidas a tratamiento por primera vez. Por ejemplo, para la heroína, las cifras son de 19,0% entre los tratados previamente y 10,5% entre los tratados por primera vez. Por Comunidades Autónomas la prevalencia más elevada se encontró en La Rioja (19,5%), Castilla y León (16,8%), Baleares (16,4%) y Aragón (16,3%).

CONCLUSIONES

En 1999, y por primera vez desde 1987, se ha producido una disminución, de un 6%, en el número de admisiones a tratamiento, a pesar del incremento registrado en el número de centros que integran la cobertura del indicador.

La heroína continua siendo la sustancia más relevante (73% de las admisiones). Crece de forma notable el peso asistencial de la cocaína (17,5% de las admisiones) y levemente en el caso del cánnabis (5,5% de las admisiones). Considerando sólo los casos sin tratamiento previo, la heroína representa el 53%, la cocaína el 31,5% y el cánnabis el 12% de las admisiones. En varias Comunidades Autónomas (Cataluña, R. Murcia, C. Valenciana y Navarra) la cocaína representa cerca del 50% de los casos sin tratamiento previo.

Figura 4.8. Proporción de los admitidos por primera vez a tratamiento por heroína cuya vía más frecuente de administración es la vía parenteral. España, 1991-1999.



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

2. TENDENCIAS Y PATRONES DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE COCAÍNA

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos sobre consumo de cocaína extraídos de los indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas correspondientes a 1999, centrándose en el consumo problemático de esta droga.

Uno de los aspectos más debatidos en España en relación con los problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales ha sido la discrepancia entre el relativamente alto nivel de consumo de cocaína y los escasos problemas sanitarios asociados. Esta discrepancia se mantuvo durante mucho tiempo, a pesar de que en los años ochenta se suponía que los problemas aumentarían pronto, como había ocurrido en Estados Unidos. Sin embargo, a partir de 1995 el panorama ha cambiado sensiblemente y han aumentado extraordinaria-

mente los problemas por consumo de cocaína. De hecho, en 1999 la cocaína representaba el 17,5% de las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y un 31% de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (Tabla 4.3), frente a un 73,1% y un 53%, respectivamente, de las admisiones por heroína. En algunas Comunidades Autónomas la cocaína representó en 1999 cerca del 50% de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (un 48,7% en Cataluña, 47,6% en Murcia y 46% en Valencia).

Otro indicador del gran potencial de crecimiento de los tratamientos por cocaína en relación con los tratamientos por heroína es la proporción de tratados que lo fueron por primera vez en la vida. De hecho, en 1999 esta proporción fue de un 68,2% entre los tratados por cocaína y de sólo un 27,9% entre los tratados por heroína.

Tabla 4.3. Evolución de algunos problemas por consumo de cocaína (números absolutos y porcentajes). España, 1996-1999.

	Año	%	Nº
Tratamientos por abuso o dependencia (% de tratamientos motivados por cocaína) ^a	1996	5,6	52.890
	1997	8,9	52.440
	1998	11,3	54.338
	1999	17,5	51.191
Tratamientos por primera vez en la vida por abuso o dependencia (% de tratamientos motivados por cocaína) ^a	1996	9,1	20.855
	1997	16,7	18.729
	1998	21,6	19.341
	1999	31,0	19.757
Urgencias por reacción aguda (% de episodios en que se menciona cocaína) ^b	1996	27,4	2.585
	1997	30,0	1.933
	1998	37,2	2.099
	1999	48,1	2.141
Muertes por reacción aguda (% de muertos en que se detecta cocaína) ^c	1996	26,7	348
	1997	37,8	254
	1998	56,4	236
	1999	60,3	234

a: Admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en el conjunto de España. Se eliminan los tratamientos repetidos el mismo año y en la misma comunidad autónoma. La cobertura puede considerarse prácticamente completa.

b: Urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas recogidas en los principales servicios hospitalarios de urgencias de diversas áreas monitorizadas.

c: Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas recogidas en cinco grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Bilbao) en las que se dispone de análisis toxicológicos. Sólo se dispuso de datos para Sevilla en 1996.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad.

Con respecto a las urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas, la cocaína es ya la droga implicada con mayor frecuencia en estos problemas. Así, en 1999 se mencionó consumo de cocaína en un 48,1% de los 2.141 episodios registrados de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas (Tabla 4.3), mientras que el consumo de heroína se mencionó en un 41,9% de los mismos. Igualmente, la cocaína fue la sustancia que provocó un mayor número de estas urgencias (39,4%), seguida a distancia por la heroína (33%). Este fenómeno, mayor implicación de la cocaína que la heroína en las urgencias por reacción aguda a drogas, ya había sido detectado en años anteriores en ciudades como Madrid o Barcelona. Sin embargo, a la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que una misma urgencia puede estar provocada por el consumo de varias sustancias psicoactivas, y que, por supuesto, en un mismo episodio de urgencia se puede mencionar el consumo de varias de estas sustancias. Además, la mención del consumo de una determinada droga en la historia clínica no significa que la urgencia esté relacionada con o provocada por la misma.

Por otra parte, aunque aproximadamente en el 88% de las muertes por reacción aguda a drogas se detectan opiáceos, están aumentando los casos en que se detecta cocaína exclusivamente o cocaína sin opiáceos. De hecho, la proporción de muertes en que se detecta cocaína, pero no opiáceos, ha pasado de 0% en 1983 a 2,3% en 1991, 4,4% en 1996 y 7,7% en 1999. Por su parte, la proporción de muertes por reacción aguda a drogas en que se detecta exclusivamente cocaína ha pasado de 0% en 1991 al 1,4% en 1996 y al 3,4% en 1999. Además, es muy probable que una proporción indeterminada de muertes por cocaína no sean detectadas, al ser atribuidas a otras causas en los certificados de defunción y no llegar a convertirse en muertes judiciales.

■ Los problemas por cocaína están aumentando rápidamente

Los indicadores tratamiento y urgencias muestran que en los últimos años se ha incrementado mucho el número de personas con

problemas por cocaína atendidos. Este aumento ya venía observándose en años anteriores, pero ha sido mucho más acusado a partir de 1997, habiendo pasado de 1.345 tratamientos en 1992 a 2.980 en 1996, 6.154 en 1998, y 8.977 en 1999. El aumento ha afectado tanto a los admitidos a tratamiento por primera vez como a los ya admitidos previamente. De hecho, el número de primeros tratamientos por cocaína ha pasado de 932 en 1992 a 2.980 en 1996, 4.174 en 1998 y 6.126 en 1999 (Figura 4.9).

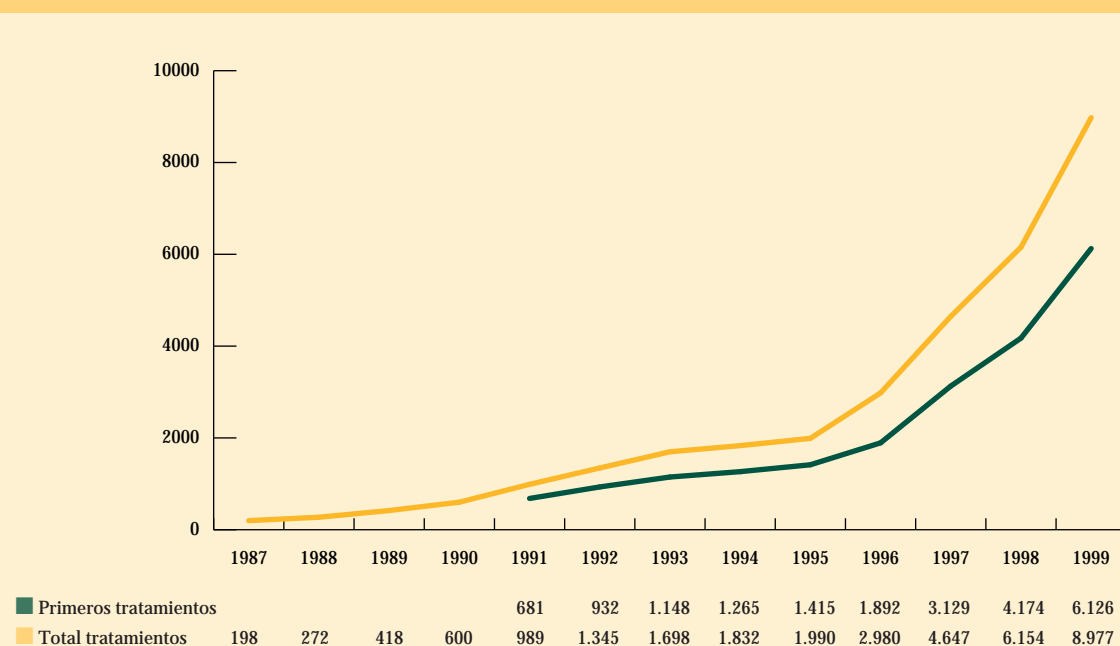
Entre 1996 y 1999 se aprecia un aumento importante de la proporción de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuya historia clínica se menciona cocaína, pasando de 27,4% en 1996 a 48,1% en 1999. Igualmente han aumentado las urgencias relacionadas directamente o provocadas por el consumo de esta droga, pasando de un 19,9% en 1996 a un 39,4% en 1999 (Figura 4.10).

■ El envejecimiento progresivo de los consumidores problemáticos de cocaína se ha detenido o invertido

Desde 1995-1996 la edad media de admisión a tratamiento por cocaína y la de inicio en el consumo de esta droga han comenzado a descender, tanto entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, como en el conjunto de tratados. De hecho, la edad media de admisión a tratamiento pasó de 25.4 años en 1987 a 29.3 en 1996 y 28.6 en 1999. Por su parte, la edad media de primer consumo pasó de 20.9 años en 1987 a 22.3 en 1996 y 21.7 en 1999 (Figura 4.11). Por lo que respecta a las primeras admisiones a tratamiento, la evolución de las edades es similar (Figura 4.12).

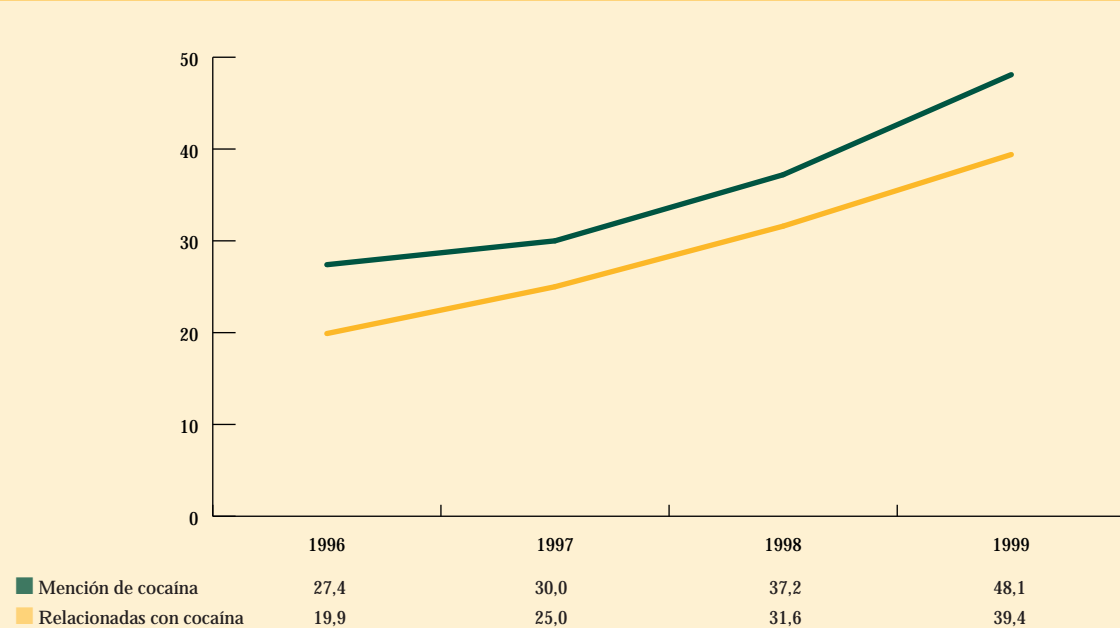
En el indicador urgencias hospitalarias, en cambio, la edad media de los atendidos por episodios provocados o en los que se menciona cocaína ha aumentado ligeramente, aunque es prácticamente estable si sólo se consideran los episodios en que no se mencionan opiáceos. De cualquier forma, como se indicó, los datos de urgencias hay que interpretarlos con cautela por la inestabilidad de la cobertura de este indicador.

Figura 4.9. Evolución del número de admisiones a tratamiento por cocaína en España, 1987-1999.



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

Figura 4.10. Evolución de la proporción de urgencias con mención de cocaína y de las relacionadas con el consumo de esta droga. España, 1996-1999.



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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

Figura 4.11. Evolución de la edad media de las admisiones a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por cocaína en España, 1987-1999.

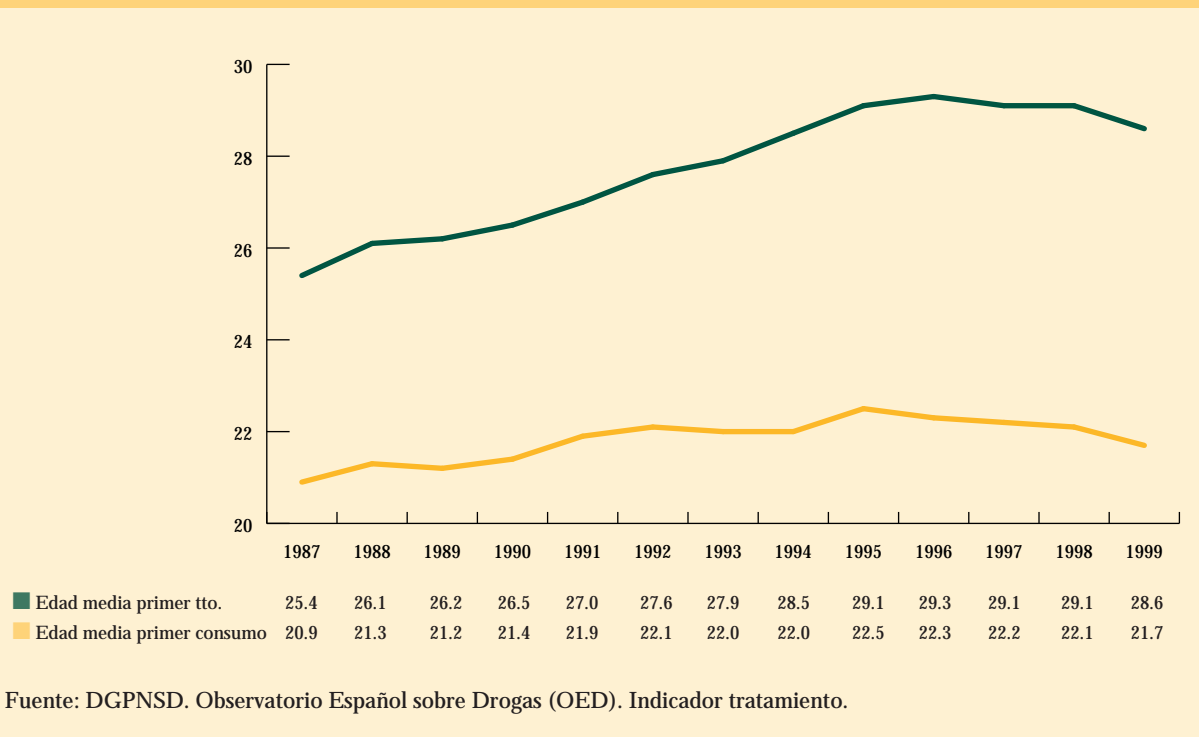
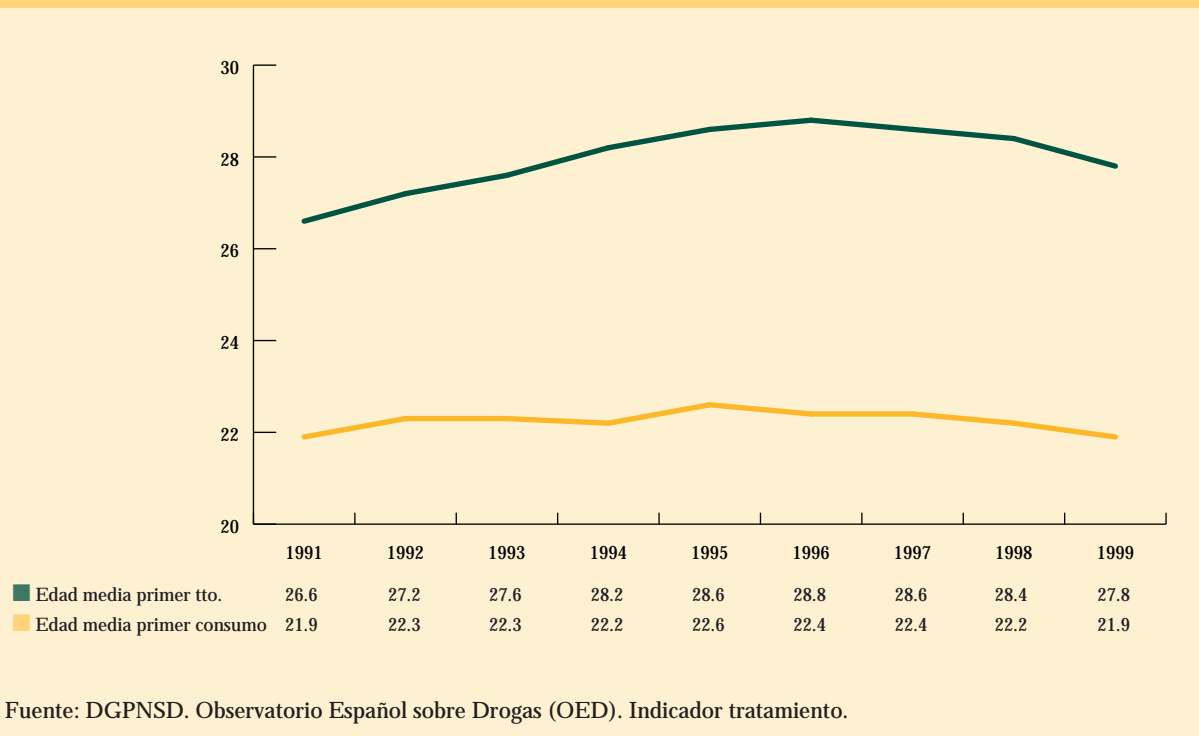


Figura 4.12. Evolución de la edad media de las admisiones a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por primera vez por cocaína en España, 1991-1999.



■ Los problemas por cocaína aumentan en los esnifadores

Desde que en 1991 el indicador tratamiento empezó a recoger la vía principal de consumo de la droga que motiva el tratamiento, se ha observado un cambio importante de la vía principal de administración de la cocaína. Ha aumentado considerablemente la proporción de tratados por cocaína que usan esta droga preferentemente por vía intranasal (esnifada), pasando de 55,4% en 1991 a 79,5% en 1999, ha descendido muchísimo la proporción de los que la usan preferentemente por vía parenteral (inyectada), pasando de 19,2% en 1991 a 2,1% en 1999 y ha descendido la proporción de los consumidores por vía pulmonar (fumada), pasando de 24,4% en 1991 a 17,4% en 1999 (Figura 4.13). Estos datos, sobre todo los referidos a la vía fumada, hay que tomarlos, no obstante, con cierta cautela porque en algunos lugares se ha observado que los notificadores confunden la vía esnifada con la fumada.

El descenso del uso de la vía parenteral afecta no sólo a la administración de cocaína, sino a la administración de cualquier droga. De hecho, entre 1996 y 1999 descendió considerablemente la proporción de tratados por cocaína que se habían inyectado cualquier droga en los 12 meses previos al tratamiento (Figura 4.14).

■ Los consumidores problemáticos de cocaína están cada vez menos implicados en el consumo de opiáceos

A pesar de algunas interpretaciones iniciales, que pretendieron explicar el fuerte incremento experimentado por las admisiones a tratamiento por cocaína desde 1996 en base al consumo de esta sustancia por parte de los tradicionales usuarios de opiáceos, se constata que los consumidores problemáticos de cocaína están cada vez menos implicados en el consumo de opiáceos. De hecho, la proporción de admitidos a tratamiento por cocaína que NO habían consumido heroína en los 30 días previos a la

Figura 4.13. Evolución de la vía principal de consumo de los admitidos por primera vez a tratamiento por cocaína en España, 1991-1999.

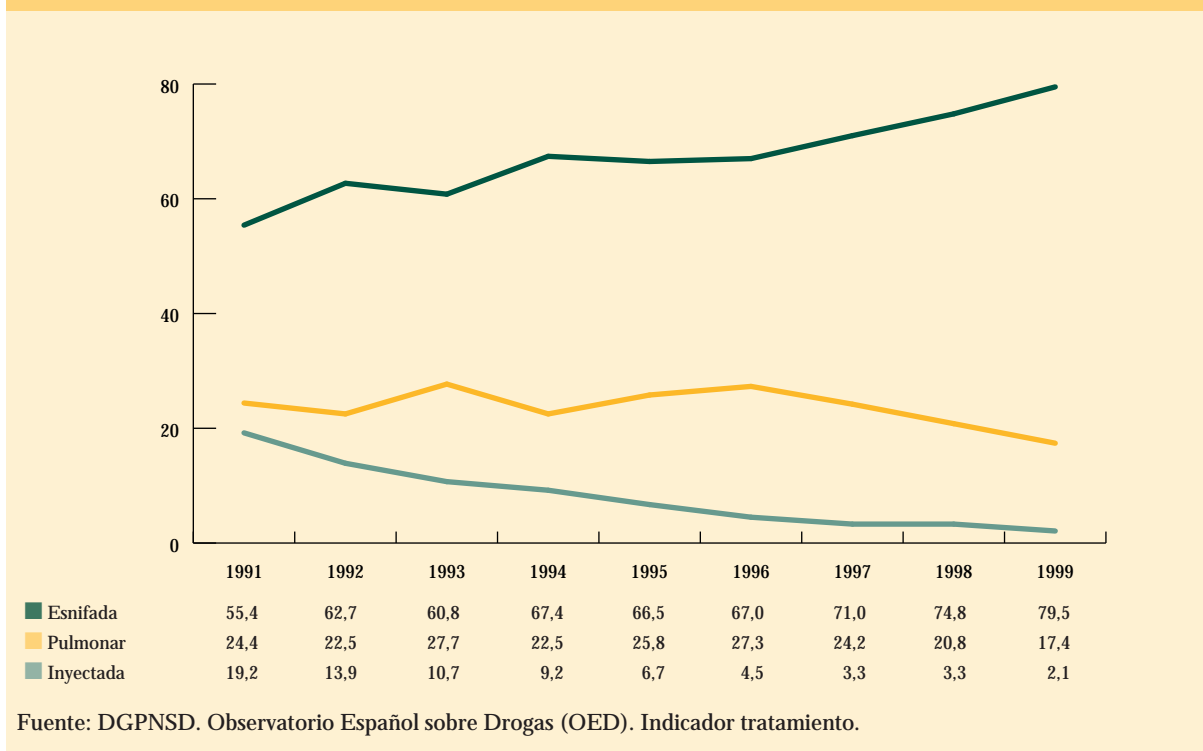
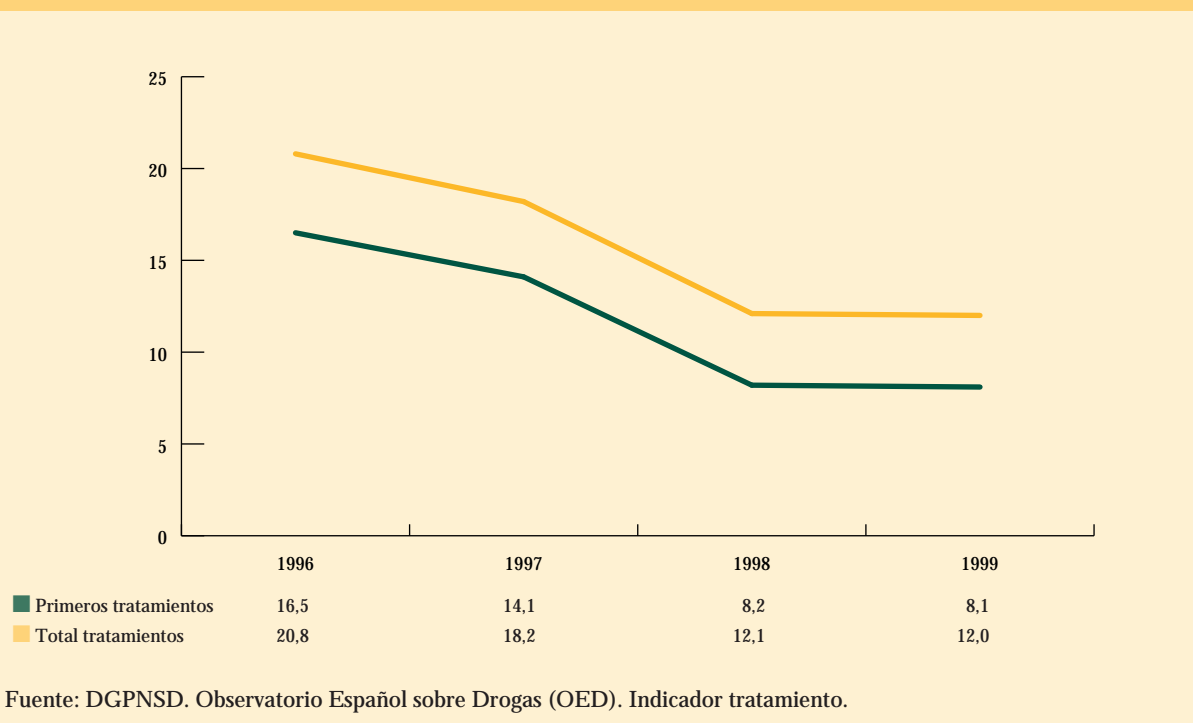


Figura 4.14. Porcentaje de casos que se han inyectado en los 12 meses previos al tratamiento entre los admitidos a tratamiento por cocaína en España, 1996-1999.



admisión a tratamiento pasó de un 69,7% en 1987 a un 69,8% en 1991, un 84% en 1996 y un 89% en 1999. Igualmente, la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por cocaína en la misma situación pasó de un 73,6% en 1991 a un 89,2% en 1996 y un 93% en 1999 (Figura 4.15).

Si se considera simultáneamente la proporción de tratados que NO han consumido opiáceos en los 30 días previos y NO se han inyectado nunca en la vida, se observa que pasa de 92,9% en 1996 a 95,4% en 1999 (Figura 4.16).

Por su parte, la proporción de urgencias por reacción aguda a cocaína en que NO se menciona heroína aumentó desde un 43,7% en 1996 a un 56,5% en 1999 (Figura 4.17). En cambio, disminuyó la proporción en que NO se mencionan opiáceos distintos a heroína, pasando de un 82,3% en 1996 a un 70,9% en 1999, lo que podría deberse a la creciente

implicación en el consumo de cocaína de las personas en tratamiento de mantenimiento con metadona.

■ Los consumidores problemáticos de cocaína están cada vez más implicados en el consumo de alcohol

La proporción de tratados por cocaína por primera vez que habían consumido alcohol en los 30 días previos al tratamiento pasó del 45,9% en 1991 al 59,6% en 1996 y 64,8% en 1999. Por su parte, la proporción de urgencias provocadas por cocaína en cuya historia clínica se menciona consumo de alcohol pasó de 18,4% en 1996 a 28,9% en 1999 (Figura 4.18). A la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta, no obstante, que el registro de las drogas secundarias en el indicador tratamiento tiene limitaciones y que a lo largo del tiempo pueden haber cambiado los hábitos de registro.

Figura 4.15. Evolución del porcentaje de admisiones a tratamiento por cocaína que no habían consumido opiáceos en los 30 días previos al tratamiento en España, 1987-1999.

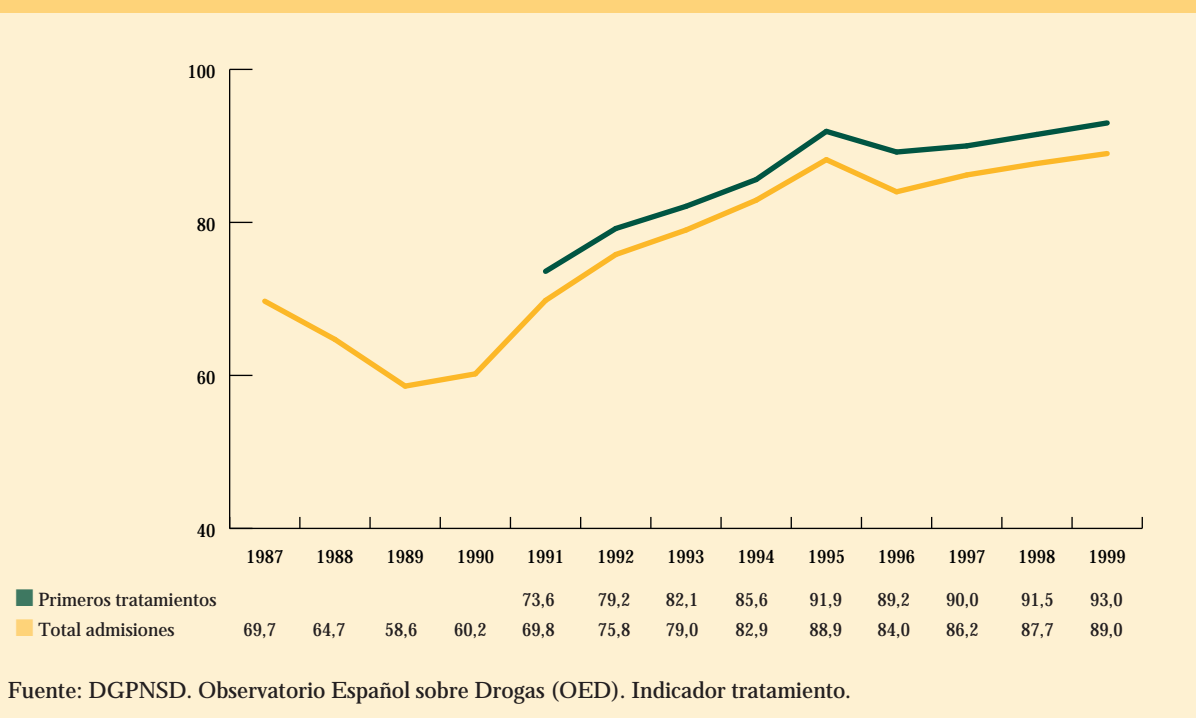


Figura 4.16. Evolución del porcentaje de admisiones a tratamiento por cocaína, que no han consumido opiáceos en los 30 días previos al tratamiento y no se han inyectado en España, 1996-1999.

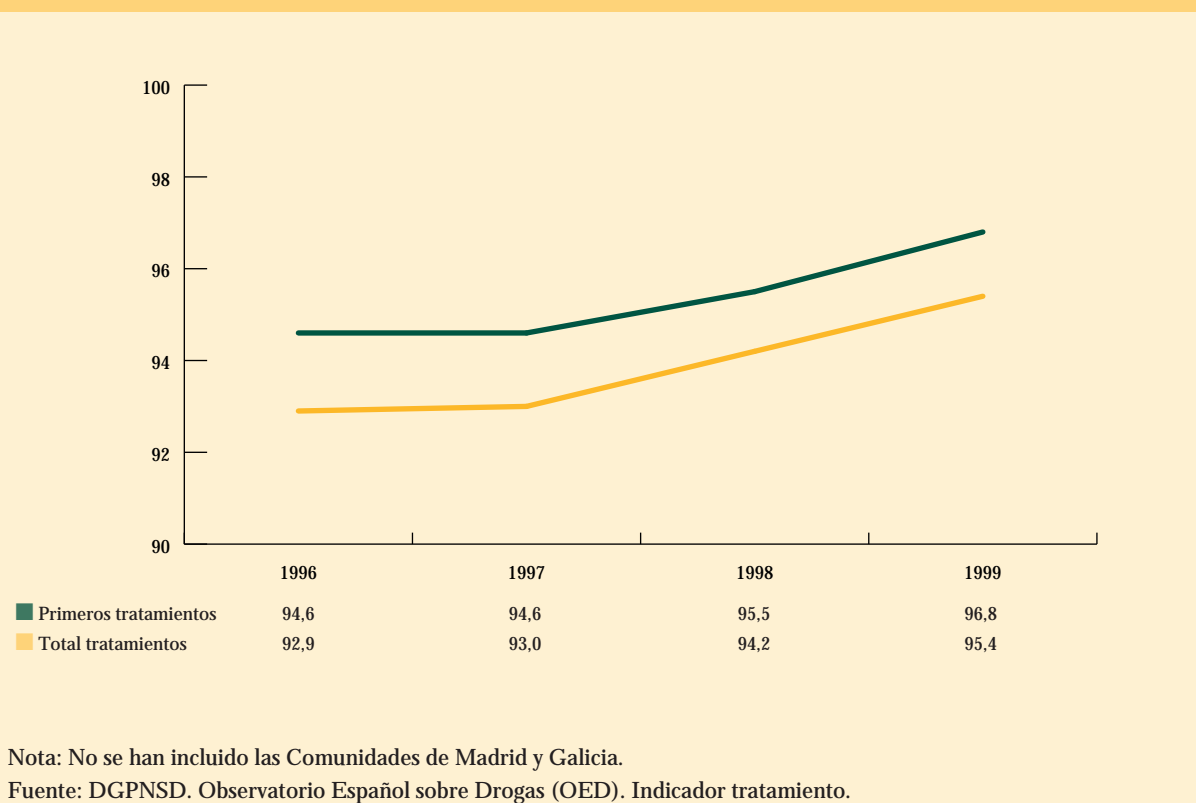
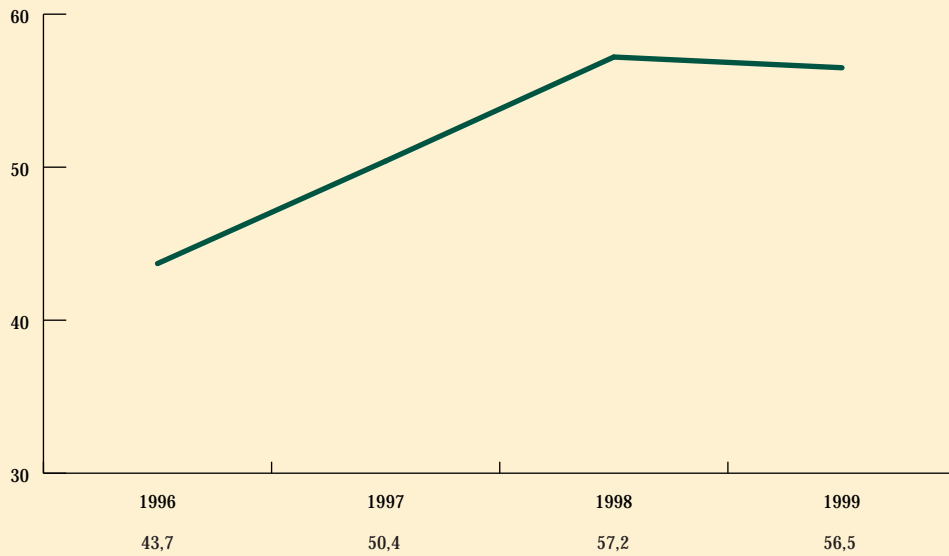
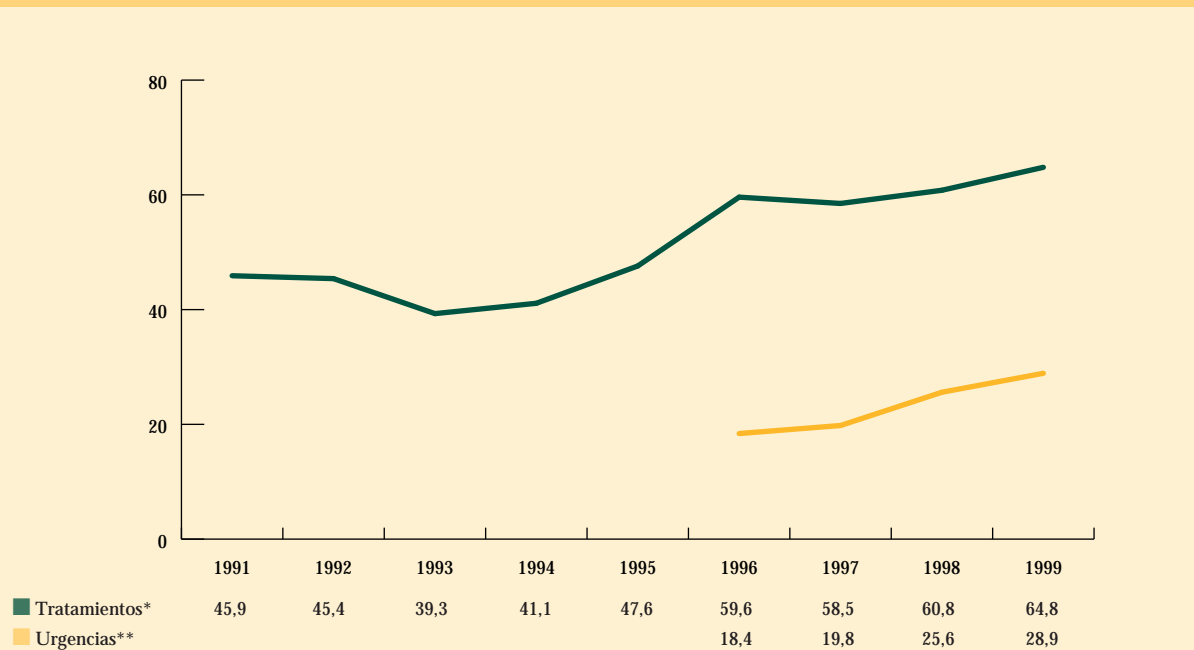


Figura 4.17. Evolución de la proporción de urgencias por reacción aguda a cocaína en las que no se menciona consumo de heroína en España, 1996-1999.



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

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol entre los consumidores problemáticos de cocaína en España, 1991-1999.



* Porcentaje que ha consumido alcohol en los 30 días previos al tratamiento entre los admitidos por primera vez a tratamiento por cocaína.

** Porcentaje de menciones de alcohol entre las urgencias por reacción aguda a cocaína.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicadores tratamiento y urgencias.

■ Los consumidores problemáticos de cocaína están cada vez menos implicados en el consumo de cánnabis, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

La proporción de tratados por cocaína que habían consumido anfetaminas en los 30 días previos al tratamiento pasó de 17,2% en 1991 a 10,5% en 1996 y 7,2% en 1999. En el mismo período la proporción de consumidores de alucinógenos pasó de 9,1% en 1991 a 5,3% en 1996 y 3,5% en 1999. Por su parte, la proporción de consumidores de éxtasis pasó de un 8% en 1996 a 5,4% en 1999 (Figura 4.19). Finalmente, la proporción de consumidores de cánnabis pasó de 64,7% en 1991 a 51,9% en 1996 y 50,8% en 1999 (Figura 4.20). De cualquier forma, como se indicó anteriormente, no hay que descartar que esta tendencia pueda ser debida en parte a un cambio en los hábitos de registro de los notificadores.

■ Aumenta el consumo de cocaína entre los consumidores de heroína

Este fenómeno está siendo detectado simultáneamente por el indicador tratamiento, el indicador urgencias y el indicador mortalidad. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que había consumido cocaína en los 30 días previos al tratamiento pasó de 47,9% en 1987 a 66,1% en 1991, 58,1% en 1996, 67,3% en 1998, y 74,9% en 1999. Igualmente, ha aumentado la proporción de urgencias por reacción aguda a heroína en que se menciona consumo de cocaína, pasando de 26,1% en 1996 a 46,9% en 1999. Finalmente, la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cocaína ha pasado de 12,7% en 1984 a 20,7% en 1991, 32,1% en 1996 y 63,2% en 1999 (Figura 4.21).

■ La extensión de los problemas por cocaína en España muestra un claro patrón geográfico

A lo largo de esta década se ha producido en España una extensión de los problemas por cocaína que ha seguido un claro patrón geográfico de extensión por contigüidad. Si se observa la evolución de la tasa anual de admisiones a tratamiento por cocaína por primera vez en la vida entre 1991 y 1999, se aprecia que

en el trienio 1991-1993 la única comunidad autónoma con más de 5 tratamientos por cien mil habitantes era Canarias, en el trienio 1994-1996, se habían unido ya a la anterior, Murcia, Cataluña y Melilla, y finalmente, en el trienio 1997-1999, se habían incorporado a este grupo la mayor parte de las comunidades, observándose más de 10 primeros tratamientos por cien mil habitantes en Canarias (39,9), la Comunidad Valenciana (18,3), Cataluña (18,1), Murcia (16,4), Melilla (11,2), Madrid (10,8) y Baleares (10,2) (Figura 4.22). Da la impresión de que los problemas por cocaína se han ido extendiendo desde Canarias y las comunidades de la Costa Mediterránea al resto del país.

CONCLUSIONES

Todas las evidencias apuntan a que en la última década, pero particularmente en la segunda mitad, se ha producido un aumento espectacular de los problemas por cocaína. Si esta evolución continúa en los próximos años, lo que es muy probable, el volumen global de problemas por cocaína será pronto tan importante como el volumen de problemas por heroína.

A pesar del aumento del consumo de cocaína entre la población consumidora de opiáceos, puede afirmarse que el gran aumento de los problemas por cocaína no está vinculado a los consumidores de heroína u opiáceos, ni a la adopción de vías de administración de la cocaína más problemáticas como la inyectada o la fumada. De hecho, ha aumentado de forma importante la proporción de tratados por cocaína o atendidos en urgencias por problemas por cocaína que no consumen heroína u otros opiáceos. Además, ha aumentado también notablemente la proporción de tratados por cocaína que usan la vía intranasal (esnifada) para consumir esta droga.

Da la impresión de que en los últimos años entre los consumidores de cocaína no ha aumentado el consumo de otras drogas ilegales como el cánnabis, las anfetaminas, el éxtasis, o los alucinógenos —las evidencias, aunque se necesita confirmación, parecen indicar que el consumo ha descendido—. Sin embargo, ha aumentado de forma importante el consumo de

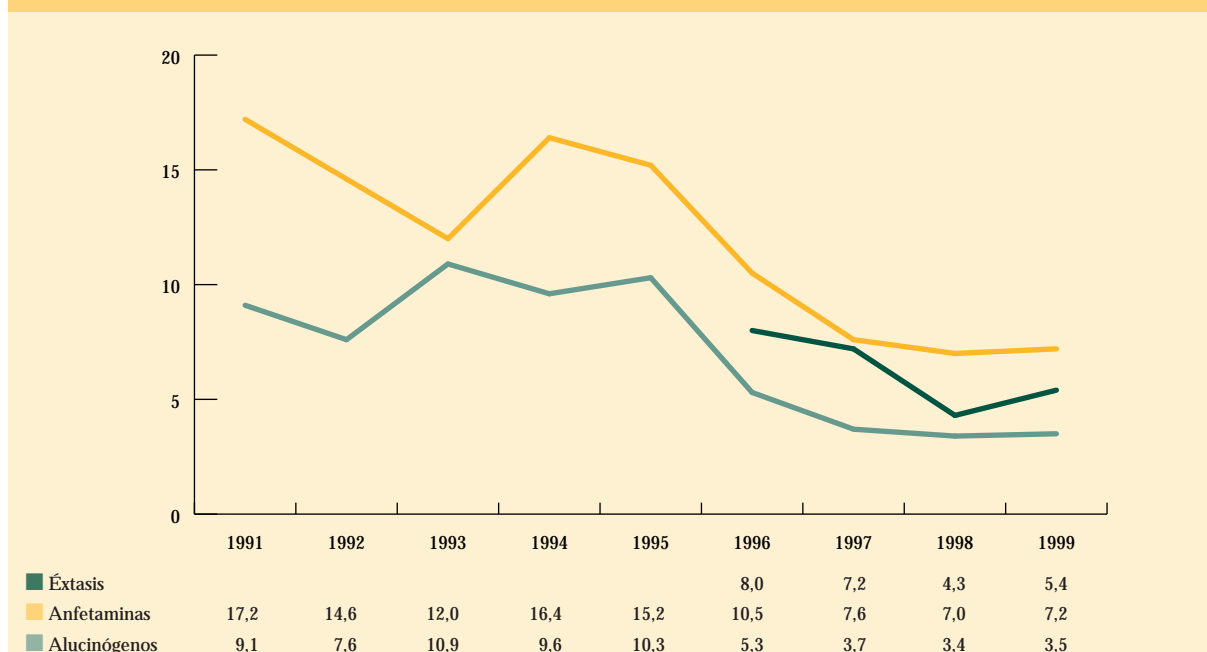
alcohol en esta población. Este fenómeno puede ser muy relevante desde el punto de vista sociosanitario, por los problemas asociados al consumo conjunto de estas dos sustancias.

El aumento del número de consumidores que adoptan patrones de consumo problemáticos hace necesario el diseño de programas dirigidos a este colectivo, en particular entre los esnifadores de cocaína, para aliviar algunos problemas específicos de estos grupos y reducir el riesgo de transición hacia otras vías de administración o hacia consumos más intensivos. Sigue siendo necesario evitar la extensión de los patrones de consumo más peligrosos (cocaína inyectada o fumada en forma de base libre) fuera de la población de consumidores de opiáceos, puesto que con el elevado número de esnifadores existentes, existe el riesgo de que crezca el volumen de personas que se decidan a explorar estas nuevas vías de administración.

Con la nueva situación surgen también nuevas necesidades en materia de investigación. Es importante conocer con más detalle el perfil

sociodemográfico, los patrones de consumo y los cuadros clínicos de las personas que demandan atención sanitaria por cocaína, en especial los que acuden a los servicios de tratamiento y de urgencias. Da la impresión de que los consumidores de cocaína que acuden a tratamiento no presentan problemas tan graves, desde el punto de vista social o sanitario, como los que han presentado los consumidores de heroína en los últimos años, particularmente en lo que toca a su situación laboral (están parados en mucha menor proporción que los consumidores de heroína) o a la presencia de enfermedades transmisibles como la infección por VIH o la hepatitis. De cualquier forma, es necesario realizar estudios en este sentido, porque hay otros problemas que seguramente se asocian fuertemente con el consumo de cocaína como los problemas mentales, neurológicos o cardiovasculares. Es importante también investigar los probables cambios que, en relación con las demandas formuladas por los consumidores de cocaína, vayan a recibir los servicios de tratamiento.

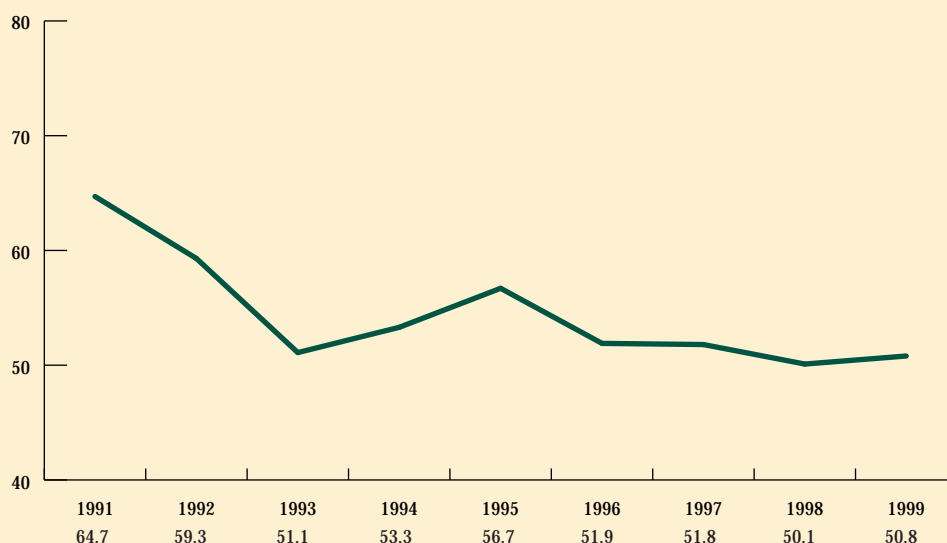
Figura 4.19. Evolución de la proporción del consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos entre los admitidos por primera vez a tratamiento por cocaína en España, 1991-1999.



Nota indicador tratamiento: Los porcentajes están calculados sobre el número total de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

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

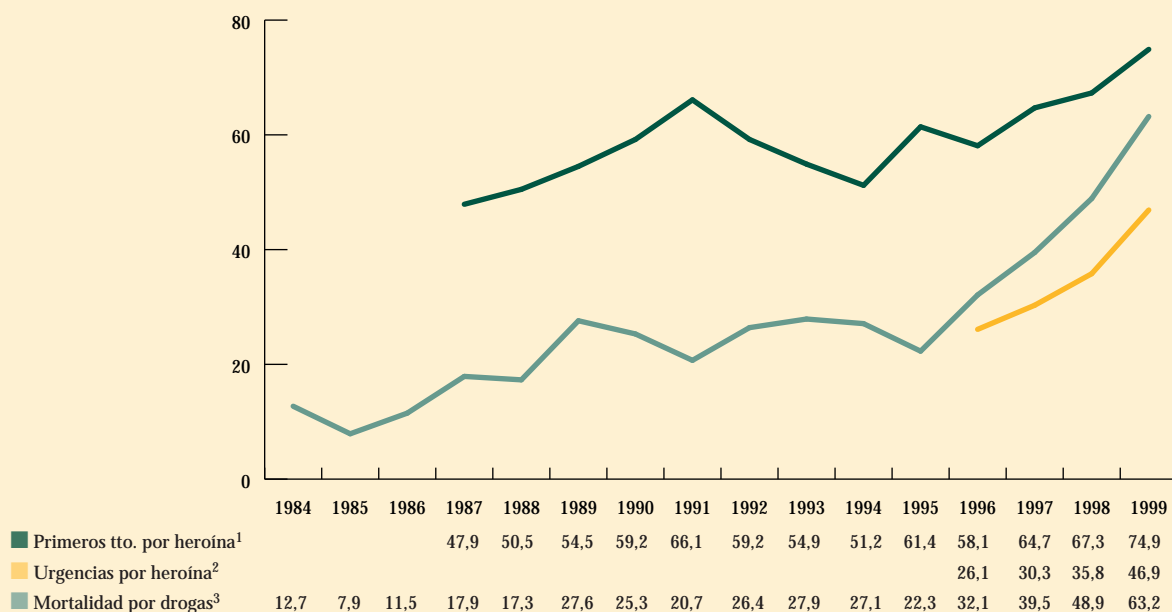
Figura 4.20. Evolución de la proporción del consumo de cannabis entre los admitidos por primera vez a tratamiento por cocaína en España, 1991-1999.



Nota indicador tratamiento: Los porcentajes están calculados sobre el número total de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

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

Figura 4.21. Evolución del consumo de cocaína entre los consumidores de heroína en España, 1984-1999.



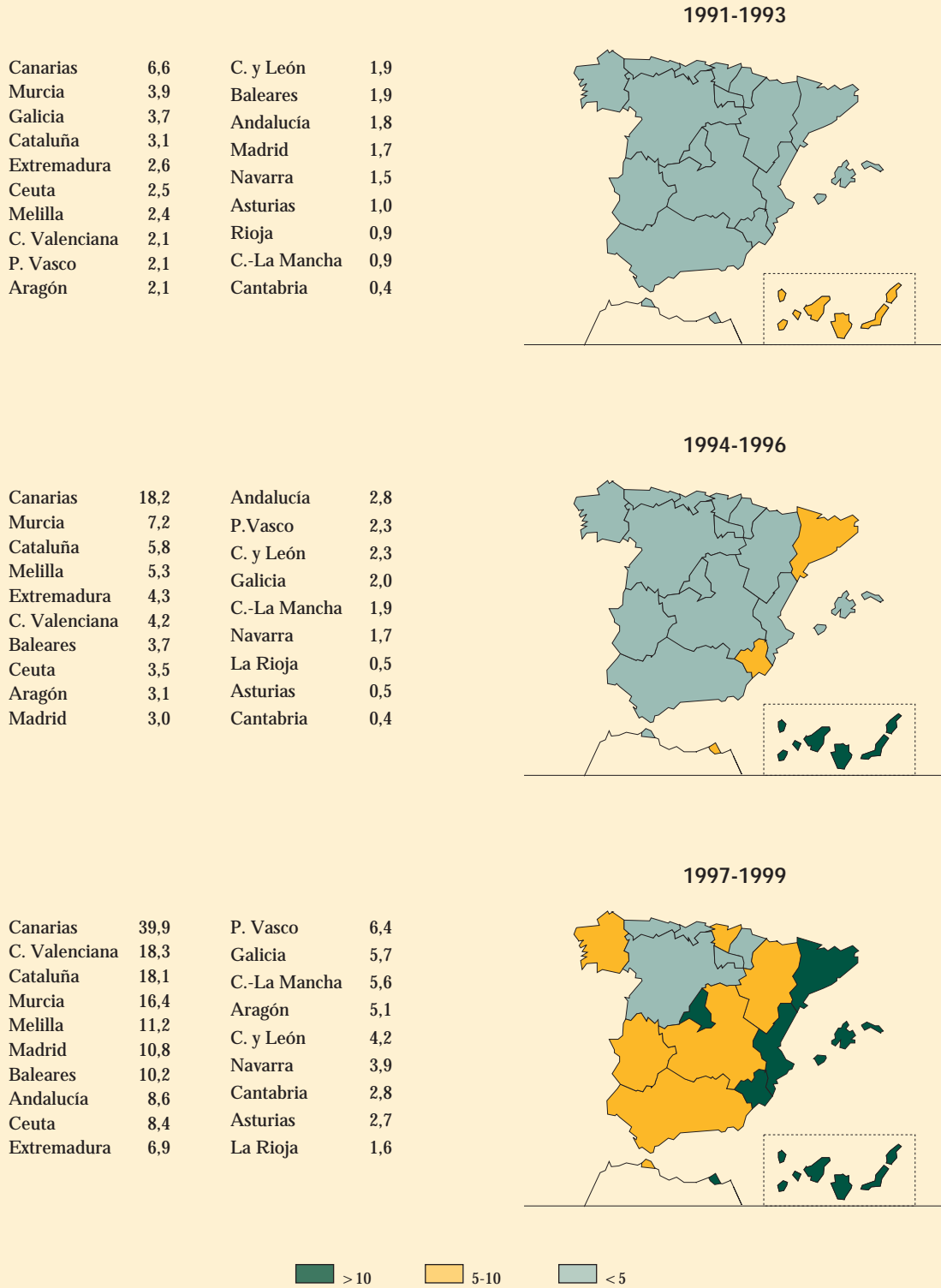
1. Porcentaje de admitidos por primera vez a tratamiento por heroína que ha consumido cocaína en los 30 días previos al tratamiento. Los porcentajes están calculados sobre el número total de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

2. Porcentaje de urgencias provocadas por heroína en las que se menciona el consumo de cocaína. Los porcentajes están calculados sobre el número total de casos con información sobre las sustancias consumidas habitual y esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

3. Porcentaje de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en que se detectó cocaína.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad.

Figura 4.22. Tasa anual de las primeras admisiones a tratamiento por cocaína por 100.000 habitantes según CCAA. España, 1991-1999.



Nota: Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población de derecho a 1 de marzo de 1991. Censo de población y vivienda 1991. Muestra avance, principales resultados. INE 1992.

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

5

Indicadores sanitarios

1. INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El indicador urgencias recogió en 1999 un total de 2.141 episodios de urgencias hospitalarias por reacción aguda tras consumo de sustancias psicoactivas, registrados en los 60 hospitales de 11 Comunidades Autónomas que cubrieron el indicador en 1999. Es preciso tener en cuenta que hasta 1995 el indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo, habiéndose limitado a partir de 1996 la recogida de información a una semana de cada mes, seleccionada aleatoriamente. Las variaciones de la cobertura del indicador urgencias no permiten establecer una comparación directa del número total de urgencias entre distintos años; sin embargo, el indicador puede considerarse útil para conocer la evolución general de las mismas y las características de las personas que acudieron a los servicios de urgencia por problemas relacionados con el uso de drogas.

Por primera vez, desde que existe el indicador, en 1999 la cocaína (48,1%) fue la droga mencionada con mayor frecuencia en las urgencias, seguida de la heroína (41,9%), los hipnosedantes (25,1%) y los opioides distintos de la heroína (23,4%). Hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica y no de que la urgencia haya sido provocada por las mismas o esté relacionada con su consumo. Con respecto a años anteriores se observa una disminución

importante de las menciones de heroína (61,5% en 1996 y 41,9% en 1999) y un aumento importante de las de cocaína (27,4% en 1996 y 48,1% en 1999) (Figura 5.1) (Tabla 5.1).

De forma parecida a lo que sucedía con las drogas mencionadas, las drogas relacionadas con la urgencia (aquellas a las que se vincula o atribuye el episodio de urgencia) fueron la cocaína (39,4%), la heroína (33%), los hipnosedantes (23,8%) y el alcohol (20%). La evolución de esta variable ha seguido una tendencia similar a la de las drogas mencionadas (Tabla 5.1.1). A la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias drogas. Además, la información sobre la relación entre las urgencias y el consumo de una determinada droga puede tener algunos problemas de validez. De hecho, es muy probable que los médicos utilicen criterios dispares a la hora de relacionar o no un episodio de urgencia con una droga concreta, y que los que recogen la información interpreten de forma diferente las expresiones que utilizan los médicos para referirse a esta relación.

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas hay que tener en cuenta que esta variable presentó una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben tomarse con bastante cautela. La vía parenteral predominó en las urgencias con mención de heroína (en un 58,6% de las urgencias en que se mencionó esta droga se indicaba en la historia que ésta era la vía más frecuente o habitual de con-

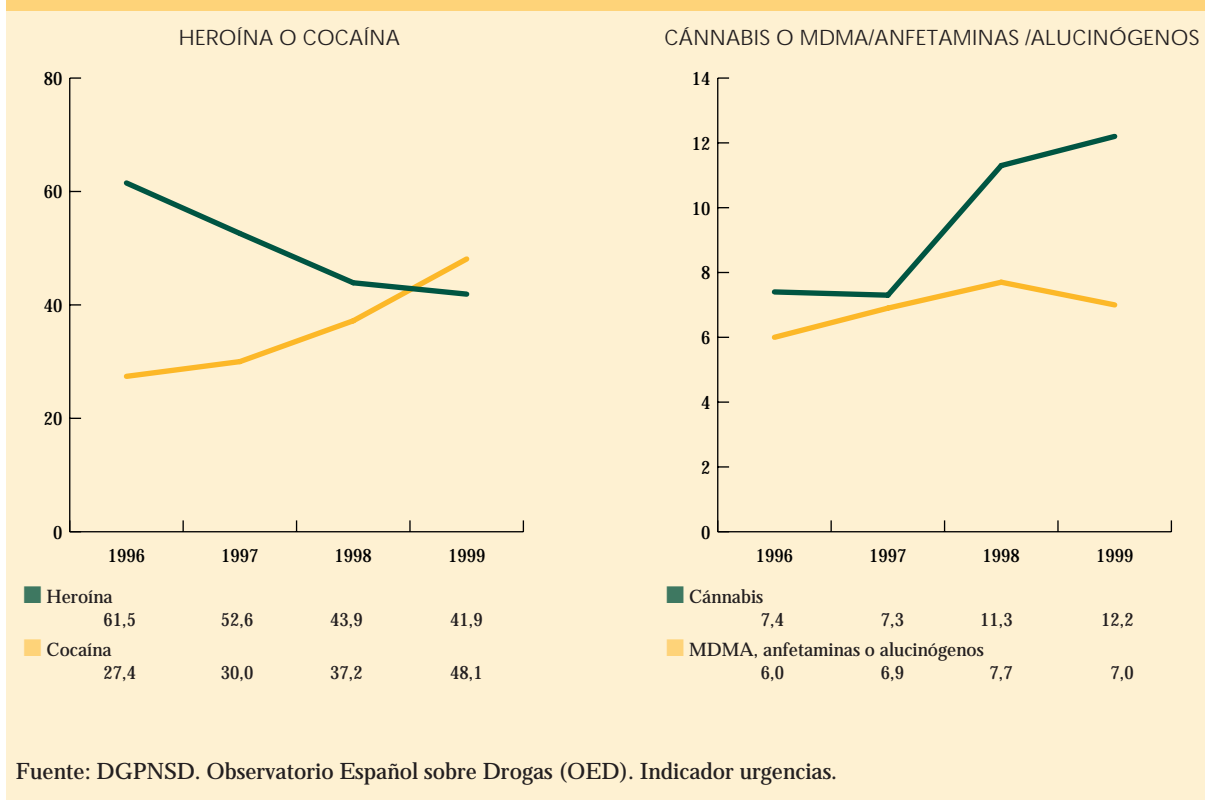
Tabla 5.1. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes). 1996-1999.

	1996	1997	1998	1999
Nº de episodios	2.585	1.933	2.099	2.141
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4
Sexo				
Hombres	78,6	79,2	76,9	76,5
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5
Sustancias psicoactivas*				
Heroína	61,5	52,6	43,9	41,9
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4
Cocaína	27,4	30,0	37,2	48,1
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1
S. Volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0
Sustancias psicoactivas relacionadas				
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	1,8
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3
Diagnóstico				
Sobredosis o intoxicación aguda	34,8	33,0	43,3	44,0
Síndrome abstinencia	37,2	41,6	32,0	28,1
R. orgánica aguda no infecciosa	16,9	16,3	13,4	14,8
Problemas psicopatológicos	11,1	9,0	11,4	13,1
Condición legal				
Detenido	14,4	22,3	11,7	9,4
No detenido	85,6	77,7	88,3	90,6
Resolución urgencia				
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9

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

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

Figura 5.1. Evolución de la proporción de episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en que se mencionaron algunas drogas. España, 1996-1999.



sumo) y en los episodios con mención de cocaína (37,7%). La vía pulmonar (fumada) predominó en el caso del cánnabis (97,4%); aunque también se observó un porcentaje importante de urgencias con consumo por esta vía en el caso de la heroína (42,9%) y la cocaína (33,8%). La vía oral predominó en las urgencias con mención de éxtasis (100%), hipnosedantes (98,4%), anfetaminas (95,6%) y alucinógenos (94,7%). La vía intranasal (esnifada) no predominó para ninguna droga, aunque se observó una proporción importante de usuarios por esta vía en el caso de las urgencias con mención de cocaína (30,1%). Entre 1996 y 1999 las vías de administración de la heroína y la cocaína citadas en urgencias han seguido una evolución distinta a las del indicador tratamiento. Así, en urgencias, la vía de administración más frecuente de la heroína continúa siendo la parenteral, mientras que en tratamiento es la pulmonar. Entre 1996 y 1998 descendió algo la proporción de urgencias con mención de heroína, en las que se citaba el

consumo de esta droga por vía parenteral (62,1% en 1996 y 50,6% en 1998), pero en 1999 se ha quebrado la tendencia (58,6%). Igualmente, en urgencias, al contrario que en tratamiento, la parenteral sigue siendo la vía más frecuente para consumir cocaína, aunque en este caso ha descendido de forma importante la proporción de sujetos atendidos que la utilizan (50,4% en 1996 y 37,7% en 1999).

La mayor parte de las personas atendidas en urgencias por reacción aguda a drogas eran varones (76,5%), proporción algo inferior a la de los indicadores tratamiento (84,9%) y mortalidad (85,7%) (Tabla 5.1). Según la droga mencionada en la urgencia, el porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnóticos o sedantes (35,4%) (Tabla 5.2). La edad media de todas las personas implicadas en episodios de urgencias por reacción aguda a drogas fue 29,4 años. Las personas implicadas en urgencias en las que se menciona éxtasis fueron las que presen-

Tabla 5.2. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según las sustancias mencionadas (número absoluto, media y porcentaje). 1999.

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.	Hipnosedantes	Cannabis	Alucinógenos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios	880	490	1010	57	65	527	257	45	2	462	43
Edad media (años)	30,0	30,6	29,1	26,3	22,4	30,8	26,3	23,8	26,0	29,4	29,6
Sexo											
Hombres	82,3	78,8	79,3	82,5	80,0	64,6	79,9	72,7	100,0	73,0	69,8
Mujeres	17,7	21,2	20,7	17,5	20,0	35,4	20,1	27,3	0,0	27,0	30,2
Diagnóstico											
Sobredosis o intoxicación aguda	35,6	37,1	43,6	40,4	46,9	69,7	40,0	42,2	100,0	65,0	46,3
Síndrome abstinencia	39,8	47,2	19,6	12,3	6,3	15,9	10,4	4,4	0,0	4,9	17,1
R. orgánica aguda	16,4	8,9	18,6	12,3	10,9	5,4	16,4	2,2	0,0	11,3	12,2
R. psicopatológica aguda	8,2	6,8	18,1	35,1	35,9	9,0	33,2	51,1	0,0	18,8	24,4
Condición legal											
Detenido	14,7	12,0	7,3	3,5	3,1	7,0	2,3	0,0	0,0	2,8	9,3
No detenido	85,3	88,0	92,7	96,5	96,9	93,0	97,7	100,0	100,0	97,2	90,7
Resolución urgencia											
Alta médica	79,3	82,8	81,6	86,3	77,0	78,0	82,7	76,2	50,0	77,5	75,0
Alta voluntaria	8,9	7,5	6,8	2,0	4,9	11,9	4,6	4,8	50,0	11,6	5,0
Ingreso hospitalario	8,2	6,3	7,2	9,8	9,8	6,9	6,8	9,5	0,0	6,4	12,5
Muerte en urgencias	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,3	3,2	4,2	2,0	8,2	3,2	5,5	9,5	0,0	4,5	7,5

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

taron una edad media más baja (22.4 años), seguidas de las atendidas por alucinógenos (23,8 años) y anfetaminas o cánnabis (26.3 años). Por su parte, las personas de más edad correspondieron a las urgencias en que se mencionaron hipnosedantes (30.8 años), opioides diferentes a la heroína (30.6 años) o heroína (30 años) (Tabla 5.2).

La clasificación diagnóstica que proporciona el indicador es muy somera (sólo cinco categorías). La sobredosis o intoxicación aguda (44%) y el síndrome de abstinencia (28,1%) fueron los diagnósticos más frecuentes en las urgencias por reacción aguda a drogas (Tabla 5.1). Hay que tener en cuenta que no se incluyen las urgencias indirectamente relacionadas con el consumo de drogas como, por ejemplo, los problemas infecciosos o los accidentes.

La mayoría de las urgencias se resolvieron con alta médica (80,9%). Un 0,2% de las urgencias se resolvió con la muerte del paciente en el servicio de urgencias (una en Castilla y León y dos en Cataluña). Un 6,5% precisó ingreso hospitalario y en un 3,9% de los episodios el paciente fue trasladado a otro hospital para valoración y/o tratamiento (Tabla 5.1). Estratificando según las sustancias mencionadas, se observa que la mayor proporción de ingresos hospitalarios se produjo en el caso de las anfetaminas y el éxtasis (9,8%) y de los alucinógenos (9,5%) (Tabla 5.2). A la hora de interpretar los datos, hay que tener en cuenta que es probable que una proporción importante de los episodios que generan ingresos hospitalarios se pierda porque la historia no se encuentre en el archivo de urgencias en el momento de realizar la revisión.

2. TUBERCULOSIS EN CONSUMIDORES DE DROGAS

La tuberculosis es un problema de salud pública importante, que afecta con frecuencia a los consumidores de drogas, particularmente a los infectados por el VIH. Con independencia de la epidemia de VIH/sida, el consumo de drogas, en especial el alcoholismo, se ha considerado tradicionalmente un factor de

riesgo de infección y enfermedad tuberculosa, lo que puede ser atribuible a las condiciones y estilos de vida de los consumidores, o a determinadas alteraciones biológicas provocadas por el consumo.

Los elementos fundamentales para el control de la tuberculosis son el diagnóstico precoz y la instauración y cumplimiento del tratamiento, además de la detección de contactos y la profilaxis antituberculosa. En este sentido, hay evidencias de que los consumidores de heroína o cocaína, en concreto los inyectores, no completan adecuadamente estos tratamientos, lo que facilita la persistencia de la enfermedad en los propios afectados, su transmisión a otros grupos de población y la aparición y diseminación de bacilos resistentes a los fármacos anti-tuberculosos habituales. Para asegurar el cumplimiento del tratamiento antituberculoso por parte de estos consumidores a veces se realizan tratamientos directamente observados (TDO). Por otra parte, se está evidenciando cada vez con mayor claridad que uno de los marcos más adecuados para realizar diagnóstico precoz de la tuberculosis y TDO son los programas de mantenimiento con metadona u otros opiáceos.

En España hay poca información sobre la incidencia y características de la tuberculosis en grupos específicos de alto riesgo como los consumidores de drogas. Sin embargo, un estudio publicado en 1999 por el Instituto de la Salud Carlos III ha permitido obtener algunos datos en este sentido. En este estudio, denominado *Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT)*, participaron 96 Áreas de Salud de 13 Comunidades Autónomas, cubriendo un 67% de la población española.

Los resultados más importantes del PMIT desde la perspectiva de los consumidores de drogas son los siguientes:

- Entre mayo de 1996 y abril de 1997 la incidencia anual de tuberculosis, en el ámbito global del estudio, fue de 38,5 casos por 100.000 habitantes, con variaciones muy importantes entre las distintas Comunidades Autónomas, con rangos que oscilan entre 70,7/100.000 en Galicia a 16,2/100.000 en Castilla-La Mancha.

Un 36% de los casos presentaban microscopía de esputo positiva para el bacilo de la tuberculosis (bacilíferos), lo que significa que podían transmitir con facilidad la infección a otros. Si situamos estos datos en el contexto europeo se comprueba que España es uno de los países de la Unión Europea con mayor incidencia de tuberculosis. Además, al contrario de lo que sucede en otros países industrializados, en España un número importante de los casos se corresponden con sujetos de menos de 45 años.

■ El factor de riesgo detectado con mayor frecuencia en los casos de tuberculosis fue el consumo de drogas, presente en el 26,9% de los casos. De hecho, un 13,8% del conjunto de casos se había inyectado drogas alguna vez en la vida, un 11,6% tenía antecedentes de alcoholismo y un 4,2% había consumido heroína o cocaína por otras vías.

■ Un 4% de los casos de tuberculosis había estado al menos 6 meses en prisión antes de ser diagnosticados de esta enfermedad.

■ Los casos de tuberculosis con antecedentes de alcoholismo son bacilíferos en una proporción mucho más elevada que los que no tienen estos antecedentes (55,1% frente a 33,5%). Además, una vez que se inician los síntomas de la enfermedad, los pacientes con antecedentes de alcoholismo tardan más en acudir a la primera consulta y en recibir tratamiento antituberculoso.

■ Al menos un 17,7% de los pacientes con tuberculosis estaban a su vez infectados por el VIH. La mayoría de los coinfectados por el VIH y el bacilo de la tuberculosis se habían inyectado drogas alguna vez en la vida (69,5%).

■ Sólo un 5,4% de los casos estaban realizando un TDO, siendo esta proporción algo más elevada (13,8%) entre los consumidores de drogas (inyectores, ex-inyectores o consumidores de heroína o cocaína por otras vías) y entre las personas con antecedentes de consumo de alcohol (9,9%).

CONCLUSIONES

Entre los casos de tuberculosis diagnosticadas en nuestro país, el factor de riesgo detectado con mayor frecuencia es el consumo de drogas.

Teniendo en cuenta que las proporciones de TDO citadas son muy bajas y que para el control de la tuberculosis es muy importante cumplir adecuadamente el tratamiento antituberculoso, habría que aumentar con urgencia la proporción de consumidores de drogas y alcohol con tuberculosis en los que se realiza TDO.

3. CASOS DE SIDA ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA

El número de nuevos diagnósticos de sida ha descendido en los últimos años, debido al conjunto de los avances de la lucha contra el sida, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria, pero fundamentalmente como consecuencia de los nuevos tratamientos antirretrovirales. Estos tratamientos han disminuido también la letalidad del sida, de forma que los enfermos viven más tiempo, como acredita el que el número de enfermos vivos haya aumentado hasta situarse en cerca de 20.000. Hay que tener en cuenta que al hablar de casos de sida nos referimos a una consecuencia tardía de la infección por el VIH. Por lo tanto, estos datos pueden no reflejar la incidencia actual de nuevas infecciones. En cualquier caso, el descenso en la incidencia de sida es un dato positivo que indica una mejoría importante en el pronóstico y calidad de vida de las personas infectadas.

Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, hasta el 31 de diciembre de 2000 se habían diagnosticado en España un total de 59.466 casos de sida y en el 53,3% de ellos se había notificado ya su fallecimiento. Del total de casos diagnosticados, 38.765 estaban relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral, lo que representaba el 65,2%. Es muy importante tener en cuenta que el registro de sida es acumulativo y sufre un cierto retraso en la notificación, por lo que estas cifras pueden sufrir algunas modificaciones posteriormente.

Entre los casos diagnosticados a lo largo del año 2000 (1.744) la proporción atribuible al consumo de drogas por vía parenteral es más baja (56%), lo que se confirma tanto en hombres (59%) como en mujeres (48%). En los

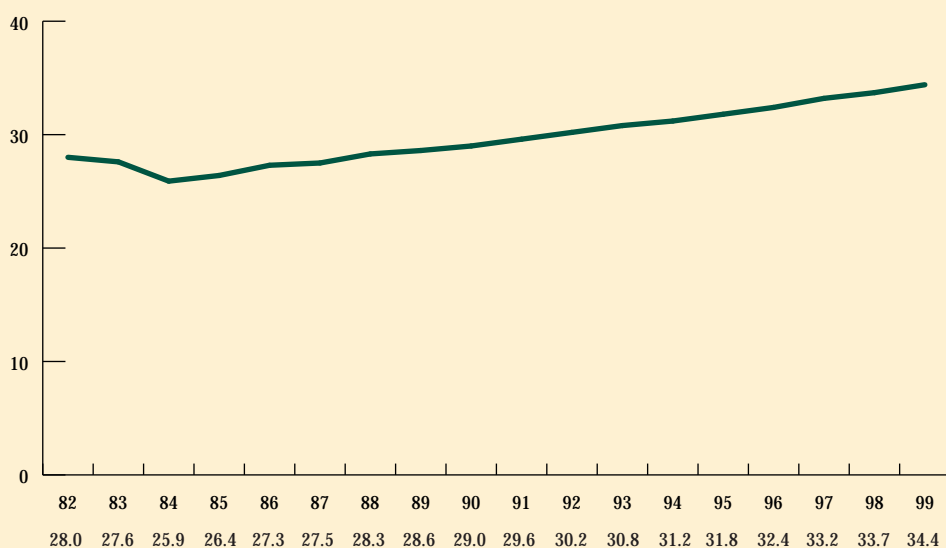
últimos años se observa un progresivo aumento de la proporción de casos de sida debidos a la transmisión sexual del VIH, en detrimento de los debidos a la inyección de drogas con material contaminado.

A continuación se analiza de forma más detallada el grupo de casos de sida-UDVP diagnosticados en 1999 (debido al retraso en la notificación no se dispone de los datos para el 2000). Su edad media fue de 34.6 años, observándose una tendencia al envejecimiento progresivo cuando se compara con los casos diagnosticados en años anteriores: 26.4 años en 1985, 29 años en 1990 y 34.4 en 1999 (Figura 5.2). Las diferencias interautonómicas en el

número de casos diagnosticados por millón de habitantes siguen siendo muy pronunciadas, siendo Madrid (67,6/1.000.000), Baleares (63,5/1.000.000), La Rioja (54,1/1.000.000) y el País Vasco (53,8/1.000.000) las Comunidades Autónomas con tasas más elevadas y Ceuta (13,7/1.000.000), Canarias (15,0/1.000.000), Asturias (15,2/1.000.000) y Extremadura (17,5/1.000.000) las comunidades con tasas más bajas (Figura 5.3).

La tendencia del número de casos de sida relacionados con el consumo de drogas diagnosticados anualmente es claramente descendente, tras el máximo alcanzado en el año 1994 (Figura 5.4).

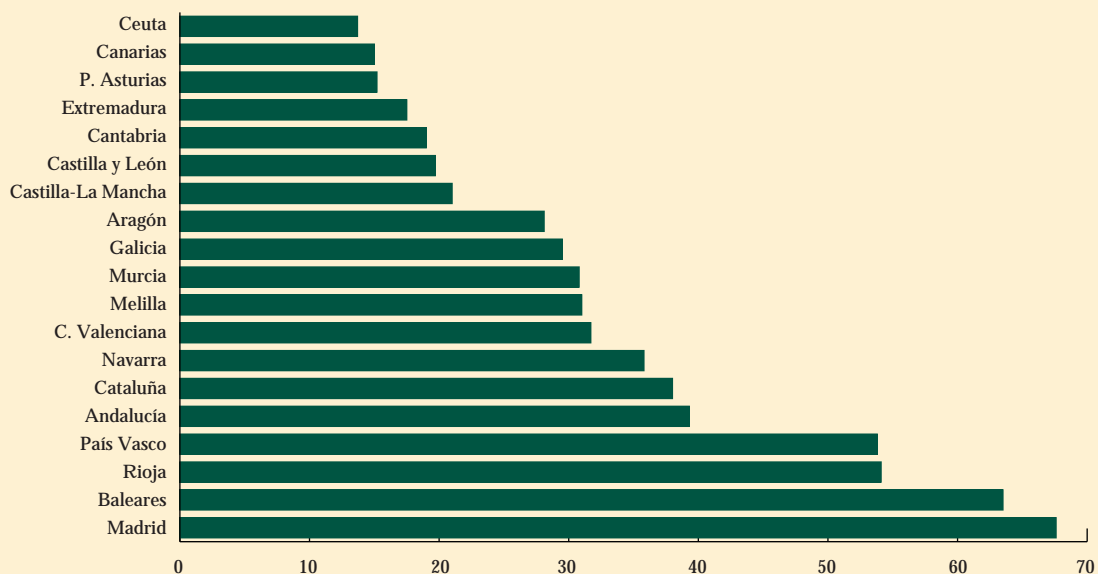
Figura 5.2. Evolución de la edad media de los casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (años). España, 1982-1999*.



* Fecha de actualización 31 de diciembre de 2000. Debido al retraso en la notificación de los casos no se dispone de los datos del año 2000.

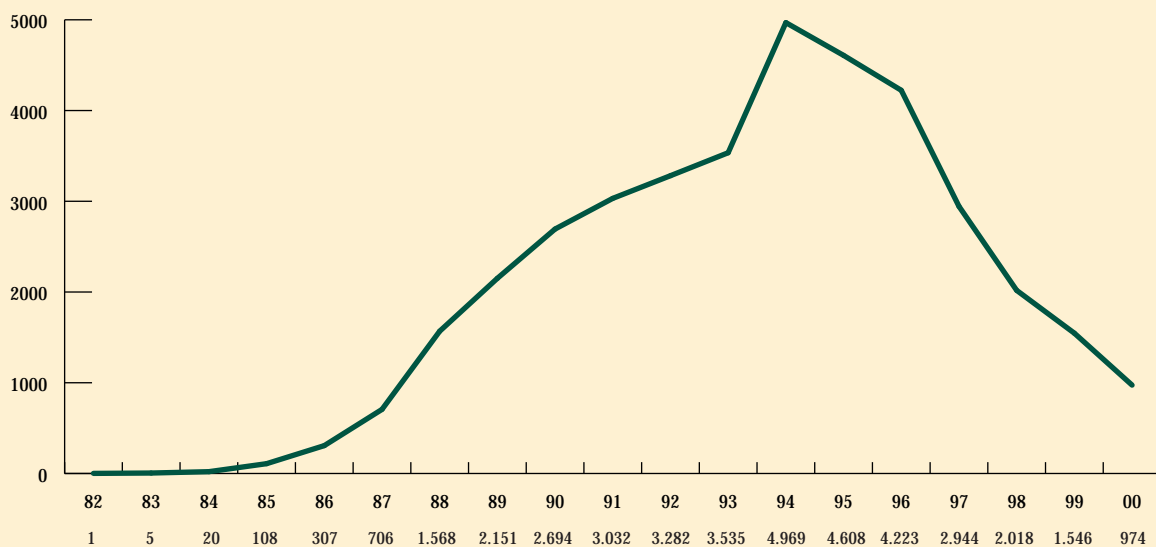
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

Figura 5.3. Casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa diagnosticados (tasa por millón de habitantes). España, 1999.



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

Figura 5.4. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (número). España, 1982-2000*.



* Fecha de actualización 31 de diciembre de 2000.

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

6

Indicadores de inserción-reinserción

1. INDICADORES DE INSERCIÓN-REINSERCIÓN

Los programas y servicios desarrollados por las Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Organizaciones No Gubernamentales para facilitar la incorporación social de los drogodependientes se dirigen fundamentalmente a cubrir tres tipos de necesidades: el apoyo residencial, la formación y la integración laboral.

La información recogida de las Comunidades Autónomas acerca del número de usuarios de los distintos tipos programas y servicios durante 1999, confirma el aumento experimentado en los usuarios de los programas de formación e integración laboral, cuyo número creció respectivamente un 10,8 y un 20,8% con respecto al año anterior. Por el contrario, los usuarios de los recursos de apoyo residencial descendieron un 15% (Figura 6.1).

Entre los recursos de apoyo residencial, los pisos siguen siendo los más utilizados, con 2.265 del total de 2.762 usuarios de estos servicios, que incluyen también residencias y familias de acogida (Figura 6.1.2) Las Comunidades de Castilla y León (454) y el País Vasco (305) son las que han acogido a más usuarios en este tipo de recursos (Tabla 6.1).

Las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y la formación laboral han sido las iniciativas priorizadas en el marco de los programas de formación frente a

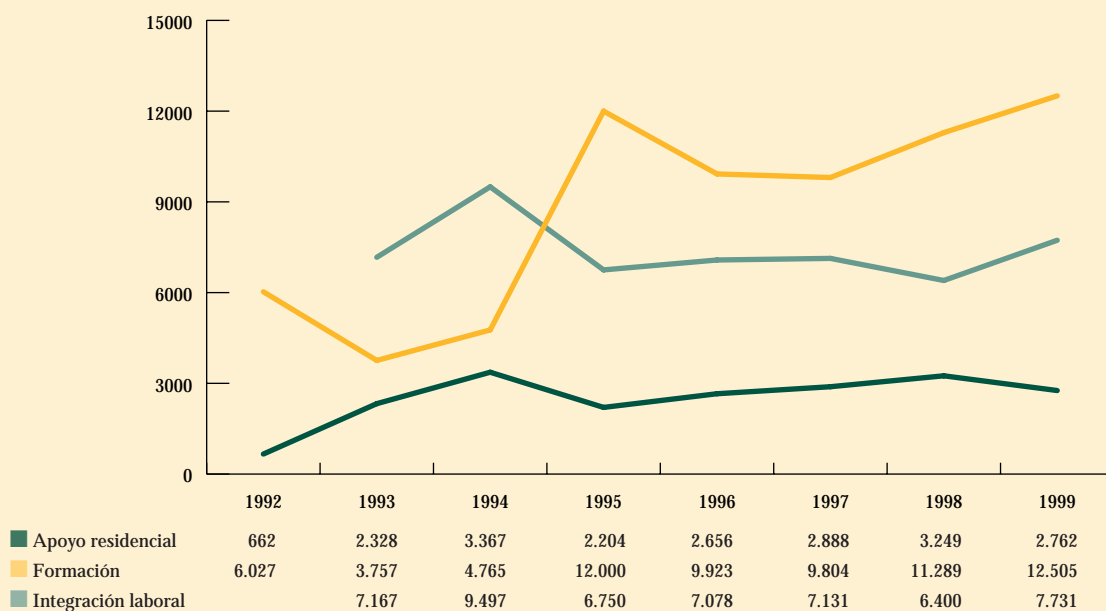
cursos reglados u otro tipo de acciones formativas (Figura 6.3).

Los programas de integración laboral para drogodependientes contemplan una variada gama de iniciativas, entre las que se incluyen contrataciones subvencionadas a empresas, formación/empleo remunerados (escuelas taller y casas de oficios del Instituto Nacional de Empleo), programas especiales de empleo, programas financiados por el Fondo Social Europeo y empleo ofertado por los ayuntamientos.

Los programas especiales de empleo, dirigidos fundamentalmente a jóvenes desempleados, han sido los más utilizados para la incorporación laboral de drogodependientes. De los 7.731 usuarios totales de estos programas, 5.874 corresponden a estos programas especiales de empleo. Destacan las Comunidades Autónomas del País Vasco y Canarias por el número de usuarios que se han beneficiado tanto de estos programas de integración laboral como de los programas de formación (Tabla 6.1).

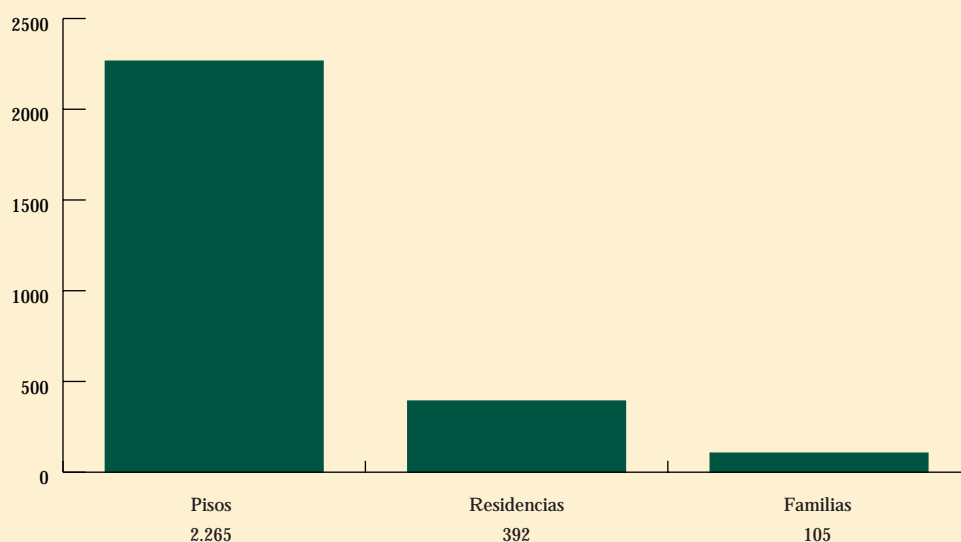
La evolución del número de usuarios de los programas y recursos para la incorporación social desde 1992 hasta 1999 (Figura 6.1) muestra el importante crecimiento de los recursos de apoyo residencial, que han pasado de 662 en 1992 a 2.762 en 1999 y de los programas de formación, que se han duplicado en este mismo periodo. Los usuarios de los programas de integración laboral, sin embargo, aumentaron sólo en un 6,3% en el periodo 1993-99.

Figura 6.1. Evolución del número de usuarios de programas y recursos para la incorporación social (números abosultos). España, 1992-1999.



Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

Figura 6.2. Número de usuarios de los recursos de apoyo residencial para la incorporación social del drogodependiente (números absolutos). España, 1999.



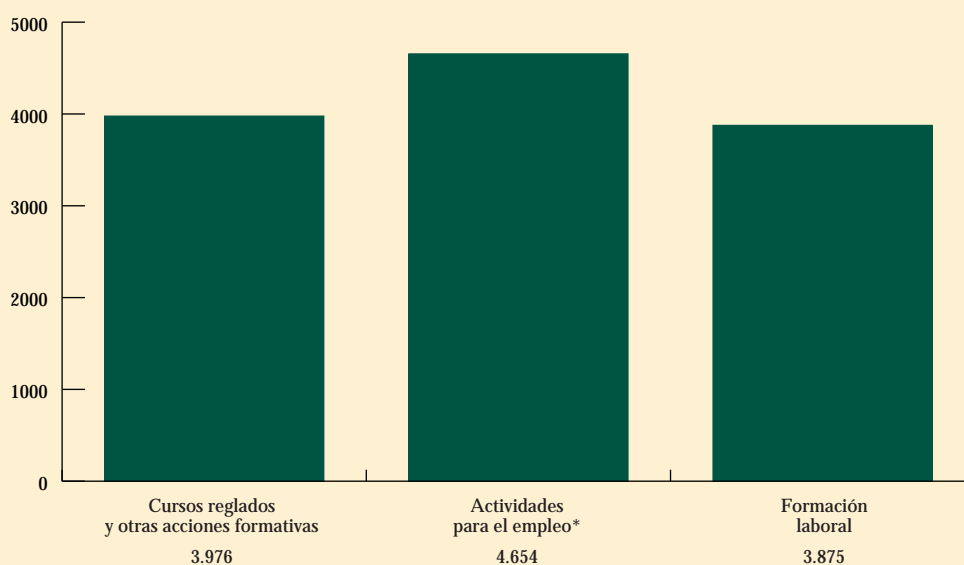
Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

Tabla 6.1. Programas de incorporación social por comunidades autónomas: tipo, número de programas y números de usuarios. España, 1999.

	Recursos de apoyo residencial		Programas de formación		Programas de integración laboral	
	Nº	Nº usuarios	Nº	Nº usuarios	Nº	Nº usuarios
Andalucía	8	258				426
Aragón	6	191	13	196	8	39
Asturias	4	179	18	96	5	284
Baleares	43	234	27	1.404	12	305
Canarias	6	135	83	2.656	53	774
Cantabria	1	5	2	24	1	24
Castilla-La Mancha	4	153	3	152	3	270
Castilla y León	22	454	131	1.259	6	46
Cataluña	11	140				
C. Valenciana	12	189	9	120	3	60
Extremadura	7	225	27	1.017	3	181
Galicia	3	37	36	449	18	259
Madrid	10	164	103	1.307	5	75
Murcia			18	1.184	8	385
Navarra	1	5	16	542	4	89
País Vasco	16	305	10	1.918	14	4.327
La Rioja	2	88	6	62	10	157
Ceuta			7	103	1	30
Melilla			2	16		
Total	156	2.762	511	12.505	154	7.731

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

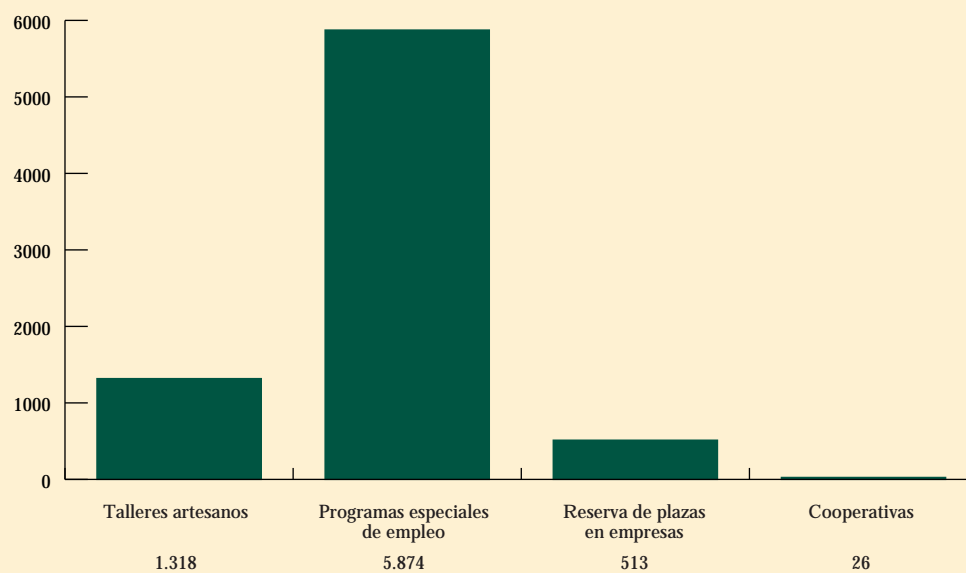
Figura 6.3. Número de usuarios de formación/educación para la incorporación social del drogodependiente (números absolutos). España, 1999.



* Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo.

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

Figura 6.4. Número de usuarios de programas de integración laboral para la incorporación social del drogodependiente (números absolutos). España, 1999.



Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

7

Indicadores de mortalidad

1. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS

Durante 1999 se amplió notablemente el nivel de cobertura del indicador de mortalidad del OED, al recoger información procedente de 104 partidos judiciales frente a los 86 partidos declarantes de 1998. La población cubierta fue aproximadamente de 15.600.000 habitantes, lo que representa un 39,1% de la población española.

La gran mayoría de las muertes registradas por el indicador fueron notificadas por los institutos anatómico forenses (IAF), aunque en algunos casos las notificaciones partieron de médicos forenses agrupados en otras entidades (clínicas forenses) o, de forma excepcional, de médicos forenses individuales. Los datos complementarios sobre toxicología proceden principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Madrid, Barcelona, Sevilla y La Laguna), aunque una proporción importante procede de otros laboratorios forenses o toxicológicos.

En 1999 este indicador registró un total de 489 muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas en el conjunto de todas las áreas monitorizadas, frente a las 472 de 1998, lo que supone un incremento del 3,6%, aumento que debe ser explicado por la ampliación de la cobertura poblacional del indicador en el último año. De estas muertes, 258 correspondieron a las cinco grandes ciudades españolas monitorizadas desde 1983. Como en años anteriores, la mayoría de las muertes (478) se debió al consumo de opiáceos o cocaína.

Tras el máximo alcanzado en 1991 (553), ha descendido de forma importante el número de fallecidos por reacción aguda a opiáceos o cocaína en el conjunto de las cinco grandes ciudades monitorizadas por el sistema (Figura 7.1). A pesar de que globalmente se produce un descenso del número de fallecidos, en 1999 en la ciudad de Barcelona se ha registrado un aumento del número de muertes (113 en 1998 y 121 en 1999) (Tabla 7.1). Se detectan diferencias geográficas importantes en las cifras de muertes por reacción aguda a drogas, con cifras más elevadas en Barcelona (8,0 muertes/100.000 habitantes) y Palma de Mallorca (5,3/100.000) y más bajas (menores de 3/100.000) en el resto de las cinco grandes ciudades y las demás áreas monitorizadas.

Del conjunto de los fallecidos, un 86,7% eran varones (un 85,3% en las cinco grandes ciudades y un 88,3% en el resto de áreas). La edad media de los fallecidos fue de 32,8 años, con una diferencia de algo más de un año y medio entre las cinco ciudades (33,3 años) y el resto de áreas (31,7 años). La edad media de los hombres (32,8 años) fue superior a la de las mujeres (30,5 años). La mayoría de los fallecidos con información sobre el estado civil estaban solteros (72,4%). Un 4% presentaba fuertes evidencias de suicidio y un 2,8% algún indicio o sospecha. Un 74% de los casos con información para esta variable presentaba signos recientes de venopunción, lo que sugiere que la gran mayoría de los fallecimientos se produjo tras el consumo de sustancias psicoactivas por vía parenteral. En cuanto al estado serológico

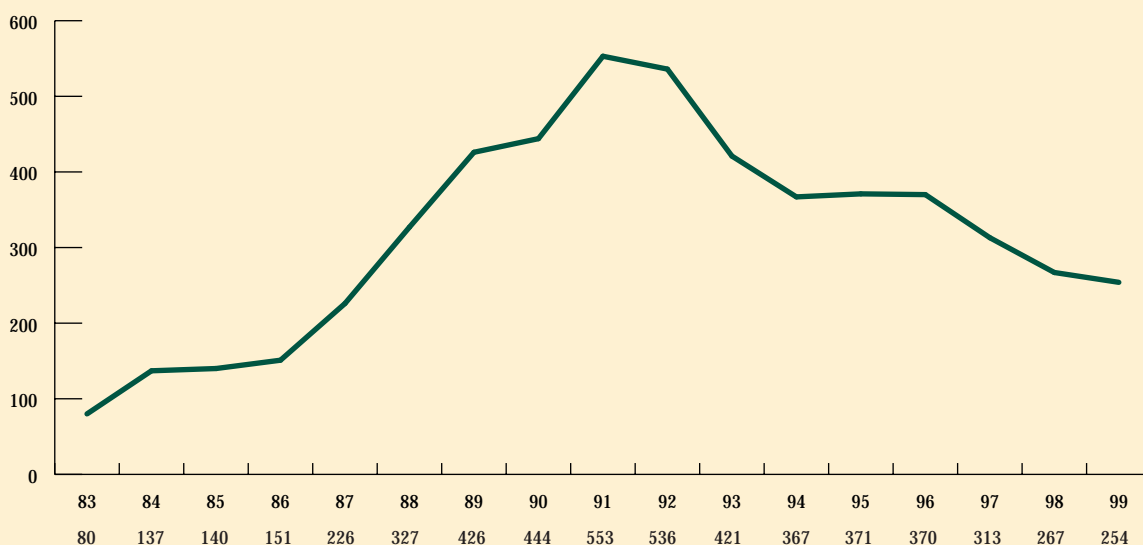
gico frente al VIH, hay que tener en cuenta que la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable es bastante elevada (44,2%), por lo que los resultados han de analizarse con cautela. De los casos con información sobre el estado serológico frente al VIH, un 48,4% eran positivos. En los 113 fallecidos, que además de conocerse el estado serológico se informa que tenían signos recientes de venopunción, la proporción de positivos sube hasta el 52,2% (Tabla 7.2).

Sería deseable contar con análisis toxicológicos en todos los casos de muerte no natural, incluidas las muertes por intoxicación o reacción aguda a cualquier tipo de droga. Sin embargo, en algunos casos de muerte por reacción aguda a drogas registradas no se dispone de estos resultados por causas diversas: no se solicitaron, la muestra no era adecuada, los resultados no habían llegado en el momento de la notificación, etc. La proporción de casos con resultados toxicológicos de muestras biológicas se ha ido incrementado progresivamente a lo largo de los años de funcionamiento del indi-

gador, siendo en 1999 de un 92% frente al 65,9% de 1993. En 1999, entre los casos con análisis toxicológico disponible, la mayoría fueron positivos para opiáceos (88%) o para cocaína (63,3%). En una proporción importante de casos se encontraron benzodiazepinas (44,8%), alcohol (38,5%) o cánnabis (14,3%). El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 5%. Hay que destacar la existencia de una proporción muy alta de analíticas positivas a cocaína en Baleares (82,1%), Canarias (79,4%), C.Valenciana (71,4%), Barcelona (66,4%) y Murcia (63,2%) (Tabla 7.3).

A partir de 1996 se han producido cambios importantes en el perfil toxicológico de los fallecidos por reacción aguda a drogas. De hecho, ha descendido la proporción de muertes en que se detecta heroína o sus metabolitos (88,5% en 1996 y 81,3% en 1999) o hipnosedantes (53% en 1996 y 46% en 1999); en cambio, ha aumentado extraordinariamente la proporción de muertes en que se detecta cocaína (26,6% en 1996 y 60% en 1999) o cánnabis (2,6% en 1996 y 16,2% en 1999) (Figura 7.2).

Figura 7.1. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en cinco grandes ciudades* españolas, 1983-1999.



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

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

Tabla 7.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas* en varias ciudades** españolas, según el año de fallecimiento. España, 1990-1999.

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

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

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

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

Tabla 7.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentaje). España, 1999.

	Cinco ciudades*	Otras áreas	Total
Número de fallecidos	258	231	489
Sexo			
Varones	85,3%	88,3%	86,7%
Mujeres	14,7%	11,7%	13,3%
Edad media (años)	33.3	31.7	32.5
Grupo de edad (años)			
15-19	2,8%	1,7%	2,3%
20-24	8,4%	7,0%	7,7%
25-29	18,0%	27,0%	22,3%
30-34	30,0%	33,9%	31,9%
35-39	22,4%	20,4%	21,5%
40-44	11,6%	7,0%	9,4%
> = 45	6,8%	3,0%	5,0%
Estado civil			
Soltero	68,5%	84,8%	72,4%
Casado	21,6%	10,6%	19,0%
Separado/Divorciado	8,9%	4,5%	7,9%
Viudo	0,9%	0,0%	0,7%
Procedencia del cadáver			
Domicilio	53,0%	50,7%	51,9%
Hotel/Pensión	5,9%	3,3%	4,7%
Calle	22,1%	26,8%	24,2%
Local público	3,6%	5,6%	4,5%
Hospital	11,9%	7,5%	9,9%
Cárcel	0,8%	1,9%	1,3%
Otra	2,8%	4,2%	3,4%
Evidencias de consumo reciente			
Sí	98,6%	91,9%	95,2%
No	1,4%	8,1%	4,8%
Evidencia de suicidio			
Fuerte evidencia	2,8%	6,2%	4,0%
Indicios/sospecha	2,4%	3,4%	2,8%
Ninguna evidencia	94,9%	90,3%	93,2%
Signos reciente venopunción			
Sí	76,0%	72,2%	74,0%
No	24,0%	27,8%	26,0%
Muerte causada por patología previa agravada por consumo sust. psicoactivas			
Sí	74,0%	8,8%	46,3%
No	26,0%	91,2%	53,7%
Anticuerpos anti-VIH			
Positivo	49,4%	46,7%	48,4%
Negativo	50,6%	53,3%	51,6%

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

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

Tabla 7.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras de sangre de fallecidos por reacción aguda, según área geográfica de fallecimiento (números absolutos y porcentajes). España, 1999.

	Zaragoza ^a	Palma de Mallorca ^b	Canarias ^c	Barcelona ^d	C.Valenciana ^e
Opiáceos	–	84,6%	61,8%	90,5%	100,0%
Cocaína	–	82,1%	79,4%	66,4%	71,4%
Barbitúricos	–	41,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Benzodiazepinas	–	61,5%	17,6%	50,9%	50,0%
Anfetaminas	–	43,6%	2,9%	0,0%	0,0%
MDMA y derivados	–	2,6%	5,9%	3,4%	0,0%
Cannabis	–	28,2%	2,9%	26,7%	35,7%
Alucinógenos	–	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sustancias volátiles	–	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alcohol	–	64,1%	20,6%	29,3%	35,7%
Total	–	39	34	116	14

	País Vasco ^c	Galicia ^c	C. Madrid ^f	R. Murcia ^c	Otros ^g
Opiáceos	92,7%	85,3%	89,9%	94,7%	100,0%
Cocaína	39,0%	58,8%	55,6%	63,2%	78,9%
Barbitúricos	0,0%	0,0%	1,0%	5,3%	0,0%
Benzodiazepinas	63,4%	42,6%	35,4%	47,4%	31,6%
Anfetaminas	2,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%
MDMA y derivados	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabis	17,1%	0,0%	0,0%	31,6%	15,8%
Alucinógenos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sustancias volátiles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alcohol	39,0%	38,2%	17,2%	15,8%	21,1%
Total	41	68	99	19	19

Nota: Sólo se dispone de los análisis toxicológicos realizados a una parte de los fallecidos. Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas (449) siempre es muy inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas.

Los resultados de los análisis toxicológicos presentados corresponden a las muestras biológicas analizadas, y no sólo a las muestras de sangre.

a. Sólo incluye el Partido Judicial de Zaragoza.

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

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

d. Sólo incluye el Partido Judicial de Barcelona.

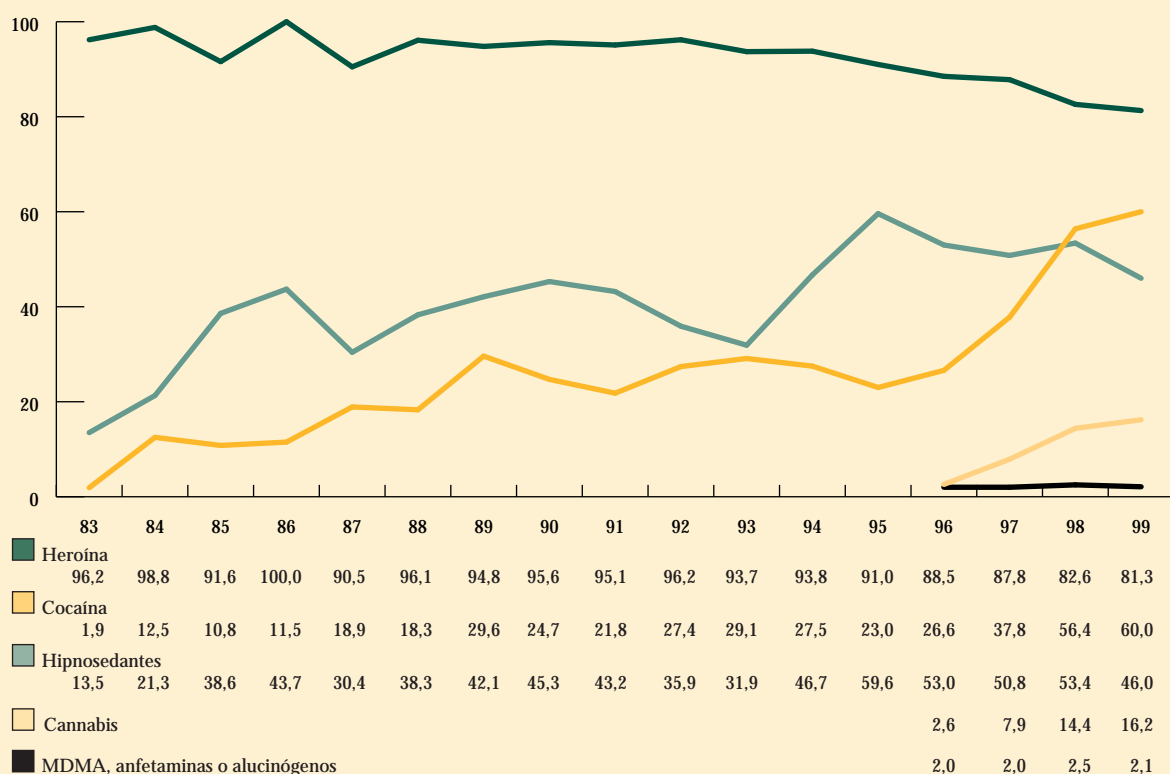
e. Sólo incluye el Partido Judicial de Valencia.

f. Incluye varios Partidos Judiciales de la C. de Madrid, incluye el municipio de Madrid.

g. Incluye el resto de los Partidos Judiciales monitorizados por el indicador y que no están incluidos en el resto de las categorías.

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

Figura 7.2. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cada droga. Cinco grandes ciudades* españolas, 1983-1999.



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

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

2. MUERTES POR SIDA EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Desde el inicio de la epidemia de VIH/Sida hasta el 31 de diciembre de 2000 habían sido notificadas al Registro Nacional de Sida un total de 31.364 defunciones de enfermos de Sida, de las que 20.670 (65,3%) correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). En los últimos años los tratamientos con antiretrovirales han reducido sensiblemente la letalidad del Sida.

Las principales características sociodemográficas de los enfermos de sida-UDVP fallecidos desde 1981 hasta el 31 de diciembre de 2000 se recogen en la Tabla 7.4. Un 82,5% eran varones y un 68,5% tenían entre 25 y 34 años.

Al distribuir estas defunciones por Comunidades Autónomas se observa que las que presen-

Tabla 7.4. Características sociodemográficas de los fallecidos notificados en enfermos de sida UDVP. España, 2000.

	Número de fallecidos
Sexo	
Hombres	17055
Mujeres	3615
Edad (años)	
12-14	1
15-19	132
20-24	2107
25-29	6993
30-34	7175
35-39	3052
40-44	845
45-49	202
50-54	53
55-59	34
> = 60	21
N.C.	55

Datos acumulados desde 1981 al 31.12.00.

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

taron mayor número de defunciones fueron Madrid, Cataluña, Andalucía y el País Vasco (Tabla 7.5), Comunidades que figuran también entre las que registraron mayores tasas de Sida en UDVP por millón de habitantes.

Tabla 7.5. Defunciones notificadas en enfermos de sida UDVP. España, 2000.

	Número de fallecidos
Andalucía	2.342
Aragón	288
Asturias	289
Baleares	506
Canarias	196
Cantabria	126
Castilla-La Mancha	310
Castilla y León	619
Cataluña	4.601
C. Valenciana	1.261
País Vasco	2.008
Extremadura	217
Galicia	1.107
Rioja	139
Madrid	5.972
Murcia	309
Navarra	288
Ceuta	48
Melilla	13
Extranjeros	31
Total	20.670

Datos acumulados desde 1981 al 31.12.00.

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

3. MUERTES PRODUCIAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS

En virtud del convenio de colaboración suscrito entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, la Dirección General de Tráfico y el Ministerio de Justicia, a través del Instituto Nacional de Toxicología, durante 1999 se han investigado desde el punto

de vista toxicológico un total de 1.420 muertes producidas en accidentes de tráfico (1.191 correspondientes a conductores y 229 a peatones atropellados), en el conjunto de las 17 Comunidades Autónomas. En la realización de esta investigación han participado los Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología de Madrid (801 casos), Barcelona (460), Sevilla (115) y Santa Cruz de Tenerife (44).

Los resultados de estas investigaciones permiten analizar la relación existente entre el consumo de alcohol y otras drogas de abuso con las muertes de conductores y peatones producidas en accidentes de tráfico. De forma indirecta, la evolución de estos indicadores posibilita conocer la influencia que tienen las diferentes campañas preventivas, y demás acciones educativas, dirigidas a evitar la conducción cuando se ha consumido alcohol u otras drogas.

Las características de los 1.420 fallecidos analizados durante 1999, son similares a las observadas en 1998. Entre los conductores fallecidos el 91,7% eran varones jóvenes. El 30,1% tenía entre 21 y 30 años y un 9,3% menos de 20 años (Tablas 7.6 y 7.7). Por su parte entre los peatones fallecidos en atropellos se registra una presencia menos acusada de varones (78,6%) y unas edades muy superiores a las descritas para los conductores, como confirma el que el 42,7% de éstos tuviera más de 60 años (Tablas 7.8 y 7.9).

Los datos referidos a 1999 muestran un claro descenso en el número de conductores fallecidos en los que se detectó la presencia de alcohol etílico, de otras drogas de abuso y/o de psicofármacos/medicamentos. Globalmente estas sustancias se detectaron en el 43,4% de los cadáveres analizados, frente al 50,8% de 1998 (Tabla 7.10). Entre las drogas detectadas en mayores porcentajes durante 1999 destacan el alcohol (37,4% del total de fallecidos), la cocaína (5,2%), benzodiazepinas (3,4%) y los opiáceos y el cánnabis, sustancias presentes en el 2,3% de los fallecidos (Tabla 7.11)

Destacar que, de los 446 conductores donde se identificó la presencia de alcohol etílico, 335 (el 29,8%) tenían niveles de alcoholemia superiores a 0,5grs/litro. En otro 7,6% de los casos se detectaron alcoholemias por debajo de los 0,5 grs/litro (Tabla 7.12).

Por lo que se refiere a la presencia de alcohol y otras drogas entre los peatones atropellados, los datos referidos a 1999 señalan que de los 229 cadáveres analizados en 89 (el 38,9%) se detectó la presencia de alcohol y/o de otras drogas (Tabla 7.13). Con respecto a 1998 no se han detectado variaciones significativas en la presencia de alcohol y otras drogas entre los peatones atropellados.

El alcohol es la droga con mayor presencia entre los peatones atropellados. Se encontró alcohol en 81 de los cadáveres analizados (35,4%), de los cuales en 59 casos (72,8%) se observaron tasas de alcoholemia superiores a 0,5 grs/litro (en el 62,9% superiores a los 0,8 grs/litro). Junto al alcohol, la cocaína (3,1%) y los opiáceos (2,6) fueron las otras drogas detectadas (Tabla 7.14).

Tabla 7.6. Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-1999.

	1998	1999
Número de análisis	1.090	1.191
Sexo (%)		
Hombres	91,5	91,7
Mujeres	8,5	8,3
Alcoholemia (%)		
Positiva	43,2	37,4
Tasa máxima o superior*	70,3	80,5
Inferior tasa máxima	29,7	19,5
Negativa	56,8	62,6
Procedencia del cadáver (%)		
Vía pública	–	86,0
Hospital	–	14,0

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

La procedencia del cadáver hace referencia al lugar físico donde se produjo el fallecimiento.

* La tasa máxima de alcohol en sangre autorizada para conductores hasta el 6 de mayo 1999 era 0,8 gramos/litro y 0,5 gramos/litro para profesionales. A partir de esta fecha la tasa máxima se fijó en 0,5 gramos/litro para todos los conductores excepto para los profesionales y conductores noveles, de cualquier tipo de vehículo en los dos años siguientes a la obtención del permiso de conducir, para los que se redujo a 0,3 gramos/litro.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.7. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1998-1999.

Grupo edad (años)	1998			1999		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
≤ 20	10,1	11,9	10,2	9,6	6,5	9,3
21-30	32,6	36,9	33,0	29,6	35,5	30,1
31-40	22,5	21,4	22,4	20,6	24,7	20,9
41-50	13,1	14,3	13,2	15,8	15,1	15,7
51-60	9,3	9,5	9,3	9,4	6,5	9,1
> 60	12,4	6,0	11,8	15,0	11,8	14,8
Total	922	84	1.006	1.012	93	1.105

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.8. Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-1999.

	1998	1999
Número de análisis	155	229
Sexo (%)		
Hombres	74,8	91,7
Mujeres	25,2	8,3
Alcoholemia (%)		
Positiva	34,2	35,4
Negativa	65,8	64,6
Procedencia del cadáver (%)		
Vía pública	–	71,2
Hospital	–	28,8

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

La procedencia del cadáver hace referencia al lugar físico donde se produjo el fallecimiento.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.9. Distribución de los peatones fallecidos en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1998-1999.

Grupo edad (años)	1998			1999		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
≤ 20	9,0	7,5	8,6	5,8	6,4	6,0
21-30	17,0	7,5	14,3	9,9	4,3	8,7
31-40	12,0	10,0	11,4	10,5	8,5	10,1
41-50	15,0	5,0	12,1	22,2	8,5	19,3
51-60	12,0	7,5	10,7	13,5	12,8	13,3
> 60	35,0	62,5	42,9	38,0	59,6	42,7
Total	100	40	140	171	47	218

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.10. Consumo de alcohol, otras drogas y psicofármacos entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico. España, 1998-1999.

Sustancias consumidas	1998	1999	Variación 1998-1999
Alcohol etílico (sólo)	416 (38%)	378 (31,7%)	-6,3%
Alcohol y otras drogas de abuso	36 (3%)	52 (4,3%)	+ 1,3%
Alcohol y psicofármacos/medicamentos	14 (2%)	11 (0,9%)	-1,1%
Alcohol, otras drogas y psicofármacos	5 (0,5%)	5 (0,4%)	-0,1%
Otras drogas distintas al alcohol	51 (5%)	33 (2,7%)	-2,3%
Drogas (no alcohol) y psicofármacos	11 (1%)	18 (1,5%)	+ 0,5%
Psicofármacos/medicamentos	21 (2%)	20 (1,6%)	-0,4%
Subtotal análisis positivos	554 (50,8%)	517 (43,4%)	-7,4%
Análisis con resultados negativos*	536 (49,2%)	674 (56,6%)	
Total cadáveres analizados	1.090	1.191	

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

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.11. Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-1999.

	1998		1999	
	Número	Porcentajes	Número	Porcentajes
Alcohol etílico	471	43,2	446	37,4
Opiáceos*	45	4,1	29	2,4
Cocaína	51	4,6	62	5,2
Anfetamina	15	1,4	6	0,5
MDMA y derivados	4	0,5	5	0,4
Barbitúricos	0	0,0	1	0,1
Benzodiazepinas	32	2,9	41	3,4
Antipsicóticos	1	0,1	0	0,0
Cánnabis	26	2,4	28	2,5
Antidepresivos	8	0,7	6	0,5
Total análisis	1.090		1.191	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.12. Niveles de alcoholemia detectados entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico. España, 1999.

Niveles de alcoholemia	Nº de casos	Porcentajes
Negativa	745	62,6
Positiva		
≤ 0,5 gr./l	355	29,8
≤ 0,5 gr./l	91	7,6

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.13. Consumo de alcohol, otras drogas y psicofármacos entre peatones atropellados en accidentes de tráfico. España, 1998-1999.

Sustancias consumidas	1998	1999
Alcohol etílico (sólo)	50 (32,0%)	79 (34,5%)
Alcohol y otras drogas	3 (2,0%)	2 (0,8%)
Otras drogas (sólo)	7 (5,0%)	8 (3,5%)
Alguna (subtotales)	60 (39,0%)	89 (39,0%)
Ninguna	95 (61,0%)	140 (61,0%)
Total	155	229

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.14. Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de los peatones fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-1999.

	1998		1999	
	Número	Porcentajes	Número	Porcentajes
Alcohol etílico	53	34,2	81	35,4
Opiáceos*	3	1,9	6	2,6
Cocaína	5	3,2	7	3,1
Anfetamina	0	0,0	0	0,0
MDMA y derivados	0	0,0	0	0,0
Barbitúricos	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepinas	0	0,0	0	0,0
Antipsicóticos	0	0,0	0	0,0
Cánnabis	3	1,9	2	0,9
Antidepresivos	0	0,0	0	0,0
Total análisis	155		229	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

4. MORTALIDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Los importantes costes de tipo social y sanitario que provoca en España el consumo abusivo de alcohol, llevaron al Observatorio Español sobre Drogas a solicitar de la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo la elaboración de estudios periódicos sobre la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en nuestro país, cuyos resultados referidos a los años 1994 y 1995 fueron publicados en el Informe N° 2 del OED. Numerosos estudios comparativos internacionales han puesto de manifiesto que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, la frecuencia y la gravedad de numerosas enfermedades. A mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades.

La cuantificación de la mortalidad provocada por el consumo de alcohol presenta diversas dificultades, relacionadas con los diferentes métodos de estudio, las definiciones, la cuantificación de los consumos, etc. Las estimaciones

de datos que se ofrecen a continuación se basan en el sistema de cálculo de la mortalidad relacionada con el alcohol, propuesto por los Centers for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos (*Alcohol related Mortality and Years of Potential Life Lost United States 1987, 1990*). Aún siendo discutibles los porcentajes de atribución causal de cada enfermedad, permiten una aproximación a la realidad que está siendo confirmada por los resultados de estudios epidemiológicos prospectivos.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, y sobre la base de la *Estadística de defunciones según la causa de la muerte 1997*, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2000 (la última disponible), se ha calculado la mortalidad relacionada con el alcohol en España en el año 1997 en 12.032 fallecimientos, lo que representó el 3,44% de todas las defunciones registradas en el país (Tabla 7.15).

Si se relacionan estos datos con la mortalidad atribuible referida a los años 1994 y 1995 (los últimos disponibles), cabe apuntar la existencia de una ligera reducción del número de fallecimientos atribuibles al alcohol (de un 2,6% respecto a 1994 y de un 2% en relación a 1995).

Esta reducción en la mortalidad atribuible no es homogénea para todos los factores o causas atribuibles, así el número de fallecimientos registrados en accidentes de tráfico ha crecido levemente. No debemos olvidar que los accidentes de vehículos a motor constituyen la primera causa de defunción entre las mujeres de 1 a 34 años y los hombres de 1 a 24 años. Con independencia del grupo de edad, las tasas específicas son siempre más altas en hombres que en mujeres, registrándose en ambos casos un momento de especial riesgo entre 15 y 24 años. Esta distribución, similar a la descrita en otros países, señala a estos jóvenes, especialmente varones, como el grupo de mayor riesgo de sufrir una lesión fatal por accidente de tráfico.

CONCLUSIONES

La mortalidad relacionada con el uso de drogas evoluciona de forma positiva. Se ha producido un importante descenso en el número de fallecidos en accidentes de tráfico en los que se detectó la presencia de alcohol y otras drogas de abuso (51% en 1998 frente al 43% en 1999). Han descendido las muertes por sida entre los usuarios de drogas que la consumen por vía parenteral. Se han estabilizado las defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas y se ha observado un ligero descenso de la mortalidad general atribuible al alcohol.

Tabla 7.15. Mortalidad atribuible al alcohol (número absoluto y porcentaje). España, 1997.

Causa de muerte	Nº absoluto	Fracción atribuible (%)	Nº muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (E-571)	6.423	70	4.496
Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E 810-819)	5.790	40	2.316
Pancreatitis aguda (E-77.0)	1.105	42	464
Psicosis alcohólica (E-291)	56	100	56
Síndrome de dependencia alcohólica (E-303)	199	100	199
Abuso de alcohol (E-305.0)	13	100	13
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte (E-860)	15	100	15
Suicidios y lesiones autoinfligidas (E-950-959)	3.373	25	843
Cardiomiopatía alcohólica (E-425.5)	30	100	30
Gastritis alcohólica (E-535.3)	3	100	3
Polineuropatía alcohólica (E-357.5)	4	100	4
Pancreatitis crónica (E-577.1)	45	60	27
T. maligno labio, cavidad oral, faringe (E 140-149)	2.268	50	1.134
T. maligno esófago (E-150)	1.762	75	1.321
T. maligno laringe (E-161)	1.909	50	954
Homicidio (E 960-969)	342	46	157
Total	23.337		12.032

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. MSC.

Fuente: *Defunciones según la causa de muerte, 1997*. INE 2000.

8

Indicadores de oferta de drogas

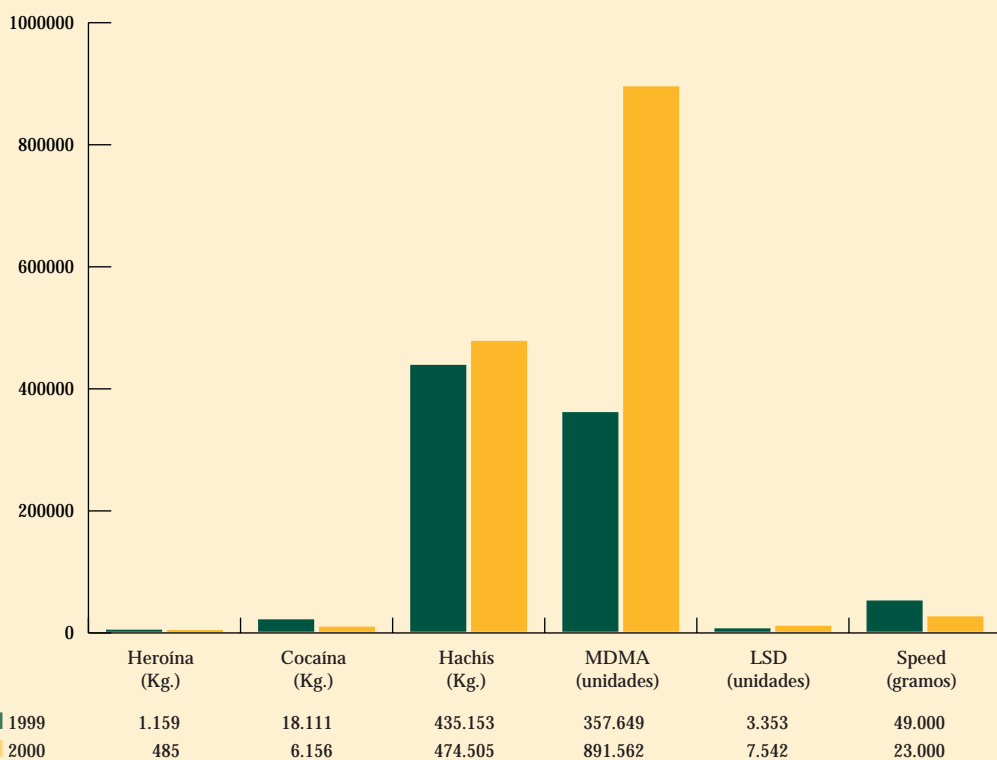
1. SUSTANCIAS INTERVENIDAS

Los datos aportados por la Oficina Central Nacional de Estupeficientes (OCNE) relativos a las drogas decomisadas durante el pasado año 2000, confirman un descenso de las cantidades incautadas respecto a 1999 en lo que se refiere a cocaína y heroína, el aumento moderado en las incautaciones de hachís y un incremento importante en las incautaciones de sustancias psicotrópicas y alucinógenos, destacando principalmente las incautaciones de MDMA (éxtasis) y de LSD (Figura 8.1).

Las incautaciones de heroína y cocaína descendieron durante el 2000, pasando en el caso

de heroína y cocaína descendieron durante el 2000, pasando en el caso

Figura 8.1. Evolución de las sustancias intervenidas en España, 1999-2000.



Nota: Las cantidades correspondientes al año 2000 son provisionales.

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

de la heroína de 1.159 Kg. en 1999 a 484,8 en el 2000 y en el de la cocaína de 18.111 Kg. en 1999 a 6.165 Kg. en el 2000. También lo hicieron sustancias como la metadona, cuyas incautaciones en el año 2000 fueron de 675 unidades frente a las 907 de 1999, y el crack, cuyas incautaciones pasaron de 0,36 Kg. en 1999 a 0,15 Kg. en el 2000. Los decomisos de codeína, sin embargo, aumentaron de 57 unidades en 1999 a 2.992 en 2000, al igual que los de plantas de adormidera, que pasaron de 1.003 Kg. a 22.755 Kg. en el 2000.

Esta evolución obedece a determinadas actuaciones efectuadas por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad a lo largo de 1999, en las que las aprehensiones de estas sustancias supusieron un auténtico hito (Figura 8.2), rompiendo los esquemas tradicionales en cuanto a las cantidades incautadas, como así lo atestiguan las operaciones denominadas “Temple”, “Cabezón” y “Lubricante”, en cuanto a aprehensiones de cocaína; y “Carro”, “Temple” y “Lockman” en el caso de la heroína. Dichos éxitos policiales

provocaron que las organizaciones internacionales criminales tuvieran que modificar sus formas de actuación, de tal modo que han diversificado sus envíos marítimos hacia otros puertos europeos empleando nuevas rutas, alterando su *modus operandi*, como lo demuestra el hecho de que los grandes cargamentos de cocaína son alternados con otros de menor entidad, que vienen ocultos en contenedores.

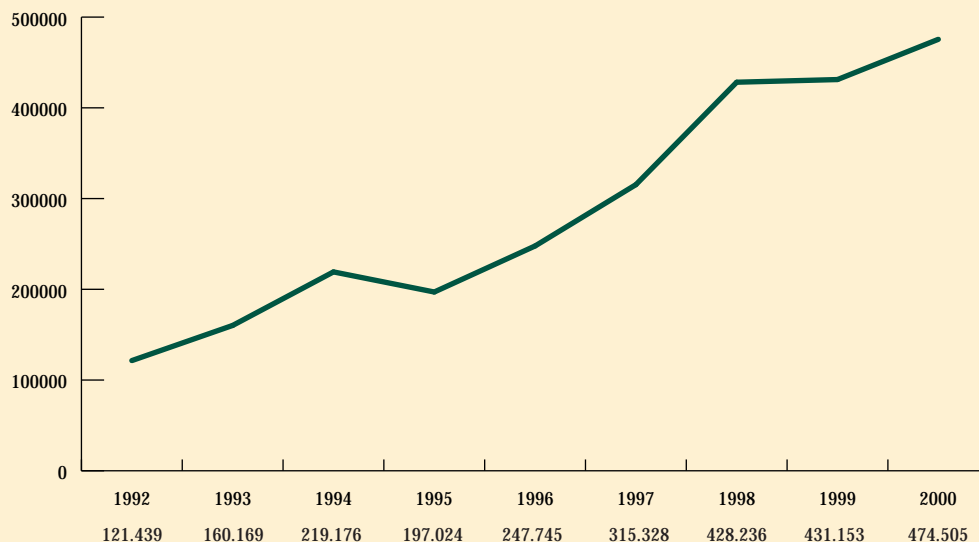
A todo ello hay que añadir la eficacia policial en los operativos efectuados contra el pequeño y mediano traficante, lo que ha traído como consecuencia añadida la erradicación de un buen número de los denominados “puntos negros” ubicados en zonas marginales de las grandes poblaciones.

Por lo que respecta a las incautaciones de hachís, se sigue manteniendo un incremento progresivo, similar al experimentado durante los últimos años (Figura 8.3). Así, mientras que en 1999 se incautaron 431.165 Kgs., en el año 2000 se aprehendieron 474.505. En este contexto es de destacar que, para compensar estas

Figura 8.2. Evolución de la heroína y cocaína intervenida en España, 1992-2000 (Kilogramos).



Figura 8.3. Evolución del hachís intervenido en España, 1992-2000 (Kilogramos).



Nota: Las cantidades correspondientes al año 2000 son provisionales.

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

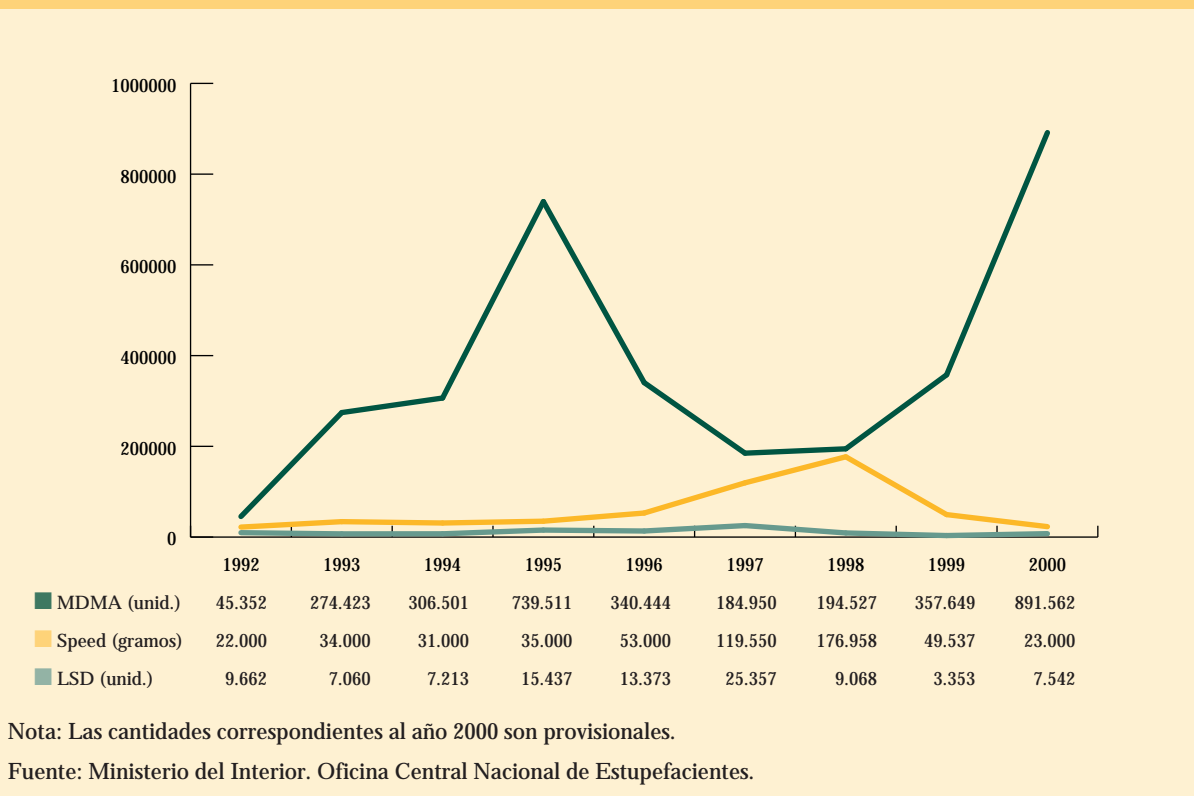
pérdidas ocasionadas por la eficacia policial, las organizaciones criminales vienen aumentando el número de envíos y las cantidades de droga de cada uno de los mismos, a fin de rentabilizar la posición geográfica de España como país de tránsito hacia el resto de Europa. Para contrarrestar esta situación se vienen intensificando operaciones especiales en la zona del Estrecho, apoyadas por el empleo de nuevas tecnologías, lo que permite la aprehensión de un mayor número de decomisos de este tipo de droga. Las incautaciones de la planta cánnabis y de grifa también aumentaron en el año 2000 con respecto a 1999, pasando de 2.319 Kg. y 3,8 Kg. a 18.156 Kg. y a 7,2 Kg. respectivamente. Por el contrario, los decomisos de marihuana y de aceite de hachís decrecieron, pasando de 761 Kg. y 2.346 cc. en 1999 a 346 Kg. y 310 cc respectivamente en el año 2000.

Por su parte, el incremento del consumo constatado en los últimos años de algunos alucinógenos, como es el caso del éxtasis, conlleva una mayor atención a estos nuevos patrones de consumo, habiéndose potenciado y creado en el seno de las UDYCO (Cuerpo Nacional de

Policía) y de las EDOA (Guardia Civil), Grupos Especializados en la investigación de ese tipo de sustancias, lo que ha permitido el consiguiente incremento de los decomisos, al orientar las investigaciones hacia organizaciones criminales encargadas de la elaboración y posterior distribución de las mismas.

Como exponente de lo anterior, puede constatar que en 1999, y en el caso del éxtasis o MDMA, se incautaron un total de 357.649 unidades (pastillas), mientras que en el pasado año 2000, las incautaciones ascendieron a 891.562 unidades, lo que representa un incremento del 248%. Lo mismo se puede afirmar respecto a las incautaciones de LSD, que pasaron de 3.353 unidades aprehendidas en 1999 a 7.542 unidades en el 2000, con un incremento del 124,9%. Dentro de este grupo de sustancias, se redujeron las incautaciones de speed, pasando de 49 Kgs. en 1999 a 23 Kg. en el 2000 (Figura 8.4). También descendieron las incautaciones de fármacos (Buprex rohipnol, trankimazin, etc.) y otros psicotrópicos, de los que en el 2000 se decomisaron 132.951 unidades, frente a las 343.922 unidades de 1999.

Figura 8.4. Evolución del speed, MDMA y LSD intervenido en España, 1992-2000.



2. VARIACIONES EN LA PUREZA Y PRECIO DE LAS SUSTANCIAS

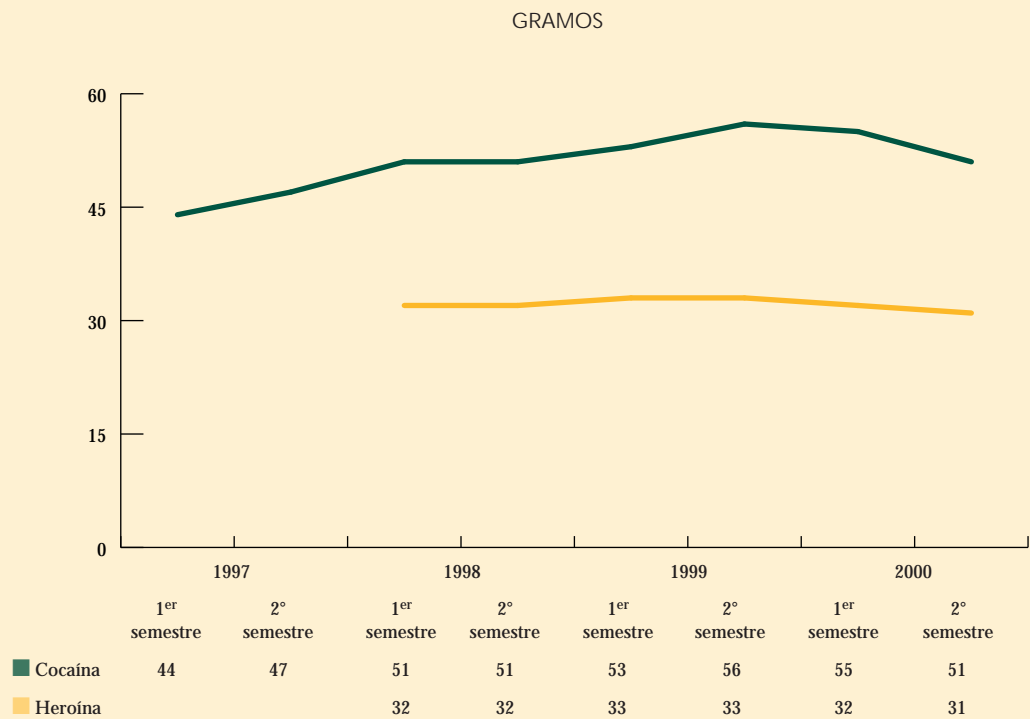
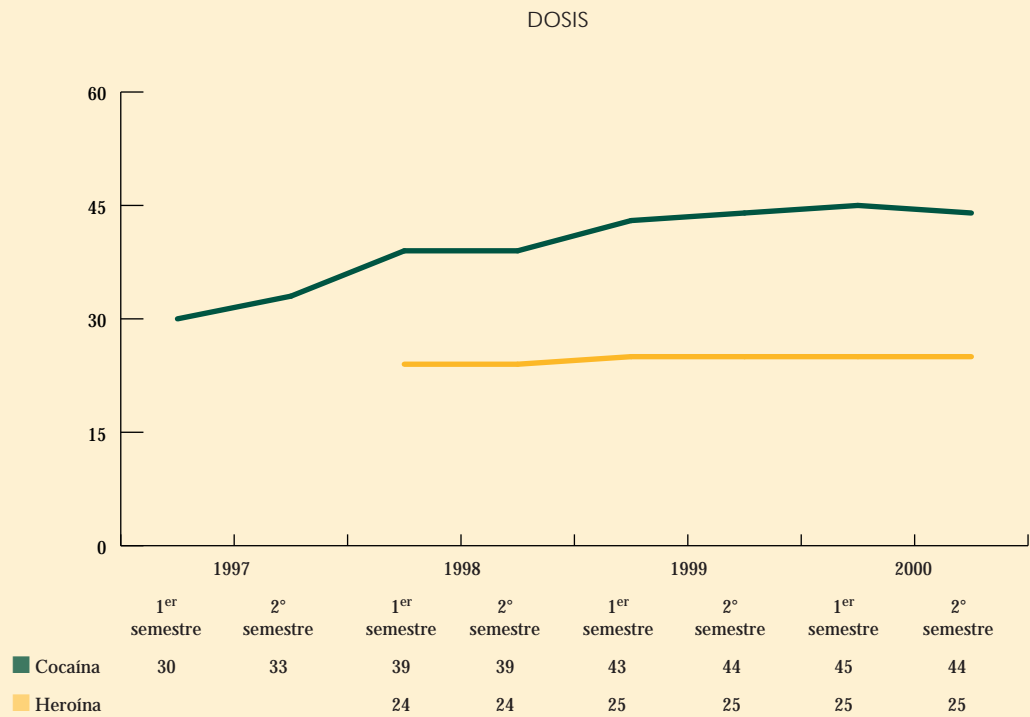
Los datos facilitados por la OCNE respecto a la pureza y precios alcanzados en el mercado por las principales drogas ilícitas (Tabla 8.1) en el segundo semestre de 2000, muestran la existencia de leves modificaciones con respecto al año precedente, que se concretarían en ligeros descensos en los precios de venta de algunas sustancias.

El precio de la heroína, tanto marrón como blanca, ha bajado. La adquisición de un kilogramo de heroína marrón ha pasado de 7.010.000 pesetas, que se establecía como valor medio en el mercado durante el segundo

semestre de 1999, a 6.156.340 pesetas en el mismo período del año 2000, lo que representa un descenso de un 12,2%. En el caso de la heroína blanca el descenso del precio se sitúa en un 5,7%, pasando de 13.772.450 pesetas en 1999, a 12.989.100 pesetas en el año 2000. Los precios de la cocaína se mantienen prácticamente estables, con un ligero descenso, al igual que los del hachís y sus derivados. Por el contrario, los precios en dosis de algunas sustancias psicotrópicas como el LSD, el Speed y otras anfetaminas han aumentado ligeramente, no así el éxtasis (MDMA) cuyo precio ha bajado.

En cuanto a la pureza de las sustancias, ésta se mantiene prácticamente estable, con un ligero descenso en la pureza de la cocaína (Figura 8.5).

Figura 8.5. Evolución de la pureza de la cocaína y de la heroína decomisadas en España, según semestre (porcentaje) 1997-2000.



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

Tabla 8.1. Pureza y precio de las sustancias decomisadas en España, segundo semestre de 2000.

	Dosis			Gramo			Kilogramo		
	Pureza (%)	Peso (mgs)	Precio (pts)	Pureza (%)	Peso (gr)	Precio (pts)	Pureza (%)	Peso (gr)	Precio (pts)
Estupefacientes									
Heroína	25	74	1.525	31		10.589			
Heroína blanca							63		12.989.100
Heroína marrón							50		6.156.340
Cocaína	44	155	1.941	51		9.519	74		5.700.531
Grifa						415			174.073
Hachís						630			243.805
Aceite						1.960			448.077
Psicotrópicos/alucinógenos									
LSD			1.538						
Speed (Sulf. anfe.)			1.407			4.294			2.655.685
MDMA			1.881						
Otros psicotrópicos y fármacos									
Anfetamina (FAR)			862						
Otras clases			539						

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

9

Indicadores policiales

1. DETENIDOS POR TRÁFICO DE DROGAS

Durante el año 2000 un total de 81.302 personas fueron denunciadas y 17.067 detenidas por tráfico de drogas. Las sustancias que han provocado la mayor parte de las denuncias/detenciones (Tabla 9.1), al igual que en los últimos años, han sido el cannabis y derivados (44% de detenidos y 70,6% de denunciados), seguidos de los cocaínicos (31,5% de detenidos y 14% de denunciados) y los opiáceos (13,1% de detenidos y 9,9% de denunciados). El peso relativo de este último tipo de drogas en el conjunto de las denuncias y detenciones es

menor que en 1999. La evolución en el número de detenidos y denunciados por tráfico de drogas confirma la intensificación de la actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la represión del tráfico de drogas, lo que ha permitido en el año 2000 se incrementaran en un 27% y 6% respectivamente los detenidos y denunciados por este delito.

Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Canarias continúan siendo en las que se ha producido un mayor número de detenciones y/o denuncias (Tabla 9.2).

Tabla 9.1. Detenidos y denunciados por tráfico de drogas, según sustancia que motivó la detención o la denuncia (número y porcentaje). España, 1999-2000.

Sustancias	1999				2000			
	Detenidos		Denunciados		Detenidos		Denunciados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Opiáceos	1.961	14,60	9.910	12,94	2.243	13,14	8.089	9,95
Cocaínicos	3.918	29,17	13.802	18,03	5.377	31,51	11.422	14,05
Cannábicos	6.465	48,14	48.991	63,99	7.518	44,05	57.395	70,59
Alucinógenos psicotrópicos	800	5,96	3.842	5,02	1.617	9,47	4.390	5,40
Otras	286	2,13	19	0,02	312	1,83	6	0,01
Total	13.430	100,00	76.564	100,00	17.067	100,00	81.302	100,00

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

Tabla 9.2. Detenidos y denunciados por tráfico de drogas por Comunidad Autónoma (números absolutos). España, 2000.

	Detenidos	Denunciados	Total
Andalucía	4.803	19.108	23.911
Aragón	247	2.485	2.732
P. Asturias	343	926	1.269
Baleares	659	2.630	3.289
Cantabria	1.362	8.725	10.087
Canarias	263	2.407	2.670
Castilla-La Mancha	395	4.412	4.807
Castilla y León	443	4.424	4.867
Cataluña	2.402	10.545	12.947
C. Valenciana	1.833	10.693	12.526
Pais Vasco	93	257	350
Extremadura	186	2.435	2.621
Galicia	898	4.042	4.940
Rioja	68	391	459
Madrid	2.080	4.107	6.187
Murcia	332	1.199	1.531
Navarra	85	2.241	2.326
Ceuta	468	158	626
Melilla	107	117	224
Total	17.067	81.302	98.369

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

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

El número de sanciones administrativas impuestas por tenencia o consumo de drogas en vía pública, en aplicación del artículo 25.1. de la Ley Orgánica 1/1992 sobre protección de la seguridad ciudadana, ascendieron a 49.469 en el año 2000 frente a las 47.207 de 1999. Por su parte, las sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabituación en un

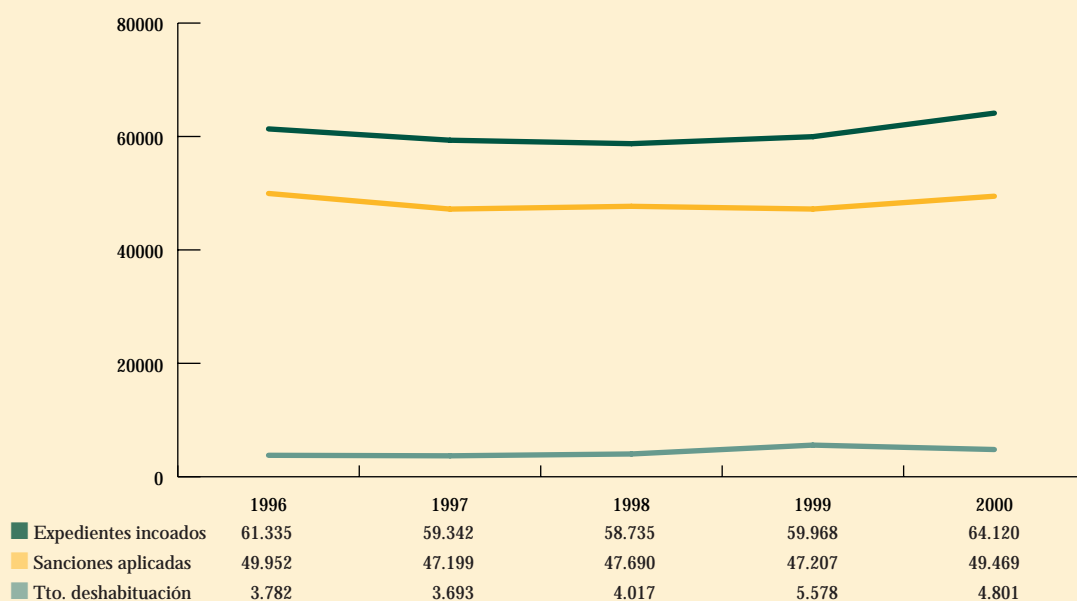
centro o servicio acreditado en aplicación del artículo 25.2 de la citada ley fueron de 5.578 en 1999 y de 4.801 en el año 2000. Si bien, las sanciones impuestas y aquellas que quedan en suspensión no necesariamente deben corresponder al mismo año (las suspensiones pueden hacer referencia a sanciones impuestas en el año precedente), estos datos indican que aproximadamente un 10% de las sanciones impuestas en el año 2000 quedaron en suspensión por inicio de tratamiento.

En la figura 9.1 se puede observar la evolución y la importancia creciente que están teniendo los tratamientos de deshabitación alternativos a la aplicación de las sanciones administrativas, si bien en el año 2000 han experimentado un ligero descenso con respecto al anterior. Descenso que se debe principalmente a las Comunidades de Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y C. Valenciana. Por el contrario en otras Comunidades, entre las que destacan Canarias y el País Vasco

ha aumentado el número de casos en los que se han suspendido las sanciones por tratamiento (Tabla 9.3).

Las Comunidades Autónomas de Andalucía (8.829), Canarias (7.767) y Castilla y León (5.127) son las que más sanciones han impuesto (Tabla 9.3), no obstante las que presentan una mayor tasa por 10.000 habitantes son Canarias (55,9), Baleares (31,0), Castilla-La Mancha (21,3) y Castilla y León (20,6) (Tabla 9.4).

Figura 9.1. Evolución de los expedientes incoados, de las sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública y de las sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabitación (números absolutos). España, 1996-1999.



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

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

Tabla 9.3. Distribución, por Comunidad Autónoma, de los expedientes incoados, las sanciones administrativas y las sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabitación (números absolutos). España, 1997-2000.

	Nº expedientes incoados				Nº sanciones				Tratamientos deshabitación			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
Andalucía	11.588	10.737	14.280	14.208	7.727	6.837	7.679	8.829	863	996	2.595	2.270
Aragón	1.389	1.879	2.134	2.439	1.294	1.671	2.003	2.181	17	25	16	20
Asturias	393	325	555	1.012	452	284	368	966	0	7	12	8
Baleares	1.858	1.824	2.421	3.670	1.886	1.850	2.470	3.697	8	22	42	13
Canarias	5.720	8.793	7.408	10.110	4.712	6.061	9.127	7.767	684	649	899	1.043
Cantabria	712	1.604	1.687	2.676	195	503	998	744	15	26	7	29
C.-La Mancha	2.356	3.685	3.763	3.880	1.784	3.255	3.670	3.730	119	144	211	85
C. y León	3.620	3.576	5.023	5.084	3.628	3.365	4.174	5.127	344	289	327	317
Cataluña	6.691	5.484	5.576	3.485	7.561	5.628	6.005	3.673	57	158	101	66
C. Valenciana	12.076	9.030	7.226	7.229	8.967	8.334	2.845	3.962	522	386	278	126
País Vasco	1.766	1.160	1.020	340	1.380	1.283	730	576	36	111	158	242
Extremadura	1.227	1.174	1.075	1.315	524	447	647	1.025	85	88	77	60
Galicia	3.651	3.424	3.388	3.374	2.001	3.217	2.573	2.478	97	233	445	321
Rioja	250	605	493	529	311	516	525	438	22	26	445	10
Madrid	3.718	3.321	2.187	2.698	2.773	2.566	1.897	2.564	744	777	334	134
Murcia	1.485	1.090	1.020	1.325	1.491	1.090	1.020	1.315	74	64	55	54
Navarra	616	843	530	495	418	698	397	342	6	5	0	3
Ceuta	184	163	156	251	95	85	79	55	0	11	0	0
Melilla	42	18	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	59.342	58.735	59.968	64.120	47.199	47.690	47.207	49.469	3.693	4.017	5.578	4.801

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

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

Tabla 9.4. Sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública por Comunidad Autónoma (tasas por 10.000 habitantes). España, 1996-2000.

	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	16,00	10,68	9,45	10,61	12,20
Aragón	9,31	10,94	14,12	16,93	18,43
Asturias	3,57	4,18	2,63	3,40	8,93
Baleares	21,83	23,68	23,23	31,01	46,42
Canarias	18,50	28,91	37,18	55,99	47,65
Cantabria	1,76	3,70	9,54	18,93	14,11
C.-La Mancha	11,47	10,40	18,97	21,39	21,73
C. y León	16,23	14,60	13,54	16,80	20,64
Cataluña	13,95	12,30	9,15	9,77	5,97
C. Valenciana	22,78	22,29	20,71	7,07	9,85
País Vasco	4,27	6,58	6,11	3,48	2,74
Extremadura	3,51	4,90	4,18	6,05	9,85
Galicia	5,45	7,34	11,81	9,44	9,10
Rioja	10,73	11,80	19,57	19,91	16,61
Madrid	6,84	5,45	5,04	3,73	5,04
Murcia	11,48	13,37	9,78	9,15	11,79
Navarra	7,46	7,87	13,15	7,48	6,44
Ceuta	14,42	13,17	11,79	10,95	7,63
Melilla	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	12,53	11,84	11,97	11,85	12,41

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

Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población de la Renovación del Padrón Municipal de habitantes a 1 de mayo de 1996. INE 1996.

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

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

El resultado global de las diligencias abiertas y denuncias impuestas por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal durante el año 2000 en el conjunto del Estado, excepto en el País Vasco y la provincia de Girona, asciende a un total de 25.243 diligencias y 63.193 denuncias. La Comunidad Autónoma en donde se han producido el mayor número de diligencias es Andalucía con 12.474 (el 49,4% del total). Por su parte la Comunidad Valenciana (9.729), Cataluña (6.994) y

Castilla y León (7.355) son en las que más denuncias se han impuesto (Tabla 9.5).

La evolución seguida respecto a años anteriores (Figura 9.2) muestra un incremento importante en el número de denuncias, que han pasado de 30.954 en 1997 a 63.193 en el 2000, lo que supone un crecimiento del 104,1%. El incremento con respecto a 1999 es de un 25,8%.

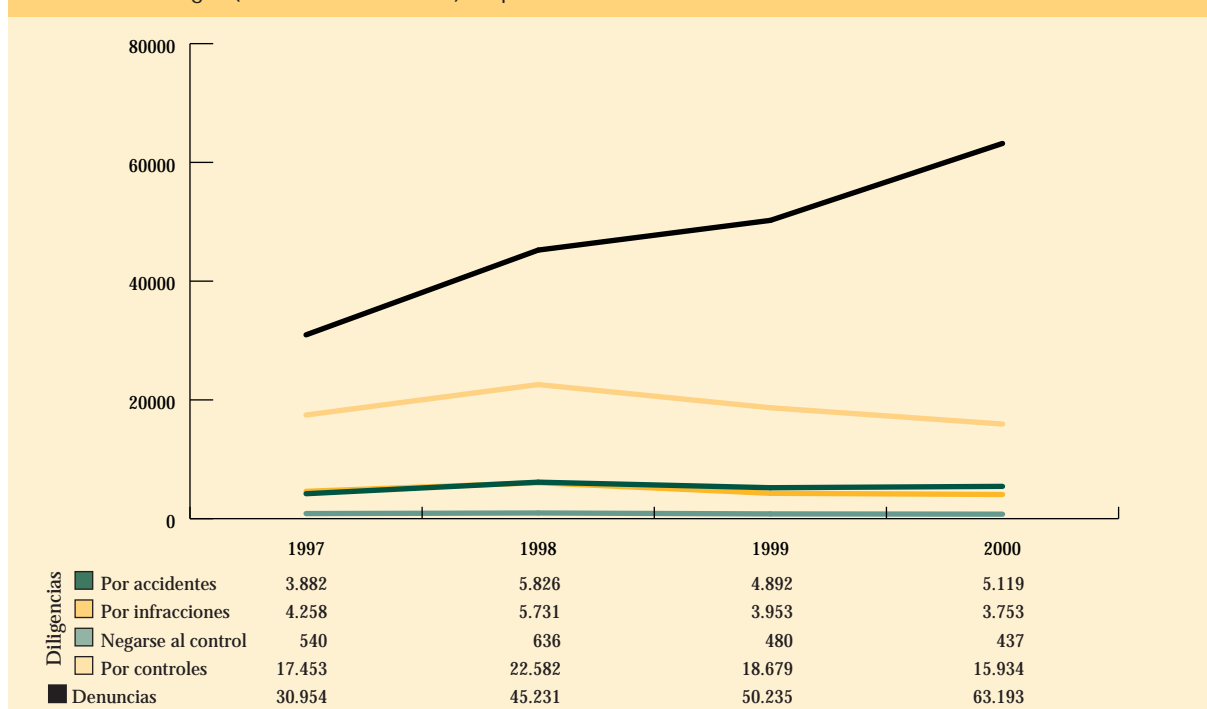
Con respecto a 1999, en el año 2000 se redujeron en un 14,7% el número de diligencias abiertas en los controles de alcoholemia practicados con resultados positivos.

Tabla 9.5. Número de diligencias y denuncias por alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1999.

	Nº de diligencias por alcoholemia				Total	Denuncias	Total denuncias y diligencias
	Accidente	Infracción	Control	Negarse			
Andalucía	910	1.023	10.447	94	12.474	6.699	19.173
Aragón	108	100	67	22	297	2.736	3.033
Asturias	215	61	46	15	337	3.475	3.812
Baleares	258	173	264	7	702	1.372	2.074
Canarias	348	150	79	43	620	6.582	7.202
Cantabria	123	82	178	10	393	1.345	1.738
C. y León	318	228	385	33	964	7.355	8.319
C.-La Mancha	379	354	1.205	29	1.967	3.952	5.919
Cataluña	357	131	304	26	818	6.994	7.812
Extremadura	136	155	381	7	679	1.349	2.028
Galicia	561	395	1.214	46	2.216	5.980	8.196
Madrid	620	383	424	32	1.459	2.184	3.643
Murcia	145	97	94	17	353	2.078	2.431
Navarra	46	37	32	8	123	776	899
Rioja	45	66	290	5	406	590	996
C. Valenciana	550	318	524	43	1.435	9.726	11.161
Total	5.119	3.753	15.934	437	25.243	63.193	88.436

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

Figura 9.2. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2000.



Nota: No están incluidos los datos del P. Vasco y además en 1998 y 1999 no están incluidos los de las provincias de Girona y Lleida.

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

10

Indicadores judiciales

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

La información acumulada en el Observatorio Español sobre Drogas en relación con el conjunto de sentencias dictadas por la comisión de delitos contra la salud pública y relacionados con sustancias psicoactivas, ha ido ampliando progresivamente su ámbito temporal de cobertura. En la actualidad se dispone de la información relativa al período comprendido entre

el 1 de julio de 1998 y el 30 de septiembre de 1999. En dicho intervalo temporal se dictaron en España un total de 15.484 sentencias, que incluyeron 5.724 condenas por delitos contra la salud pública y 10.917 condenas por otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas (Tabla 10.1). Aproximadamente, el 34,4% de las condenas se corresponden con delitos contra la salud pública, en tanto que el 65,6% se corresponden con otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas.

Tabla 10.1. Distribución de las sentencias y condenas vinculadas con sustancias psicoactivas (números absolutos). España, datos acumulados desde julio de 1998 hasta septiembre de 1999.

Sentencias	Subtotales	Nº total
Número total de sentencias por drogas		15.484
Condenas por delitos contra la salud pública		5.724
Condenas por otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas		10.917
Condenas por delitos contra la seguridad del tráfico	6.065	
Condenas por delitos de receptación y otras conductas afines	42	
Condenas por otros delitos cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas	4.810	
Condenas por delitos contra las personas ¹	353	
Condenas por delitos contra la propiedad ²	3.672	
Condenas por otros delitos ³	785	

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

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

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

3. Delitos no incluidos en los epígrafes anteriores.

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

Dentro de la categoría de delitos relacionados con las sustancias psicoactivas se incluyen los delitos contra la seguridad del tráfico, los delitos por receptación y otras conductas afines y los cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas o drogoinducidos. Las condenas por delitos contra la seguridad del tráfico (que suponen el 55,5% de las 10.917 condenas impuestas) y las correspondientes a delitos drogoinducidos (44%) acaparan la práctica totalidad de las condenas impuestas por delitos relacionados con sustancias psicoactivas. Los delitos contra la propiedad siguen concentrando el mayor porcentaje (76,3%) de condenas dentro de la categoría de delitos drogoinducidos.

Las características de las personas inculpadas en las sentencias analizadas difieren en función del tipo de delitos cometidos (Tabla 10.2). El perfil de los condenados por delitos contra la salud pública se corresponde con el de un varón (84,5%), con una edad media de 34 años, que cuando cometió el delito no estaba bajo los efectos de sustancias psicoactivas (82,7%) y que sólo en un reducido porcentaje de casos era reincidente (9,8%). Por lo que se refiere a los condenados por delitos relacionados con las drogas, se observa una mayor presencia de varones (95,5%), una edad media inferior (30 años), una mayor influencia de las drogas en la comisión de los delitos (43,1%) y una mayor presencia de inculpados reincidentes (20,9%).

Tabla 10.2. Características generales de los inculpados en delitos vinculados con sustancias psicoactivas (números absolutos, porcentajes y media). España, datos acumulados desde julio de 1998 hasta septiembre de 1999.

	Contra la salud pública	Relacionados con drogas	Total delitos
Total	5.724	10.917	16.641
Sexo			
Hombre	84,5%	95,5%	91,7%
Mujer	15,5%	4,5%	8,3%
Edad media	34	30	32
Grupo de edad (años)			
15-19	1,0%	0,6%	0,7%
20-24	5,1%	3,1%	3,8%
25-29	5,7%	4,5%	4,9%
30-34	6,3%	4,0%	4,8%
35-39	5,6%	2,0%	3,2%
40-44	3,6%	0,8%	1,8%
45-49	2,1%	0,4%	1,0%
50-54	1,2%	0,2%	0,5%
> 54	1,3%	0,1%	0,5%
Desconocido	68,0%	84,3%	78,7%
Delito cometidos bajo el efecto de sustancias psicoactivas			
Sí	17,3%	43,1%	34,2%
No	82,7%	56,9%	65,8%
Inculpados reincidentes			
Sí	9,8%	20,9%	17,1%
No	90,2%	79,1%	82,9%

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

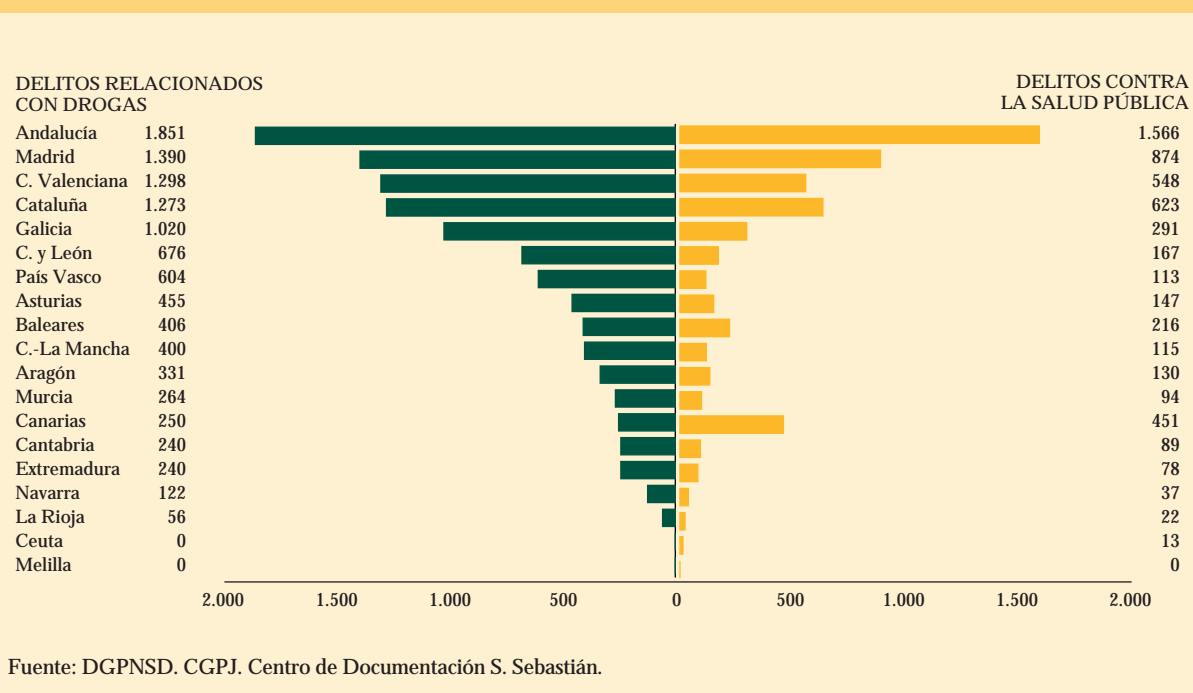
La distribución territorial de los delitos contra la salud pública (Tabla 10.3 y Figura 10.1) apunta a que son las Comunidades Autónomas de Andalucía con 1.566 delitos (27,3%), Madrid con 874 (15,2%), Cataluña con 623 (10,9%), Valencia con 548 (9,6%) y Galicia con 291 (5%) las que concentran el mayor número de éstos.

Por lo que respecta a los delitos relacionados con sustancias psicoactivas, señalar que la situación es similar, siendo las Comunidades de Andalucía (1.851 delitos), Madrid (1.390), Comunidad Valenciana (que con 1.298 supera en este caso a Cataluña), Cataluña (1.273) y Galicia (1.020) las que registran un mayor número de estos delitos.

Tabla 10.3. Distribución de los delitos relacionados con sustancias psicoactivas, según Comunidad Autónoma (números absolutos). España, datos acumulados desde julio de 1998 hasta septiembre 1999.

Provincias	Contra salud pública	Relacionados con drogas	Total delitos	Provincias	Contra salud pública	Relacionados con drogas	Total delitos
Andalucía				Cataluña			
Almería	128	126	254	Barcelona	443	926	1.369
Cádiz	419	120	539	Girona	76	144	220
Córdoba	49	152	201	Lleida	46	55	101
Granada	118	296	414	Tarragona	58	148	206
Huelva	119	52	171	Extremadura			
Jaén	86	252	338	Badajoz	48	159	207
Málaga	475	318	793	Cáceres	30	81	111
Sevilla	172	535	707	Galicia			
Aragón				La Coruña	113	482	595
Huesca	14	26	40	Lugo	51	102	153
Teruel	12	6	18	Orense	20	134	154
Zaragoza	104	299	403	Pontevedra	107	302	409
Asturias				Madrid	874	1.390	2.264
Baleares				Murcia	94	264	358
Canarias				Navarra	37	122	159
Las Palmas	243	167	410	País Vasco			
Sta. Cruz	208	83	291	Álava	15	56	71
Cantabria				Guipúzcoa	33	161	194
Castilla-La Mancha				Vizcaya	65	387	452
Albacete	26	72	98	Rioja	22	56	78
Ciudad Real	58	150	208	C. Valenciana			
Cuenca	10	68	78	Alicante	232	582	814
Guadalajara	8	56	64	Castellón	52	145	197
Toledo	13	54	67	Valencia	264	571	835
Castilla y León				Ceuta	13	0	13
Ávila	4	20	24	Melilla	0	0	0
Burgos	23	134	157	Total CCAA			
León	52	109	161	5.724	10.917	16.641	
Palencia	12	60	72	Fuente: DGPNSD. CGPJ. Centro de Documentación de San Sebastián.			
Salamanca	19	41	60				
Segovia	10	56	66				
Soria	5	25	30				
Valladolid	28	172	200				
Zamora	14	59	73				

Figura 10.1. Distribución de los delitos relacionados con sustancias psicoactivas, según Comunidad Autónoma (números absolutos). España, datos acumulados desde julio de 1998 hasta septiembre 1999.



2. CUMPLIMIENTOS ALTERNATIVOS A LA PRISIÓN

Los datos aportados por los 32 Servicios Generales de Atención al Detenido y/o Específicos de Atención al Detenido Drogodependiente que funcionaban a finales de 1999 en diferentes juzgados españoles, así como los procedentes de los Servicios Sociales Penitenciarios, confirman que un alto número de personas que se benefician de los cumplimientos alternativos a la pena privativa de libertad están relacionados con las drogodependencias.

La información facilitada por los distintos Planes Autonómicos sobre Drogas indica que durante 1999 fueron derivadas 832 personas a tratamiento desde los juzgados, a los que deben sumarse 1.884 reclusos derivados desde los propios centros penitenciarios. Por su parte, el número de sujetos que en dicho año se encontraban en situación de cumplimiento alternativo recibiendo tratamiento en dispositivos comunitarios se situó en 2.325, distribuidos en 160 dispositivos asistenciales: 18 pisos de cumplimiento de pena, 63 comunidades terapéuticas y 79 centros ambulatorios y/o asimilados (Tabla 10.4).

Tabla 10.4. Distribución por tipo de recurso terapéutico de las personas en situación de cumplimiento alternativo a la privación de libertad. España, 1999.

	Piso de cumplimiento	Comunidades terapéuticas	Centros ambulatorios
Número de dispositivos	18	63	79
Número de personas	1.081	658	1.559

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

11

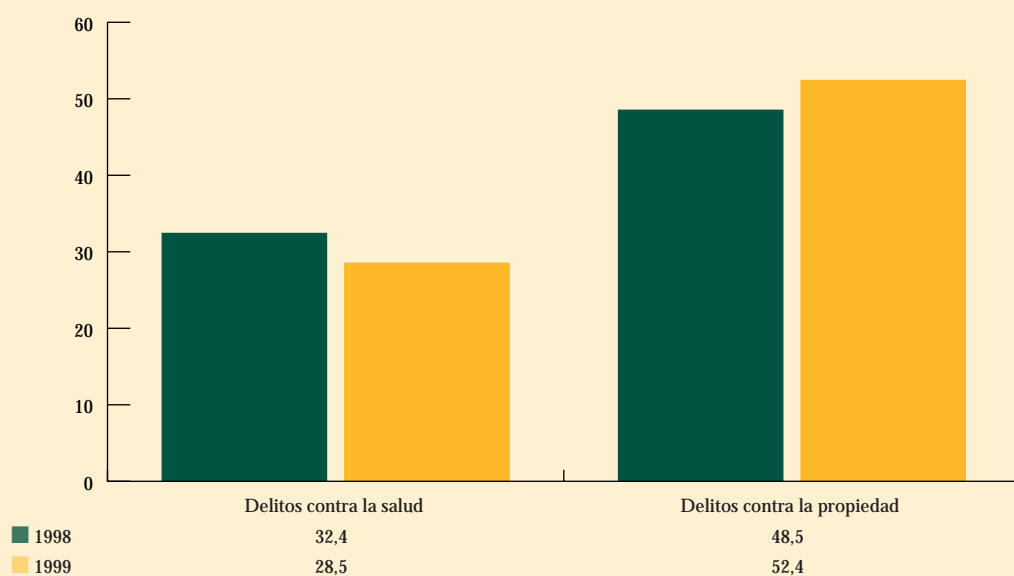
Indicadores de prisiones

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA

A fecha 31 de diciembre de 1999, la población reclusa española ascendía a 44.197 internos. El 91,5% de estos internos eran varones, el 35,5% tenía entre 31 y 40 años y un 75,5% eran pena-

dos, de los cuales el 56,9% eran reincidentes. El 28,5% de la población reclusa estaba imputada por delitos contra la salud pública y un 52,4% por delitos contra la propiedad. Los delitos contra la salud pública se han reducido en 1999 con respecto al año precedente, en que alcanzaron el 32,4% (Figura 11.1).

Figura 11.1. Evolución del número de internos por delitos contra la salud pública y contra la propiedad (porcentaje). España, 1998-1999.



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

2. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Las altas prevalencias entre la población reclusa de los consumos de drogas, así como de determinadas enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis B y C, VIH/sida) y la presencia de hábitos de consumo asociados con prácticas de riesgo de transmisión de las mismas, justifican que a lo largo de 1999 se haya intensificado el proceso de implantación y extensión en el medio penitenciario de programas específicos de atención a reclusos drogodependientes, además del número de las derivaciones a recursos comunitarios.

Durante 1999 un total de 30.934 internos drogodependientes fueron atendidos en programas de deshabituación y/o de reducción de daños en los centros penitenciarios españoles (Tabla 11.1). Por su parte, un total de 8.826 internos fueron derivados a recursos comunitarios externos (Figura 11.2). Los programas de mantenimiento con metadona, de los que se beneficiaron 21.851 reclusos en el marco de los programas penitenciarios y otros 4.681 internos adicionales en programas comunitarios externos, se configuran como la oferta terapéutica central en el contexto de los programas de carácter penitenciario, atendiendo al 70,65% de los reclusos que participaron en

Tabla 11.1. Usuarios tratados en Centros penitenciarios según modalidad terapéutica y Comunidad Autónoma (números absolutos). España, 1999.

	Tratamientos de deshabituación			Reducción del daño		
	Ambulatorio	Centro día	Modulares	PMM	PIJ	Total
Andalucía	1.077		507	5.390		6.974
Aragón	166			758		924
P. Asturias	55		446	554		1.055
Baleares	61			199		260
Canarias	125		374	760	15	1.274
Cantabria	67			545		612
Castilla-La Mancha	359	7		921		1.287
Castilla y León	595		219	1.429		2.243
Cataluña	1.505		117	2.952		4.574
C. Valenciana	241		155	1.688		2.084
País Vasco	595			939	486	2.020
Extremadura	107		31	694		832
Galicia	177	20	19	1.253	51	1.520
Rioja					103	103
Madrid	328	56	371	2.890		3.645
Murcia	275			540		815
Navarra	5			130	453	588
Ceuta		4		85		89
Melilla		14		21		35
Total	5.738	101	2.239	21.851	1.005	30.934

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

PIJ: Programas de Intercambio de jeringuillas.

programas terapéuticos dentro de las prisiones y al 53% de quienes lo hicieron en programas externos a éstas.

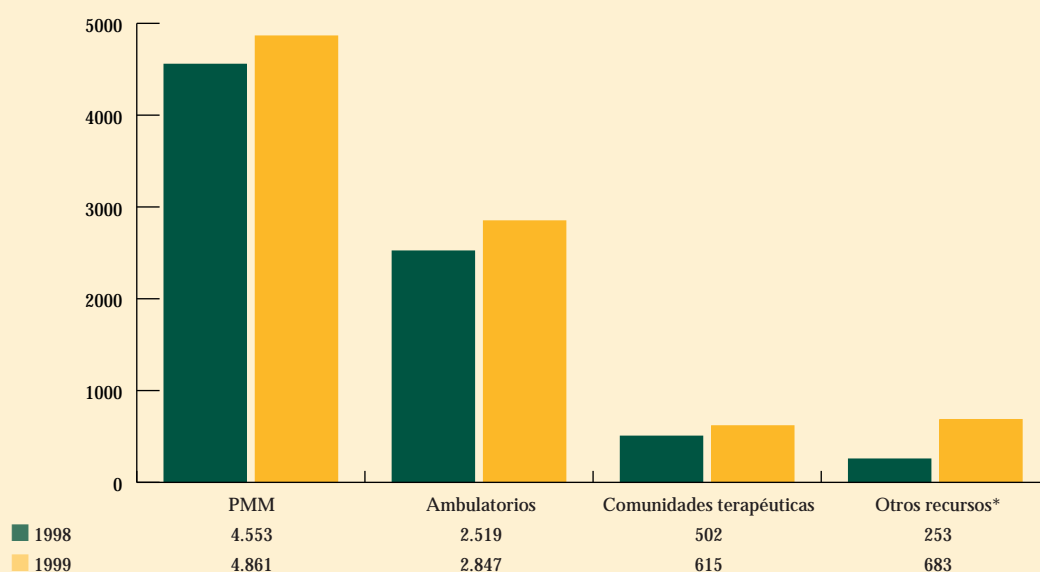
Si se analiza la evolución seguida en el período 1998-99 (1998 es el primer año en el que se dispone de los datos de la población penitenciaria de Cataluña) por los usuarios que han participado en los distintos programas de tratamiento desarrollados en los propios centros penitenciarios (Figura 11.3), puede comprobarse como en 1999 se incrementó en un 10,8% el número de internos atendidos. Los beneficiarios de los programas de mantenimiento con metadona (que pasaron de 5.738 a 6.044) con un crecimiento del 14,5%, y de los programas de intercambio de jeringuillas (que crecieron un 108,9%) fueron los que registraron una mayor tendencia alcista. Los programas modulares (que se realizan en módulos específicos de las prisiones) mantuvieron estable el número de internos, mientras que los programas de tipo ambulatorio vieron reducir

el número de beneficiarios en un 4,8%. Las Comunidades Autónomas de Andalucía (6.974), Cataluña (4.574) y Madrid (3.645) son las que registran un mayor volumen de beneficiarios en estos programas (Tabla 11.1).

Como se ha comentado anteriormente, las derivaciones de reclusos a programas comunitarios de tratamiento externos también aumentaron en 1999 respecto a 1998. Los internos derivados a comunidades terapéuticas, centros ambulatorios, programas de mantenimiento con metadona y a otros recursos de deshabituación crecieron respectivamente en un 22,5, 13, 2,8 y 170% (Figura 11.2).

Las actividades de carácter asistencial se completaron con el desarrollo de programas de prevención y de educación para la salud, de los que se beneficiaron en 1999 un total de 15.278 reclusos. Asimismo, en dicho año, 9.671 internos iniciaron cursos de Formación Profesional y otros 1.002 Cursos de Orientación Laboral.

Figura 11.2. Evolución del número de internos en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que han sido derivados a recursos comunitarios (números absolutos). España, 1998-1999.

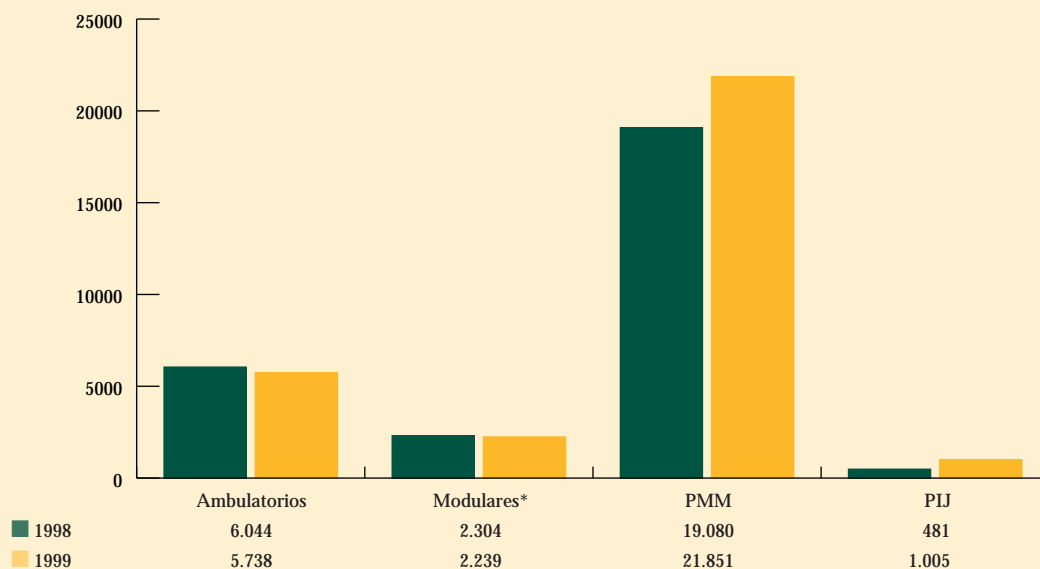


* Esta categoría incluye dispositivos orientados a la reinserción laboral y social de los internos.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Nota: Los datos de la Comunidad Autónoma de Cataluña han sido facilitados por el Órgano Técnico de Drogodependencias.

Figura 11.3 Evolución del número de internos consumidores de sustancias psicoactivas admitidos en programas de deshabituación y/o de reducción del daño (números absolutos). España, 1998-1999.



* Modulares: Programa de deshabituación desarrollado en el interior de la prisión en un espacio terapéutico específico en el cual el paciente pernocta.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Nota: Los datos de la Comunidad Autónoma de Cataluña han sido facilitados por el Órgano Técnico de Drogodependencias.

12

Anexos

1. SONDAS DE INFORMACIÓN RÁPIDA

Fecha: Julio de 2000.

Origen: Secretaría General Interpol y Europol.

Fuente: Gabinete de Evaluación, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Extracto: Sobre la aparición de PMA (4-MA-4-Metoxianfetamina) y PMMA (4-metoxi-n-metil-anfetamina) comercializado en pastillas con el logotipo "Mitsubichi" y que habían provocado la muerte de varias personas en Australia, Estados Unidos, Dinamarca, Reino Unido y Alemania.

Fecha : 11 de agosto de 2000.

Origen: Vigo, Dependencia Provincial de Sanidad.

Fuente: Subdelegación Gobierno Pontevedra.

Extracto: Sobre el análisis efectuado a comprimidos con el logotipo MITSUBISHI que han resultado ser MDMA y no PMA (Para-metoxianfetamina o Para-Metoxi-Alfa-Metilfenetilamina) ni PMMA (Para-metoximetanfetamina o Parametoximetilanfetamina).

Fecha: 28 de agosto de 2000.

Origen: Barcelona, Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno en Cataluña.

Fuente: Gabinete de Evaluación, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Extracto: Sobre el análisis efectuado a comprimidos, de color marrón y sin logotipo, decomisados en Tarragona. En el análisis se ha detectado cafeína, procaína y PMMA.

Sondas con contenidos similares fueron recibidas el 22-09-2000 de la Agencia Española del Medicamento y el 13-10-2000 del Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno de Cataluña, en el segundo de los casos referidos a comprimidos de color blanco.

Fecha: 19 de diciembre de 2000.

Origen: Ibiza, Laboratorio de Sanidad de Palma de Mallorca.

Fuente: Gabinete Coordinación. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Extracto: Decomiso de 2.385 comprimidos de color blanco con el logotipo "captagom" que resultan ser 2,5-Dimetoxi-4-Bromoanfetamina, o también 4-Bromo-2,5-Dimetoxianfetamina, sustancia alucinógena conocida como DOB. Se trata de una anfetamina alucinógena de origen sintético perteneciente a un grupo de sustancias con efectos alucinógenos derivadas de variaciones químicas Mescalina-Anfetamina. La primera detección de la DOB en España se realizó en 1994, habiéndose producido decomisos de un reducido número de unidades en años posteriores (4 en 1996, 6 en 1997 y 2 en 1998).

Fecha: 8 de enero de 2001.

Origen: Vigo, Brigada Policía Judicial. UDYCO, Grupo de Estupefacientes.

Fuente: Dirección General de la Policía.

Extracto: Se informa sobre el notable incremento del tráfico de heroína en esa demarcación policial y su zona de influencia en el año 2000. Se cita como posible causa la fuerte demanda en Portugal con el consiguiente tráfico hacia ese país.

2. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Este apartado, que a partir de este número se incorpora a los Informes del Observatorio Español sobre Drogas, recoge diversos estudios e investigaciones realizados recientemente sobre el conjunto de temas que aborda el Observatorio Español sobre Drogas, con el fin de contribuir a su difusión. En el presente número se recogen diversos estudios y artículos publicados a desde el 1 de enero de 2000.

Ayuntamiento de Madrid-EDIS. *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 2000.

Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Colomo C, y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la Monitorización del VIH y las Prácticas de Riesgo en Inyectores de Drogas. "Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas." *Rev Clín Esp* 2000; 200(7): 355-359.

Castillo I, Pérez V. "Cambio en la pauta de administración de drogas en la Comunidad Autónoma Vasca: Evolución durante el periodo 1991-1996." *Rev Esp Salud Pub.* 2000; 74 (2):119-129.

Del Río MC, Álvarez FJ. "Presence of illegal drugs in drivers involved in fatal road traffic accidents in Spain." *Drug Alcohol Depend* 2000; 57: 177-182.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. *Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 1999*.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. 2000. EMCDDA. Lisboa, 2000.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2000.

Instituto Deusto de Drogodependencias. *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria, 2000.

Instituto de la Juventud. *Informe juventud 2000*. Instituto de la Juventud. Madrid, 2001.

Instituto de la Mujer-EDIS. *El consumo de drogas dentro del colectivo femenino*. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.

Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia del sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2000*. Registro Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

IREFREA y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. *Salir de marcha y consumo de drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.

Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P y Villalbi JR. "Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona." *Gac Sanit* 2000; 14(1): 58-66.

Navarro J, Megías E y Gomez E. *Consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II)*. Generalitat Valenciana, 2000.

Varios autores. *Valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundación "La Caixa". Barcelona, 2000.