

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

INFORME 2004



OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

INFORME 2004

INFORME 2004 DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

Situación y tendencias de los problemas de drogas en España

REDACCIÓN

- Aurora Ruiz (Observatorio Español sobre Drogas –OED–. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas –DGPNSD–)
- Gregorio Barrio (OED, DGPNSD)
- José Miguel Mata (DGPNSD)

AGRADECIMIENTOS

El Observatorio Español sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas quieren agradecer su contribución a este informe a:

- Los responsables de los sistemas autonómicos de información sobre drogas y los coordinadores de los Planes de Drogas de las Comunidades Autónomas.
- Gabinete de Análisis y Prospectiva sobre Tráfico de Drogas, Blanqueo de Capitales y Delitos Conexos, Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior.
- Ministerio de Educación y Ciencia.
- Subdirección General de Alimentación del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.
- Instituto Nacional de Toxicología, Ministerio de Justicia.
- Teresa Brugal (Agencia de Salud Pública de Barcelona) y Antonia Domingo-Salvany (Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona).
- Cristina Infante y Mercedes Rubio (DGPNSD).
- Isabel Noguer y Luis de la Fuente (Secretaría del Plan Nacional sobre Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo).
- María José Bravo (Organización Panamericana de la Salud).

Información del Observatorio Español sobre Drogas (OED)

Dirección	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono	91 822 00 00
Fax	91 822 61 08
Internet	www.msc.es/pnd/
Correo electrónico	cendocu@pnd.msc.es



Edita: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Diseño y maquetación: Quadro

Imprime: Rumagraf S. A.

NIPO: 351-05-043-2

Depósito legal: M-47478-2005

U

n objetivo importante de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es ofrecer a las instituciones y a la sociedad civil, a través del Observatorio Español sobre Drogas (OED), una visión global de la situación y tendencias del consumo, los problemas y la oferta de drogas en España. Los informes anuales del OED son quizás el instrumento principal para expresar y difundir esta visión.

En este sentido, el Informe 2004 que ahora presentamos ofrece un gran volumen de información organizada y estructurada que permitirá a los lectores formarse una imagen bastante completa del problema de las drogas en nuestro país. Por primera vez se han incluido de forma conjunta los resultados actualizados de las series históricas de las encuestas domiciliarias y escolares promovidas por la DGPNSD. Igualmente, se incluye una nueva estimación de las muertes relacionadas con el consumo de drogas que nos acerca más a la verdadera dimensión del problema que las que se habían realizado hasta ahora.

De la lectura del informe se desprende que en los últimos años han cambiado sustancialmente las características de los problemas de drogas en España. Han descendido de forma importante, aunque no lo suficiente, los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas ilegales, principalmente muertes por intoxicación aguda y nuevas infecciones por VIH. Sin embargo, las nuevas formas de consumo (sobre todo el consumo de psicoestimulantes en un contexto recreativo) generan problemas nuevos, principalmente neuropsiquiátricos, cardiopulmonares o sociales (familiares, escolares, laborales). El reto en los próximos años será precisamente prevenir y reducir estos nuevos problemas a la vez que se sigue actuando sobre el contexto anterior para reducir más las muertes por intoxicación aguda (que han descendido muy lentamente), mantener bajo control las epidemias de infección por VIH y virus de la hepatitis asociadas a la inyección de drogas, y disminuir el impacto del consumo de alcohol y drogas psicoactivas en los accidentes.

Carmen Moya García
Delegada del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Índice

Presentación	3
Introducción	7
Resumen	9
Capítulo 1. Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas	13
1.1. Encuestas sobre drogas en población general	15
1.2. Encuestas sobre drogas en población escolar	57
1.3. Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de drogas	99
Capítulo 2. Problemas relacionados con las drogas	103
2.1. Tratamientos por abuso o dependencia de drogas	105
2.2. Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas	128
2.3. Infecciones en consumidores de drogas	132
2.4. Mortalidad relacionada con las drogas	137
2.5. Diligencias y denuncias por conducir con tasa de alcoholemia superior al límite legal	153
Capítulo 3. Oferta de drogas y control de la misma	157
3.1. Demanda directa de bebidas alcohólicas	159
3.2. Ventas de tabaco	163
3.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas	167
3.4. Precio y pureza de las drogas	172
3.5. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas	173
3.6. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública	177

Introducción

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

Las principales fuentes o métodos utilizados para elaborar los informes del OED son: 1) los tres indicadores de problemas de drogas (tratamiento, urgencias y mortalidad) gestionados desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, 2) la *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España* (EDADES), 3) la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES), 4) los indicadores sobre oferta y control de la oferta, 5) estudios coyunturales o sin periodicidad fija promovidos por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), como la *Encuesta de Consumidores de Heroína y Cocaína en Tratamiento*, 6) información sobre drogas psicoactivas elaborada rutinariamente por otras instituciones (Ministerio de Sanidad y Consumo; Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; Ministerio de Economía y Hacienda; comunidades autónomas; etc.) y 7) publicaciones sobre drogas psicoactivas. Es importante destacar que buena parte de la información que se vuelca en estos informes se obtiene gracias a la colaboración que prestan los Gobiernos de las Comunidades Autónomas.

A partir del 2004 los informes del OED dejan de numerarse de forma correlativa (*Informe nº 1*, *Informe nº 2*, etc.) y pasan a denominarse según el año en que se cierra la recogida de la información que contiene. Por otra parte, el contenido del Informe 2004 se ha estructurado de forma diferente a los anteriores. En concreto, se incluyen tres grandes capítulos: el primero sobre la evolución del consumo, las opiniones y las percepciones de la población ante las drogas, que incluye fundamentalmente datos de las encuestas domiciliarias y escolares; el segundo sobre la evolución de los problemas relacionados con las drogas, que incluye principalmente datos de los indicadores de problemas de drogas (tratamiento, urgencias, mortalidad e infecciones) y el tercero sobre la evolución de la oferta de drogas, que incluye datos del mercado de alcohol y tabaco, y de los indicadores de control de la oferta de las drogas de comercio ilegal. Como novedades, es importante destacar que en este informe se incorpora una estimación nacional del número de muertes relacionadas con el consumo de drogas más completa que la del *Informe nº 6*, incluyendo datos evolutivos para el período 1994-2001. Además, se incorpora un análisis detallado de la evolución de los resultados de EDADES (1994-2004) y ESTUDES (1995-2003), utilizando un sistema de análisis y ponderación uniforme para todas las encuestas realizadas hasta el momento. Finalmente, se ha ampliado y mejorado la información sobre infecciones en consumidores de drogas (infección por VIH y virus de las hepatitis B y C).

Las conclusiones más destacadas que se derivan del análisis de los datos sobre consumo y problemas de drogas disponibles hasta 2004, referidas, salvo que se indique otra cosa, al conjunto de España, son las siguientes:

- **Tabaco:** En 2003 un 35,1% de la población de 15-64 años residente en España fumaba tabaco diariamente. Las encuestas domiciliarias y escolares del OED no permiten concluir que en los últimos años se haya producido un descenso claro de la prevalencia de consumo. Más bien da la impresión de que en los años más recientes se ha roto la tendencia descendente y el consumo ha vuelto a aumentar, sobre todo entre las mujeres de 35-64 años, entre las que la prevalencia de consumo diario pasó de 19,1% en 1997 a 27% en 2003. Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años el consumo se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2004, aunque entre los de 14-16 años podría haber descendido algo.
- **Alcohol:** Es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2003, en los 12 meses previos a la encuesta, un 48,2% de la población de 15-64 años había tomado semanalmente bebidas alcohólicas y un 21,2% se había emborrachado. Por otra parte, en los 30 días previos, un 14,1% había consumido diariamente bebidas alcohólicas y un 5,3% había sido “bebedor de riesgo”, incluyendo como tal a los hombres con un consumo de 50 cc de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más. El consumo está bastante más extendido durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo entre la población menor de 34 años. En la población de 15-64 años se aprecia una tendencia a la estabilidad del consumo en el período 1997-2003. Por su parte, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado el consumo intenso. De hecho, en este grupo, la prevalencia de borracheras en los 30 días previos a la encuesta pasó de 20,7% en 1994 a 34,8% en 2004 y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días de 8,6% en 1996 a 12,3% en 2004. Las ventas de bebidas alcohólicas *per capita* siguieron una tendencia descendente hasta 2002, pasando de 108,4 litros anuales en 1993 a 90,1 litros en 2002, y volvieron a aumentar en 2003 (92,3 litros). El consumo de bebidas alcohólicas tiene una implicación importante en los accidentes de tráfico. En una muestra amplia de conductores fallecidos en accidentes de tráfico la prevalencia de alcoholemias positivas (iguales o superiores a 0,3 g/l) pasó de 42,7% en 2001 a 34,7% en 2003.
- **Problemas graves relacionados con drogas ilegales:** Globalmente, en los últimos años han disminuido los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas ilegales, como las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas (DRD) y el número de inyectores de drogas infectados por VIH. El número de muertes DRD disminuyó fuertemente entre 1992 y 1994, pasando de aproximadamente 2.000 muertes anuales en 1992 a 1.067 en 1994; sin embargo en 1996 volvió a aumentar a 1.310 y luego disminuyó muy lentamente hasta 923 en 2001 (último año en el que se dispone de estimaciones nacionales). El número de nuevas infecciones por el virus de la inmunodefici-

ciencia humana –VIH– en inyectores de drogas (que pasó de 12.000-15.000 en 1985-1987 a menos de 1.000 a finales de los noventa). Estos hechos se relacionan muy probablemente con el descenso del número de inyectores y con la expansión de los tratamientos de mantenimiento con metadona y otros programas de reducción del daño. La disminución de los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas y del número de inyectores son probablemente el factor más importante para explicar el descenso de la importancia atribuida por la población al problema de las drogas en los últimos años. En cualquier caso, los problemas graves no han desaparecido. De hecho, se siguen produciendo en España entre 800 y 900 muertes anuales directamente relacionadas con el consumo de drogas, sin que se haya producido el descenso intenso que habría cabido esperar, lo que debería mover a la reflexión sobre la extensión y el tipo de intervenciones que se han desarrollado. Por otra parte, entre los inyectores de drogas, más del 30% continúan infectados por VIH y más del 70% por el virus de la hepatitis C, y aunque el descenso del número de inyectores ha contribuido a disminuir fuertemente el problema del sida y de la hepatitis, se siguen todavía produciendo nuevas infecciones. De hecho, en un estudio realizado entre 2001 y 2004 se ha estimado que la tasa anual de seroconversión (VIH negativos que se positivizan) entre los inyectores de drogas de Madrid y Barcelona era de 3,2%.

■ **Heroína:** Continúa siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas detectados en España, pero están disminuyendo mucho tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Es cada vez más difícil encontrar consumidores jóvenes de heroína, al menos en los escenarios tradicionales, y todos los indicadores del OED (indicadores de control de la oferta, consumo en población general, estimaciones del consumo problemático de opiáceos, tratamientos, urgencias o muertes relacionados con el consumo de heroína) muestran una tendencia descendente. En algunos casos la caída ha sido muy acentuada. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996 y 5.051 en 2002, y el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opiáceos en seis grandes ciudades de 544 en 1992 a 391 en 1996 y 221 en 2002. Se ha producido un importante descenso del uso de la inyección para consumir heroína, que según los últimos datos parece haberse detenido. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3% en 1991 a 17,5% en 2001 y 18,2% en 2002. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”). Por otra parte, la inyección como vía de consumo de heroína continúa teniendo bastante relevancia en el nordeste de la península y Baleares.

■ **Cocaína:** Es claramente la segunda droga ilegal en España en cuanto al volumen de problemas generados. Además, en los últimos años ha aumentado mucho tanto el consumo como los problemas asociados. Todos los indicadores del OED son consistentes a la hora de mostrar el aumento. Por ejemplo, la prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003, y entre los estudiantes de 14-18 años de 1,8% en 1994 a 7,2% en 2004, el número de tratados por primera vez en la vida de 932 en 1992 a 7.125 en 2002. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas en que se menciona cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 49% en 2002, y la proporción de muertes por reacción aguda a drogas en que se detecta cocaína y no opioides pasó de 1,2% en 1983-1989 a 11,3% en 2002. Además, en España podría estar aumentando el uso problemático de cocaína fumada (generalmente, cocaína-base o *crack*), pero habrá que esperar a los datos de los indicadores de 2003 para confirmar que no se trata de una mala clasificación de los casos entre la vía esnifada y pulmonar.

■ **Cannabis:** Es la droga ilegal más extendida en España y la que se consume a una edad media más temprana. El consumo suele ser de carácter esporádico, pero en 2004 un 1,5% de la población de 15-64 años lo había consumido diariamente en los últimos 30 días. En los últimos años ha aumentado considerablemente su consumo. La prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pasó de 18,2% en 1994 a 36,8% en 2004, y en la población general de 15-64 años de 7,5% en 1995 a 7% en 1999 y 11,3% en 2003. Se aprecia también

un aumento importante de los tratamientos por abuso o dependencia de cannabis (que pasaron de 1.613 en 1996 a 4.772 en 2002) y de la presencia de cannabis en las urgencias hospitalarias, aunque es preciso estudiar con mayor detenimiento el papel del cannabis en estos eventos. En 2002 no se registraron muertes por reacción aguda a drogas en que se detectara exclusivamente cannabis.

■ **Éxtasis y anfetaminas:** No es posible separar de forma clara las anfetaminas de los derivados de las feniletilaminas tipo “éxtasis”, porque la población a veces consume anfetaminas creyendo que se trata de “éxtasis”. No es fácil apreciar tendencias claras de consumo de estas drogas ni en la población general ni en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, aunque el consumo no parece estar aumentando. Más bien se aprecia cierto descenso en los años más recientes. En cuanto a los problemas asociados, se observa un aumento del número de tratamientos por éxtasis (pasando de 226 en 1996 a 135 en 1999 y 452 en 2002), y de las urgencias en que se menciona su consumo (pasando de 1,6% en 1996 a 6,3% en 2002). Por su parte, los tratamientos por anfetaminas y la proporción de urgencias en que se mencionan estas sustancias están relativamente estabilizados. En 2002 se registró una muerte con presencia exclusiva de anfetaminas y no se registraron muertes en que se detectaran exclusivamente derivados de las feniletilaminas.

■ **Alucinógenos:** El consumo de LSD y otros alucinógenos ha descendido ligeramente en los últimos años, tanto en la población general como entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, entre los que ha pasado de 4,4% en 1994 a 3,1% en 2004. Los problemas detectados en España en relación con el consumo de estas drogas son escasos. En los últimos años el número de tratamientos por abuso de alucinógenos se ha mantenido relativamente estable y ha descendido la mención de alucinógenos en las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas.

■ **Hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos):** El consumo de hipnosedantes sin receta médica ha aumentado en los últimos años. Así, en la población de 15-64 años, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses ha pasado de 2,3% en 1997 a 3,1% en 2003. Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años el consumo sin receta se ha mantenido estable. Han aumentado también los problemas asociados al consumo de estas sustancias. De hecho, el número de admisiones a tratamiento ha pasado de 186 en 1996 a 592 en 2002; la proporción de mención de hipnosedantes en las urgencias por reacción aguda a drogas de 25,7% en 1996 a 34,1% en 2002 y, la detección de estas sustancias en las muertes directamente relacionadas con las drogas de 47,7% en 1996 a 54% en 2002. En la inmensa mayoría de los casos los hipnosedantes consumidos son benzodiazepinas, siendo actualmente el alprazolam (Trakimazin^R) la benzodiazepina que se menciona con mayor frecuencia entre los admitidos a tratamiento, atendidos en urgencias y muertos por reacción aguda a drogas.

■ **Opiáceos diferentes a heroína:** Su consumo es minoritario y no se aprecian tendencias claras en la prevalencia de consumo. Es posible que hayan aumentado los problemas por opiáceos diferentes a heroína, principalmente metadona, pero son necesarios estudios y análisis más detallados para afirmarlo con rotundidad. Por ejemplo, la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a drogas en que se detectan opioides o cocaína ha aumentado considerablemente desde 1996, pero el número de muertes de este tipo en que sólo se encuentra metadona sigue siendo escaso (2,7% en 2001 y 1,8% en 2002).

■ **Inhalables volátiles:** En los últimos años se aprecia un cierto aumento de la experimentación con estas sustancias tanto en la población general como en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. Por su parte, la prevalencia de consumo reciente se han mantenido bastante estable. El volumen de problemas asociados a inhalables volátiles es ínfimo, pero podría estar aumentando. Así, el número de tratamientos por estas sustancias pasó de 18 en 1998 a 45 en 2002.

■ **Diferencias intersexuales:** Salvo en el caso de los hipnosedantes, la prevalencia de consumo de drogas es bastante más elevada entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en el caso de las drogas de comercio ilegal donde la prevalencia de los hombres suele ser varias veces más alta. Entre

los jóvenes de 15-34 años se producen diferencias en el mismo sentido, pero la magnitud de las diferencias en el caso del alcohol, y sobre todo del tabaco, se reducen de forma importante. En el caso de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, la prevalencia de consumo de tabaco es más alta en las mujeres que en los hombres (en 2004 un 18,4% de los hombres y un 24,1% de las mujeres habían fumado diariamente en los últimos 30 días). En 2002 la razón hombre/mujer en las admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad por reacción aguda a drogas fue, respectivamente, 5,5, 2,6 y 7,3. La prevalencia de infección por VIH en inyectores es más alta entre las mujeres que entre los hombres, aunque la prevalencia de inyección es bastante menor entre las mujeres que entre los hombres. A pesar de la opinión prevalente, la magnitud del predominio masculino en el consumo y los problemas de drogas ilegales no ha variado mucho en la última década.

■ **Percepción del riesgo ante el consumo de drogas:** El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas (medido por la proporción de personas que piensa que una determinada conducta puede provocar bastantes o muchos problemas) puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura del consumo. En los últimos años ha disminuido claramente el riesgo percibido ante el consumo de alcohol, cannabis e hipnosedantes, tanto en la población general de 15-64 años, como entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. Además, en este último grupo disminuyó también el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína. En el caso del resto de las conductas de consumo se mantuvo relativamente estable o aumentó ligeramente. La caída del riesgo percibido ha sido especialmente intensa en el caso del cannabis; de forma que entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años la proporción de los que pensaban que el consumo esporádico de esta droga podía producir muchos o bastantes problemas pasó de 60% en 1994 a 36,9% en 2004.

■ **Disponibilidad de drogas percibida:** En los últimos años ha aumentado la disponibilidad percibida de cannabis y cocaína (medida por la proporción de los que consideran que les sería fácil o muy fácil conseguir estas sustancias), tanto en la población general de 15-64 años como en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, aunque en la población general se aprecia una cierta estabilización a partir de 2001. Entre los estudiantes de 14-18 años ha aumentado también muy ligeramente la disponibilidad percibida de bebidas alcohólicas, heroína y éxtasis.

1

**Consumo, percepciones y
opiniones de la población ante las drogas**

1.1. ENCUESTAS SOBRE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL

Introducción

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

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

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2003.

Objetivos

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

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

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- d) Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- e) Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- f) Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.

Metodología

En las encuestas de 1999, 2001 y 2003 se mantuvieron las innovaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el con-

sumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre dichas encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados. La encuesta de 1995 tiene algunas diferencias metodológicas con respecto a las otras cuatro de la serie.

■ Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. Sin embargo, la base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye solamente a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.) y la población sin techo.

■ Muestra

En 2003 el número de entrevistados fue de 12.033. Entre 1995 y 2003 el tamaño de la muestra se ha mantenido en torno a 12.000 en las sucesivas encuestas, excepto en 1995 que fue de 8.888 y en 2001 que llegó a 14.113.

La distribución de la muestra por Comunidades Autónomas fue desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2003, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades financiaron una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2003, por ejemplo, financiaron ampliaciones 6 comunidades (Baleares, Cantabria, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja). El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 100 encuestados en Ceuta, 100 en Melilla y 1.246 en Madrid, situándose la mayor parte de las comunidades entre 400 y 900 encuestados (Tabla 1.1.1).

La distribución por edades fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas. En 2003 el número de

entrevistados, en el conjunto nacional, superó los 1.000 por grupo quinquenal hasta la edad de 44 años, y los 700 entre los 45 y los 64 años (Tabla 1.1.1).

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápico:

- En la primera etapa se seleccionaron secciones censales (1.080 en 2003), correspondientes a un cierto número de municipios (478 en 2003), de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.
- En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo el procedimiento no probabilístico de rutas aleatorias. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta, el callejero de la sección censal y la hoja de croquis. En la encuesta de 2003 se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).
- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios *ad hoc* que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

No se admitieron sustituciones ni de edificios, ni de hogares ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables —negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc.—, se sobredimensionó inicialmente la muestra.

Tabla 1.1.1. Distribución de la muestra de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EADDES) según comunidad autónoma, grupo de edad, sexo y año. España 1995-2003.

	1995						1997						1999						2001						2003					
	15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Andalucía	288	331	131	202	245	279	158	203	216	225	165	272	263	230	206	233	254	217	195	262										
Aragón	101	134	75	94	119	112	96	109	111	119	99	106	192	197	198	226	116	115	94	118										
Asturias	130	137	50	71	204	170	169	153	95	117	106	133	123	106	79	121	126	115	82	110										
Baleares	96	110	47	59	195	234	145	218	125	198	155	204	247	322	281	311	329	283	240	306										
Canarias	123	173	65	98	131	148	85	97	112	159	89	102	296	262	271	287	121	119	120											
Cantabria	93	102	25	53	115	117	81	77	143	171	121	151	149	136	146	177	163	146	116	182										
C.-La Mancha	143	168	84	89	132	135	118	101	134	118	106	120	244	237	226	264	115	110	115	129										
C. y León	224	190	71	125	239	244	183	215	230	237	220	220	130	134	136	134	149	135	109	142										
Cataluña	324	317	129	155	216	259	172	206	220	221	186	221	212	207	180	265	232	211	182	232										
C. Valenciana	206	257	101	153	298	321	234	298	300	316	242	298	245	278	290	360	166	151	155	197										
País Vasco	165	206	85	103	154	144	119	125	124	142	117	153	119	116	144	152	126	132	129	133										
Extremadura	126	136	54	60	263	266	212	240	227	249	235	269	251	264	264	232	293	244	209	258										
Galicia	180	215	94	141	160	154	120	165	138	142	147	196	117	115	152	179	139	151	114	156										
Rioja	57	60	30	48	78	70	52	56	208	181	177	164	193	187	187	194	207	180	159	188										
Madrid	258	292	96	198	309	329	210	248	263	276	195	284	334	298	266	354	339	326	253	328										
Murcia	124	121	50	80	222	242	138	190	207	213	151	209	210	218	178	200	226	227	158	189										
Navarra	62	101	43	60	90	89	64	73	72	79	76	84	85	92	99	111	96	94	104											
Ceuta	13	30	17	25	94	85	56	63	84	86	62	75	25	27	20	29	25	26	22	27										
Melilla	8	12	8	6	132	104	80	77	13	22	14	17	30	24	21	25	25	22	24	29										
Total	2.721	3.092	1.255	1.820	3.396	3.502	2.492	2.914	3.022	3.271	2.663	3.278	3.465	3.450	3.344	3.854	3.247	3.004	2.572	3.210										

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EADDES).

■ Cuestionario y trabajo de campo

En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, y en 1995 uno bastante diferente. Ambos cuestionarios incluían preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones frente al problema de las drogas y las respuestas. En el cuestionario de 1997-2003, las preguntas sobre consumo de drogas figuraban en un cuadernillo aparte y, excepto las de alcohol, fueron autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación sobre el cuestionario), y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado). Para garantizar la confidencialidad durante la autocumplimentación, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, debía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar. La información de las personas que se negaron o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara. La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre frecuencia de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, número de días de consumo en los últimos 30 días, y referido a los mismos 30 días la frecuencia de consumo de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana y el número medio de vasos, copas o cañas de cada bebida que consumió cada día laborable y cada fin de semana conjunto (viernes+sábado+domingo) durante el período citado. Las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se plantearon separadamente para tranquilizantes o sedantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y para somníferos (pastillas para dormir) y se refieren exclusivamente al consumo sin receta médica en los últimos 12 meses. Final-

mente, las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o *crack*, heroína, opiáceos diferentes a heroína, alucinógenos, éxtasis y anfetaminas o espid) e inhalables volátiles se refieren al consumo alguna vez en la vida, frecuencia de consumo en últimos 12 meses y frecuencia de consumo en últimos 30 días.

Por lo que respecta a las preguntas sobre consumo de drogas en el cuestionario de 1995, se aprecian algunas diferencias importantes con respecto al de 1997-2003. Por ejemplo: 1) las preguntas sobre cantidad de alcohol consumida se referían al número de vasos o copas de cada uno de los tipos de bebidas consumidos durante el último día laborable y durante el último fin de semana completo (viernes+sábado+domingo). 2) Las preguntas sobre hipnosedantes se refieren tanto al consumo sin receta como con receta. 3) Las preguntas sobre consumo de inhalables volátiles y drogas de comercio ilegal fueron autocumplimentadas con papel y lápiz como en 1997-2003, pero la presentación era muy diferente, incluía saltos y no se preguntaba por el consumo en los últimos 30 días. Además, al preguntar por el consumo alguna vez en la vida sólo se presentaba la respuesta afirmativa, con lo que fue imposible en el momento del análisis de separar a los que no habían consumido una droga concreta de los que no habían contestado la pregunta.

En 1995 la selección de la muestra y el trabajo de campo fueron realizados por la empresa EDIS SA y en 1997-2003 por SIGMA DOS. En ningún caso se realizó supervisión externa de dichos trabajos. En 2003 la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 49%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (21,4%), ausencia de todos los miembros del hogar (17%), negativas de la persona seleccionada (6,9%), ausencia de la persona seleccionada (5,7%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios y días distintos.

En la encuesta de 2003 la mayor parte del trabajo de campo se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2003; pero en algunos lugares hubo que posponer el trabajo hasta febrero o marzo de 2004 para evitar la influencia del período navideño en las preguntas referidas al consumo durante los últimos 30 días.

Las encuestas fueron realizadas por 286 trabajadores de campo. Por lo que respecta a la supervisión, un 37,1% de las entrevistas fueron supervisadas (un 26,2% de forma telefónica y un 5,5% personalmente con visita a los hogares).

■ Análisis

La distribución desproporcional de la muestra por edad y comunidad autónoma no permite agregar directamente los resultados, por lo que fue necesario ponderarlos. Para devolver la proporcionalidad a la muestra, los resultados de cada encuesta se ponderaron por comunidad autónoma (19 grupos), edad (50 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1.900 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del diseño muestral, y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia del hogar de los hombres. Este sistema de ponderación es algo diferente al utilizado por las empresas adjudicatarias (EDIS en 1995, SIGMA DOS en las posteriores) en la tabulación de las distintas encuestas anuales, por lo que los resultados numéricos pueden variar ligeramente.

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de las prevalencias de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población española de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo, por grupo de edad (15-34 y 35-64 años) y por los cuatro grupos resultantes de combinar el

grupo de edad y el sexo. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo diferentes a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo (como sucede a veces con los efectuados por la empresa de campo). En concreto, infraestiman las prevalencias de consumo de drogas.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de prevalencia de consumo en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días, indicadores de consumo habitual (prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses, prevalencia de consumo durante más de 8 días en los últimos 30 días y prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días), indicadores de consumo problemático (prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y prevalencia de bebedores de riesgo en últimos 30 días). Se consideraron bebedores de riesgo a las personas con un consumo medio igual o superior a 50 (hombres) ó 30 (mujeres) centímetros cúbicos de alcohol puro al día. En las encuestas del período 1997-2003, para estimar la cantidad media de alcohol puro consumida diariamente por una persona, se tuvo en cuenta la frecuencia y cantidad de las distintas bebidas alcohólicas consumida en días laborables (lunes, martes, miércoles y jueves) y en fines de semana (viernes, sábado y domingo). En concreto, se procedió como sigue: a) Primero, se calculó el número de días de consumo de cada tipo de bebida en los últimos 30 días, separadamente para los días laborables y para los días de fin de semana. b) A continuación se calculó el número de centímetros cúbicos de alcohol puro de cada tipo de bebidas consumido mensualmente, de forma separada para días laborables y fines de semana. Para ello, se multiplicó el número de días de consumo por el número de vasos o copas de cada bebida consumidos diariamente y por los centímetros cúbicos de alcohol puro estimados para un vaso o copa de cada tipo de bebida: 12 para vino/champán, 10 para cerveza/sidra, 10,6 para aperitivo/vermut, 20 para combinado/cubata, 11,25 para licores de frutas solos y 20

para licores fuertes solos. c) Finalmente, se calculó el número medio de centímetros cúbicos de alcohol puro consumidos diariamente sumando las cantidades de alcohol procedentes de cada tipo de bebida para los días laborales y para los fines de semana y dividiendo el resultado por 30.

El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del 1,2%, oscilando entre un 2,8% en la Comunidad de Madrid y un 6,9% en Ceuta y Melilla (agrupadas). En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. En la tabla 1.1.2 se muestran los intervalos de confianza al 95% de las prevalencias de consumo de las distintas drogas para la encuesta de 2003 bajo el supuesto de un muestreo aleatorio simple para España y para dos comunidades autónomas con tamaño diferente (Madrid y Castilla y León). Además, teniendo en cuenta que no se trata de un

muestreo aleatorio simple sino de un muestreo con diseño complejo (muestreo por conglomerados trietápico), para estimar los intervalos de confianza reales habría que considerar el efecto del diseño muestral (DEFF) que probablemente se sitúa entre 1,5 y 3, lo que conduciría a intervalos más amplios (menor precisión) que los calculados en la tabla 1.1.2. Como puede observarse, las prevalencias de las distintas comunidades autónomas tienen unos intervalos de confianza demasiado amplios, sobre todo en las comunidades con menos población, lo que significa que dichas estimaciones están muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

En general, no debieran presentarse prevalencias autonómicas sin aportar los intervalos de confianza o realizar tests estadísticos que permitan evaluar si las tendencias son estadísticamente significativas con un determinado nivel de confianza.

Tabla 1.1.2. Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas en la población de 15-64 años e intervalos de confianza al 95% (supuesto muestreo aleatorio simple) en España, Comunidad de Madrid y Castilla y León. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas 2003.

	España (n = 12.033)			C. de Madrid (n = 1.264)			Castilla y León (n = 535)		
	Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%		Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%		Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Tabaco	47,8	46,91	48,69	51,9	49,13	54,67	45,7	41,48	49,92
Alcohol	76,6	75,84	77,36	76,4	74,04	78,76	80,3	76,93	83,67
Hipnosedantes*	3,1	2,79	3,41	3,9	2,83	4,97	2,6	1,25	3,95
Cannabis	11,3	10,73	11,87	10,0	8,33	11,67	9,6	7,10	12,10
Éxtasis	1,4	1,19	1,61	1,5	0,83	2,17	1,1	0,22	1,98
Alucinógenos	0,6	0,46	0,74	0,4	0,05	0,75	1,2	0,28	2,12
Anfetaminas	0,8	0,64	0,96	0,7	0,24	1,16	0,5	0,00	1,10
Cocaína en polvo	2,7	2,41	2,99	2,1	1,30	2,90	2,3	1,03	3,57
Cocaína base	0,1	0,04	0,16	0,0	-	-	0,0	-	-
Heroína	0,1	0,04	0,16	0,1	0,00	0,28	0,0	-	-
Otros opiáceos	0,1	0,04	0,16	0,0	-	-	0,1	0,00	0,37
Inhalables volátiles	0,1	0,04	0,16	0,1	0,00	0,28	0,0	-	-

* Tranquilizantes o somníferos sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

En 2003 las sustancias psicoactivas de abuso más extendidas en la población española fueron el alcohol, y el tabaco. Si se considera el consumo experimental y esporádico (alguna vez en la vida, alguna vez en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días), el alcohol aparece con diferencia en el primer lugar; sin embargo, si se considera el consumo diario, el tabaco pasa al primer lugar con una prevalencia de un 36,7%, seguido del alcohol con un 14,1%. Entre las drogas de comercio ilegal la sustancia más extendida entre la población

española son los derivados cannábicos, la cocaína y el éxtasis con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que superan el 1% (11,3% cannabis, 2,7% cocaína y 1,4% éxtasis).

El resto de las drogas de comercio ilegal están menos extendidas con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que se sitúan entre el 0,6% y el 0,8% para espid/anfetaminas y alucinógenos, y por debajo del 0,2% para heroína, cocaína base o *crack* e inhalables volátiles. Mención aparte merece el consumo de hipnosedantes sin receta médica cuya prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 3,1%, sólo superado por alcohol, tabaco y cannabis (Tabla 1.1.3).

Tabla 1.1.3. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida					
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0
Anfetaminas/espid	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9
Otros opiáceos	0,2	0,5	0,3	0,6	0,4
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses					
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6
Hipnosedantes sin receta médica	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6
Anfetaminas/espid	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Otros opiáceos	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días					
Tabaco	–	42,9	40,1	41,4	42,9
Alcohol	–	64,0	61,8	63,7	64,1
Cannabis	–	4,6	4,5	6,4	7,6
Éxtasis	–	0,3	0,2	0,8	0,4
Alucinógenos	–	0,2	0,2	0,2	0,2
Anfetaminas/espid	–	0,2	0,3	0,6	0,2
Cocaína en polvo	–	0,9	0,9	1,3	1,1
Cocaína base	–	0,0	0,1	0,0	0,0
Heroína	–	0,1	0,0	0,0	0,0
Otros opiáceos	–	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	–	0,1	0,0	0,1	0,0
Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días					
Tabaco	–	34,9	33,6	35,7	36,7
Alcohol	–	12,7	13,7	15,7	14,1
Cannabis	–	0,7	0,8	1,5	1,5

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

■ Edad media de inicio en el consumo

En 2003, la edad de inicio en el consumo de drogas muestra diferencias importantes dependiendo de la sustancia de que se trate. Las sustancias que se consumen más tempranamente son drogas de comercio legal como tabaco (edad media de inicio 16,5 años), bebidas alcohólicas (16,7 años) e inhalables volátiles (17,5

años). Entre las drogas de comercio ilegal, la que se consume más tempranamente es el cannabis (18,5 años).

Por su parte, las drogas cuyo consumo se inicia más tardíamente son los hipnosedantes sin receta (30 años). El consumo del resto de las drogas se inicia por término medio entre los 18 y los 22 años (Tabla 1.1.4) (Figura 1.1.1).

Tabla 1.1.4. Edad media en el consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 1995-2003.

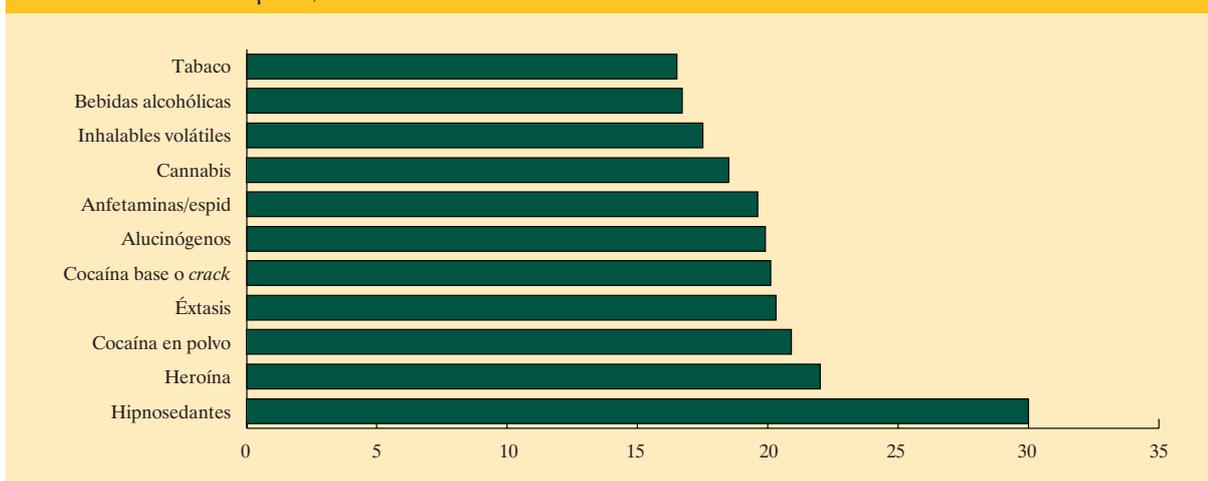
EDAD MEDIA (años)	1995	1997	1999	2001	2003
Número de encuestados	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5
Tabaco (consumo diario)	18,5	18,5	18,6	18,4	18,3
Bebidas alcohólicas	–	16,8	16,9	16,9	16,7
Hipnosedantes*	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3
Otros opiáceos	21,1	21,1	19,6	22,6	20,4

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

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Figura 1.1.1. Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre los españoles de 15-64 años. España, 2003.



■ Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

Salvo en el caso de los hipnosedantes sin receta médica, la prevalencia de consumo de drogas es bastante más elevada entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en el caso de las drogas de comercio ilegal donde la prevalencia de los hombres suele ser varias veces más alta (Tabla 1.1.5) (Figura 1.1.2).

Entre los jóvenes de 15-34 años se producen diferencias en el mismo sentido, pero la mag-

nitud de las diferencias en el caso del alcohol y sobre todo del tabaco se reducen de forma importante. De hecho, en 2003 la prevalencia de consumo diario de tabaco en este grupo de edad fue de 40% entre los hombres y de 36,8% entre las mujeres.

Por otra parte, en 2003 la edad media de inicio en el consumo de drogas fue generalmente más temprana en los hombres que en las mujeres, sobre todo en el caso del tabaco, alcohol e hipnosedantes sin receta. Sin embargo, en el

Tabla 1.1.5. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2003.

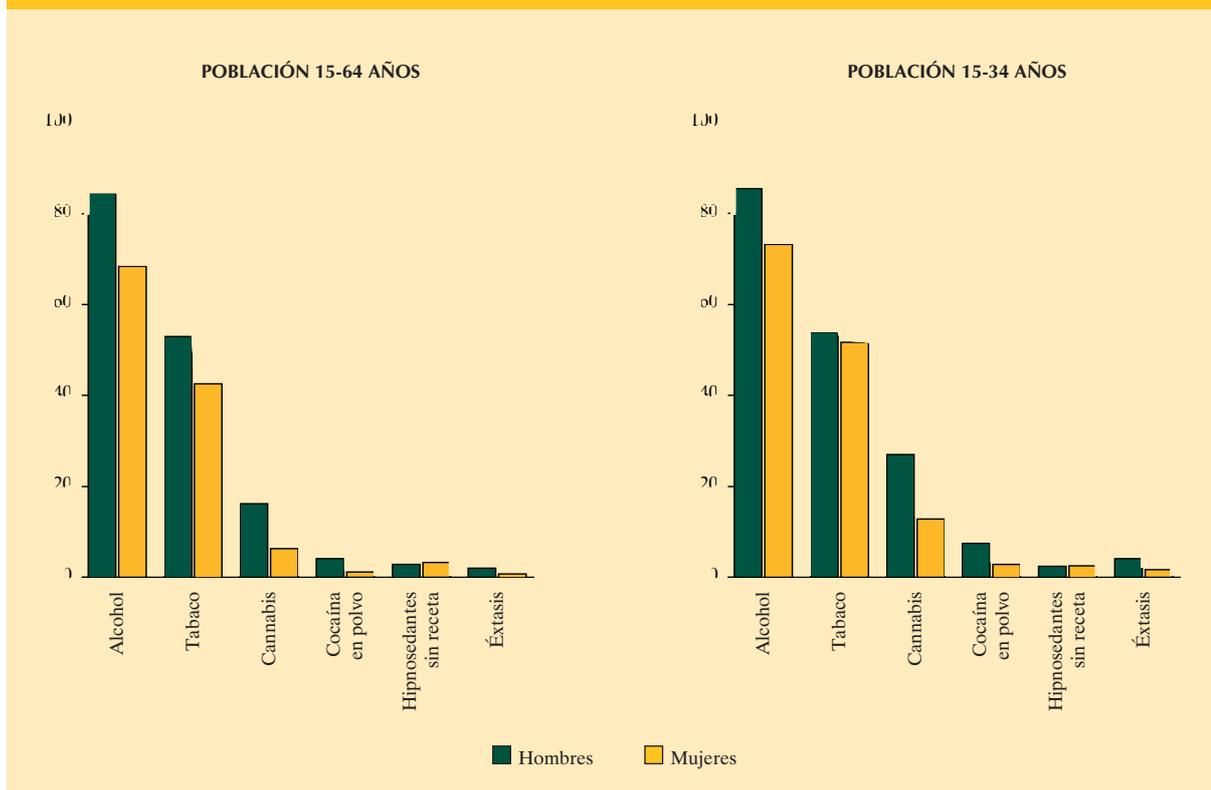
	1995		1997		1999		2001		2003	
	Hombre	Mujer								
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida										
Tabaco	–	–	79,0	60,4	72,6	57,2	76,0	60,7	76,0	61,7
Alcohol	–	–	95,3	86,0	92,1	82,5	93,6	84,3	93,8	83,3
Cannabis	19,9	9,4	31,1	14,8	25,9	13,3	31,0	16,5	38,2	19,7
Éxtasis	2,8	1,2	3,8	1,2	3,3	1,5	6,0	2,0	6,6	2,5
Alucinógenos	3,3	1,0	4,6	1,2	2,8	1,0	4,2	1,3	4,7	1,3
Anfetaminas	3,1	1,5	4,0	1,4	3,1	1,2	4,1	1,7	4,6	1,7
Cocaína	4,8	2,0	5,4	1,5	4,5	1,8	7,0	2,5	9,2	2,6
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,1	0,7	0,2	0,8	0,2
Heroína	1,2	0,4	0,9	0,2	0,6	0,3	1,0	0,2	1,5	0,3
Otros opiáceos	0,4	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	0,8	0,3	0,8	0,1
I. volátiles	1,1	0,3	1,4	0,1	0,9	0,3	1,2	0,4	1,7	0,3
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses										
Tabaco	–	–	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4
Hipnosedantes*	8,2	16,4	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3
Anfetaminas	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5
Cocaína	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
Otros opiáceos	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0
I. volátiles	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días										
Tabaco	–	–	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9
Alcohol	–	–	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1
Cannabis	–	–	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9
Éxtasis	–	–	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2
Alucinógenos	–	–	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas	–	–	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1
Cocaína	–	–	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5
Cocaína base	–	–	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	–	–	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Otros opiáceos	–	–	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
I. volátiles	–	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

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

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1995-2003.

Figura 1.1.2. Proporción de consumidores en los últimos 12 meses de algunas sustancias psicoactivas en la población española 15-64 años y en la población de 15-34 años, según droga y sexo. España, 2003.



caso de la cocaína, anfetaminas y alucinógenos, la edad media de inicio en las mujeres fue ligeramente más temprana.

■ Diferencias en el consumo por edad

Salvo el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes sin receta, en 2003 el consumo de drogas psicoactivas de abuso se concentraba entre los 15 y los 34 años (Tabla 1.1.6).

La mayor prevalencia de consumo reciente (últimos 12 meses) de cannabis, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se observó entre los 15 y los 24 años, la de consumo de cocaína entre los 15 y los 34 y la de consumo de heroína entre los 25 y los 34. El alcohol mostraba unas prevalencias de consumo bastante homogéneas entre los 15 y los 54 años y disminuía ligeramente después. La prevalencia de consumo de tabaco disminuía bastante a partir de los 44

años. Finalmente, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta era también bastante homogénea por grupos de edad con una prevalencia máxima en el grupo 35-44 años.

■ Consumo de tabaco

En 2003 la proporción de españoles de 15-64 años que había fumado diariamente en los últimos 30 días fue del 36,7% (42% entre los hombres y 31,3% entre las mujeres), siendo las prevalencias de consumo en los 30 días y en los 12 meses previos a la encuesta ligeramente más elevadas (Tabla 1.1.7). La prevalencia de consumo diario fue algo más elevada entre los jóvenes de 15-34 años (38,5%) que entre la población de 35-64 años (35,3%). Por grupos de edad y sexo, la prevalencia de consumo diario más elevada correspondía a los hombres de 35-64 años (43,7%) y la más baja a las mujeres de ese mismo grupo de edad (27%).

Tabla 1.1.6. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2003.

	1995		1997		1999		2001		2003	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida										
Tabaco	–	–	72,7	66,9	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7
Alcohol	–	–	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6
Anfetaminas	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9
Cocaína	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9
Otros opiáceos	0,3	0,1	0,7	0,2	0,4	0,2	0,7	0,5	0,6	0,3
I. volátiles	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses										
Tabaco	–	–	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2
Hipnosedantes*	7,6	17,1	2,3	2,4	1,9	2,7	2,8	2,9	2,5	3,6
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2
Anfetaminas	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2
Cocaína	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Otros opiáceos	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
I. volátiles	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días										
Tabaco	–	–	49,6	36,9	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5
Alcohol	–	–	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7
Cannabis	–	–	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9
Éxtasis	–	–	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0
Alucinógenos	–	–	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0
Anfetaminas	–	–	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1
Cocaína	–	–	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4
Cocaína base	–	–	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	–	–	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Otros opiáceos	–	–	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
I. volátiles	–	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

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

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1995-2003.

En cuanto a la intensidad del consumo el número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los que fumaban todos los días fue de 15,7 (46,1% fumaban 20 cigarrillos/día o más). La intensidad del consumo fue más elevada en los hombres (17,7 cigarrillos/día por término medio) que en las mujeres (13,1 cigarrillos/día) y en la población de 35-64 años (17,7 cigarrillos/día) que en la de 15-34 años (13,5 cigarrillos/día). Por grupos de edad y

sexo el consumo más intenso correspondía a los hombres de 35-64 años (20,3 cigarrillos/día) y el más bajo a las mujeres de 15-34 años (12 cigarrillos/día).

La edad media de inicio en el consumo de tabaco fue de 15,8 años entre los hombres y de 17,3 años entre las mujeres (Tabla 1.1.7). Entre los jóvenes de 15-34 años, las diferencias intersexuales en las edades de inicio son mucho

Tabla 1.1.7. Características generales del consumo de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo. España, 1995-2003.

	1995		1997		1999		2001		2003	
	Hombre	Mujer								
Nº de encuestados	4.140	4.288	6.086	6.102	6.075	6.078	7.062	6.997	6.508	6.386
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida (%)	-	-	79,0	60,4	72,6	57,2	76,0	60,7	76,0	61,7
Edad media al inicio del consumo en fumadores (años)	15,4	16,7	16,0	17,4	16,1	17,4	15,9	17,3	15,8	17,3
Prevalencia de consumo en últimos 12 meses (%)	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6
Prevalencia de consumo en últimos 30 días (%)	-	-	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9
Edad media de inicio del consumo diario en fumadores	17,9	19,3	18,2	18,9	18,2	19,2	18,1	18,9	18,0	18,8
Prevalencia de consumo diario (%)	-	-	42,8	27,1	38,0	29,3	40,9	30,5	42,0	31,3
Nº de cigarrillos diarios (%)										
1-10	29,8	55,7	32,7	49,9	30,0	49,8	30,5	49,0	32,4	49,0
11-19	13,1	13,6	13,8	13,7	12,5	13,6	13,7	14,9	13,2	15,3
20-29	37,8	24,9	31,5	22,5	36,1	22,8	34,9	26,6	36,6	27,5
30-39	9,0	3,6	9,1	4,2	8,6	4,8	8,5	3,1	6,7	3,5
40 ó más	10,3	2,2	12,8	9,8	12,8	8,9	12,4	6,4	11,1	4,8
Nº medio de cigarrillos diarios	18,8	12,4	17,6	12,8	18,0	13,1	18,0	13,1	17,7	13,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

más pequeñas (15,6 años en hombres y 16 años en mujeres) que en la población de 35-64 años (16 años en hombres y 18,5 años en mujeres).

Por lo que respecta a las tendencias del consumo, se observa que la prevalencia de consumo de tabaco diario ha aumentado en los últimos años, sobre todo entre las mujeres, entre las que ha pasado de 27,1% en 1997 a 31,3% en 2003 (Tabla 1.1.7). Por grupos de edad y sexo y tomando como referencia el año 1997, se observa que el aumento se ha producido sobre todo en las mujeres de 35-64 años cuya prevalencia de consumo diario ha pasado de 19,1% en 1997 a 27% en 2003. Aunque si se observa más detalladamente la evolución año a año, se aprecia que hasta 1999 la prevalencia de consumo disminuía en todos los grupos de edad y sexo, salvo en las mujeres de 35-64 años, y a partir de dicho año volvió a aumentar ligeramente en todos los grupos con una magnitud bastante parecida (Figura 1.1.3). La tendencia de la edad media de inicio en el consumo fue bastante estable en los cuatro grupos de edad y sexo considerados.

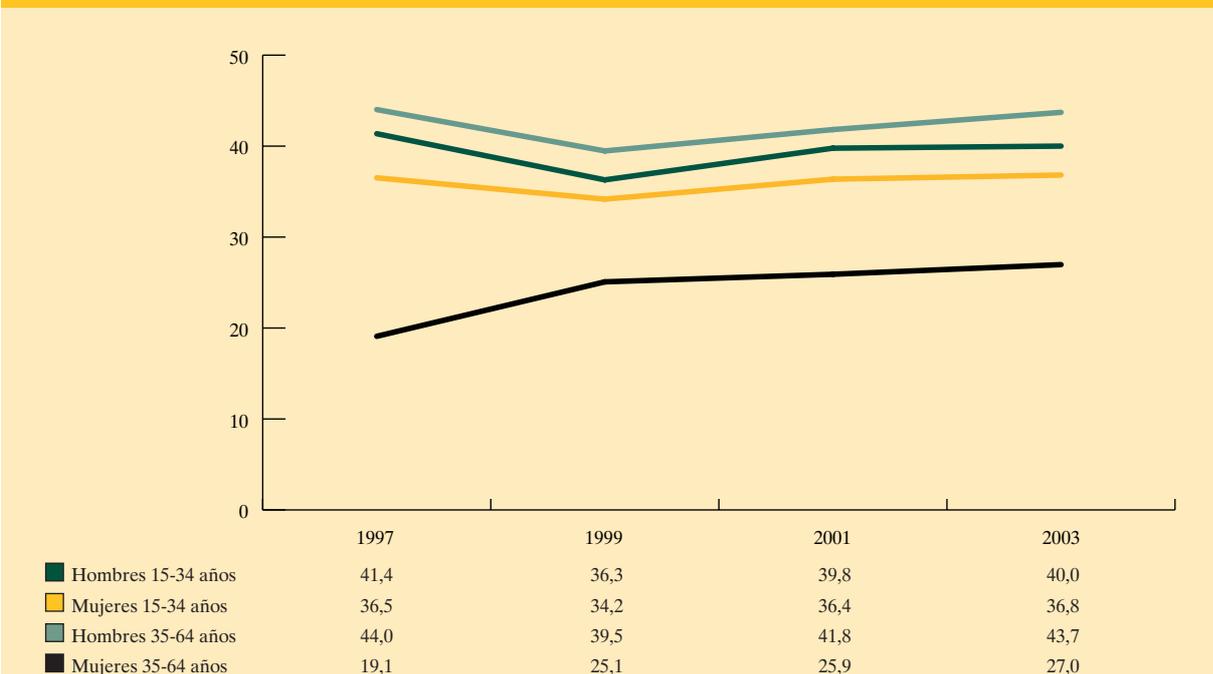
■ Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva de abuso más extendida en la población española. De hecho, en 2003 la proporción de españoles de 15-64 años que había consumido alguna vez bebidas alcohólicas en los 12 meses y en los 30 días previos a la encuesta fue 76,6% y 64,1%, respectivamente.

Con respecto al consumo habitual, un 48,2% había tomado bebidas alcohólicas al menos un día por semana en los 12 meses previos a la encuesta, un 75% más de 8 días en los 30 días previos y un 14,1% diariamente durante este último período.

Por lo que se refiere a los indicadores de consumo más problemático, un 21,2% se había emborrachado alguna vez en los 12 meses previos a la encuesta, y un 5,3% era “bebedor de riesgo”, incluyendo como tal a los hombres con un consumo de 50 centímetros cúbicos (cc) de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más en los 30 días previos. El consumo estaba bastante más extendido entre los hom-

Figura 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad (porcentaje). España, 1997- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1997, 1999, 2001 y 2003.

bres que entre las mujeres, tanto en lo que se refiere al consumo esporádico como al habitual y de riesgo. Así, por ejemplo, en 2003 la prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses fue de 63,3% entre los hombres frente a 32,9% entre las mujeres; la prevalencia de borracheras en el mismo período de 29,6% y 12,7%, respectivamente y la prevalencia de consumo de riesgo en los últimos 30 días de 7,4% y 3,1% (Tabla 1.1.8). Por grupos de edad también se observaron algunas diferencias importantes. Así, entre los jóvenes de 15-34 años estaba algo más extendido el consumo esporádico, y mucho más extendida la práctica de emborracharse. De hecho, un 31,2% de las personas esta edad se había emborrachado en los últimos 12 meses frente a un 13,2% de los de 35-64 años. Por su parte, en esta última población está mucho más extendido el consumo diario (20,8% frente a 5,9% en el grupo 15-34 años), y algo más extendido el consumo de cantidades medias de alcohol que pueden suponer riesgos para la salud medido por la prevalencia de “bebedores de riesgo” (Tabla 1.1.9).

En la población de 15-64 años la proporción de consumidores durante los fines de semana fue más elevada que durante los días laborables. De hecho, en los 30 días previos a la encuesta, un 63,8% de la población había consumido bebidas alcohólicas en fines de semana (viernes, sábado o domingo), mientras que en días laborables (de lunes a jueves) sólo lo había hecho un 51,8%. Las bebidas de consumo más extendido fueron la cerveza/sidra, el vino/champán y los combinados/cubatas, por este orden, tanto en fines de semana (42,2%, 31,5% y 28%, respectivamente) como en días laborables (27,4%, 22,3% y 5,8%, respectivamente). Los aperitivos/vermut y los licores fueron consumidos por bastante menos gente, y sobre todo en fin de semana (Figura 1.1.4, Tabla 1.1.10). Se aprecian importantes diferencias entre los jóvenes y el resto de la población en cuanto al tipo de bebidas y al patrón temporal de consumo (Tabla 1.1.10). Si se calculan las prevalencias por grupo de edad (15-34 y 35-64 años), tipo de bebida y día de consumo (laborable, fin de semana), se observa que el

Figura 1.1.4. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en fin de semana* entre la población de 15-64 años, según sexo (porcentaje). España, 2003.

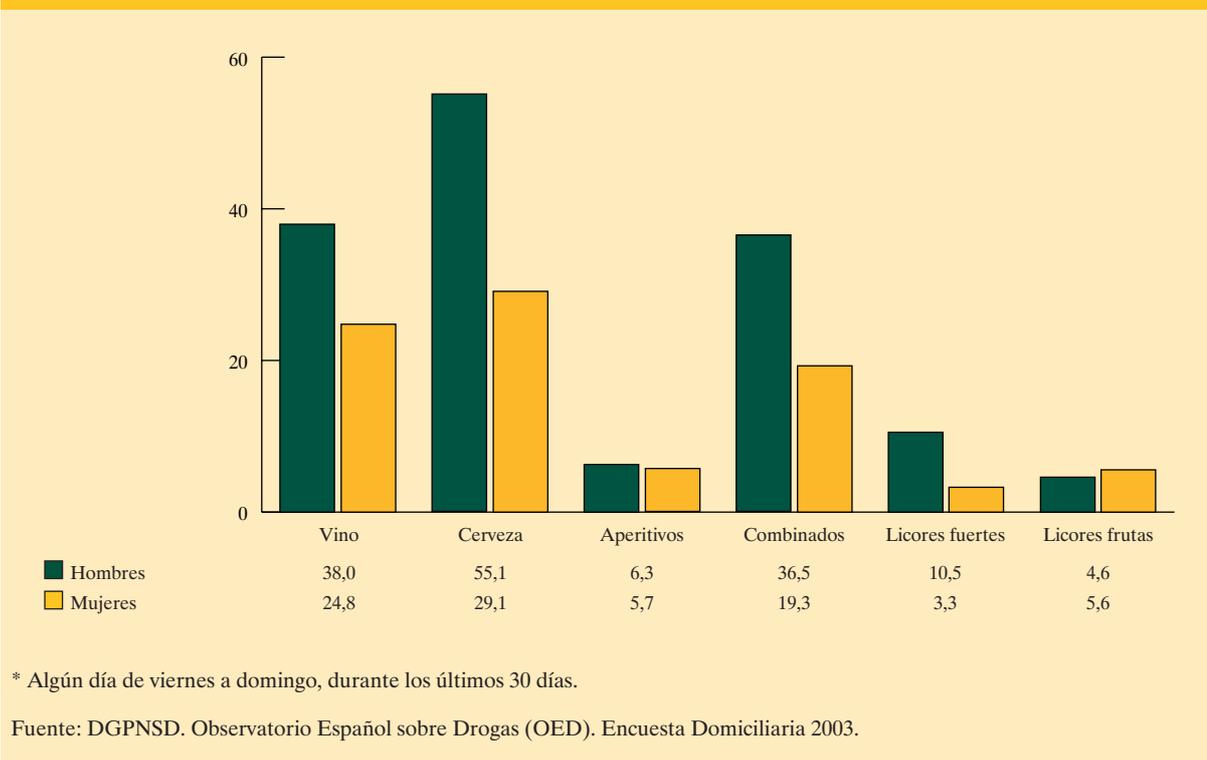


Tabla 1.1.8. Características generales del consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según sexo. España, 1997-2003.

	1997		1999		2001		2003		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Nº de encuestados	5.888	6.416	12.304	5.685	6.549	12.234	6.809	7.304	14.113
Prevalencia de consumo alcohol alguna vez en la vida (%)	95,3	86,0	90,6	92,1	82,5	87,3	93,6	84,3	89,0
Edad media al inicio del consumo alcohol (años)	15,9	17,8	16,8	16,2	17,8	16,9	16,2	17,8	16,9
Prevalencia de consumo alcohol últimos 12 meses (%)	86,4	70,5	78,5	83,2	67,2	75,2	85,2	70,9	78,1
Prevalencia de borracheras últimos 12 meses (%)	27,4	11,0	19,2	26,9	10,9	18,9	26,5	10,7	18,7
Prevalencia de consumo alcohol semanal últimos 12 meses (%)	62,7	32,3	47,5	61,8	30,0	45,9	62,9	32,4	47,7
Prevalencia de consumo alcohol últimos 30 días (%)	75,7	51,9	63,8	74,4	49,1	61,7	76,4	50,9	63,7
Prevalencia de consumo alcohol en fin de semana últimos 30 días (%)	75,2	50,9	63,0	74,0	48,2	61,2	76,2	50,4	63,4
Prevalencia de consumo alcohol en días laborables últimos 30 días (%)	67,3	31,6	49,9	66,1	29,6	48,3	68,6	32,0	50,7
Prevalencia de consumo diario en últimos 30 días (%)	20,2	5,2	12,7	21,4	6,1	13,7	24,5	6,8	15,7
Prevalencia de consumo más de 8 días en últimos 30 días (%)	59,1	30,1	44,6	60,7	29,2	45,0	63,2	31,3	47,3
Prevalencia de bebedores de riesgo en últimos 30 días (%)	8,0	3,4	5,7	5,2	2,5	3,9	7,6	3,5	5,6

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información. Bebedor de riesgo: Consumidor 50 ó más cc de alcohol puro/día (hombres) o 30 ó más cc/día (mujeres). Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.9. Características generales del consumo de alcohol en los entrevistados de 15-64 años, según grupo de edad. España, 1997-2003.

	1997			1999			2001			2003		
	15-34	35-64	Total									
Nº de encuestados	6.898	5.406	12.304	6.293	5.941	12.234	6.915	7.198	14.113	6.251	5.782	12.033
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida (%)	91,4	89,9	90,6	87,4	87,2	87,3	89,3	88,8	89,0	88,9	88,3	88,6
Edad media al inicio del consumo alcohol (años)	15,8	17,7	16,8	16,0	17,7	16,9	16,0	17,7	16,9	15,8	17,4	16,7
Prevalencia de consumo alcohol últimos 12 meses (%)	82,5	74,9	78,5	79,0	71,8	75,2	81,5	75,2	78,1	79,5	74,2	76,6
Prevalencia de borracheras últimos 12 meses (%)	29,3	10,2	19,2	29,1	10,0	18,9	27,4	11,6	18,7	31,2	13,2	21,2
Prevalencia de consumo alcohol semanal últimos 12 meses (%)	46,7	48,3	47,5	45,0	46,8	45,9	45,9	49,2	47,7	46,4	49,7	48,2
Prevalencia de consumo alcohol últimos 30 días (%)	66,5	61,4	63,8	64,4	59,4	61,7	65,7	62,1	63,7	65,8	62,7	64,1
Prevalencia consumo alcohol en fin de semana últimos 30 días (%)	66,0	60,4	3,0	64,0	58,7	61,2	65,6	61,5	63,4	65,5	62,3	63,8
Prevalencia consumo alcohol en días laborables últimos 30 días (%)	44,9	53,3	49,9	43,4	51,5	48,3	46,1	53,6	50,7	47,3	54,7	51,8
Prevalencia de consumo diario en últimos 30 días (%)	5,2	19,4	12,7	5,8	20,7	13,7	7,1	22,7	15,7	5,9	20,8	14,1
Prevalencia de consumo más de 8 días en últimos 30 días (%)	43,6	45,6	44,6	43,7	46,2	45,0	46,6	47,9	47,3	46,7	48,8	47,8
Prevalencia de bebedores de riesgo en últimos 30 días (%)	4,7	6,5	5,7	3,7	4,0	3,9	5,0	6,0	5,6	5,0	5,6	5,3

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información. Bebedor de riesgo: Consumidor 50 ó más cc de alcohol puro/día (hombres) o 30 o más cc/día (mujeres).

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

consumo de cualquier bebida está más extendido en fin de semana que en días laborables en ambos grupos de edad. La mayor concentración del consumo en el fin de semana se observa en el grupo 15-34 años para combinados/cubatas y licores. Así, por ejemplo, en este grupo la proporción de consumidores de combinados/cubatas en fin de semana fue de un 42,7% frente a un 7,1% en días laborables, y la de consumidores de licores de 6,7% y 2,2%, respectivamente. Por otra parte, se observaron variaciones importantes en la extensión del consumo de las distintas bebidas según edad. Así, el consumo de vino/champán estaba mucho más extendido en el grupo 35-64 años

que entre los más jóvenes, tanto en días laborables como en fines de semana; el consumo de cerveza en días laborables era algo más alto en el grupo 35-64 años; y el consumo de combinados/cubatas y licores era mucho más elevado en el grupo 15-34 años que en los de mayor edad, sobre todo en fines de semana (Tabla 1.1.11). Finalmente, al calcular las prevalencias por sexo, tipo de bebida y día del consumo, se puede apreciar que la prevalencia de consumo de cualquier bebida es más elevada entre los hombres que entre las mujeres, excepto el caso de los licores de frutas durante los fines de semana (Figura 1.1.4). Por otra parte, las mayores diferencias intersexuales en la prevalen-

Tabla 1.1.10. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2003.

	1997	1999	2001	2003
CONSUMO EN DÍAS LABORABLES				
Algún día laborable (de lunes a jueves) en los últimos 30 días				
Vino/champán	21,6	22,1	22,4	22,3
Cerveza/sidra	22,2	22,3	25,3	27,4
Aperitivos/vermut	1,9	1,9	2,5	2,7
Combinados/cubatas	3,8	3,7	4,4	5,8
Licores fuertes	2,4	2,3	2,4	3,3
Licores de frutas	1,5	1,6	1,5	2,0
Todos los días laborables en los últimos 30 días				
Vino/champán	10,5	11,7	12,0	10,8
Cerveza/sidra	6,2	6,8	8,9	9,0
Aperitivos/vermut	0,1	0,2	0,2	0,2
Combinados/cubatas	0,3	0,3	0,4	0,4
Licores fuertes	0,7	0,6	0,8	0,6
Licores de frutas	0,2	0,1	0,1	0,2
CONSUMO EN FIN DE SEMANA				
Algún fin de semana (de viernes a domingo) en los últimos 30 días				
Vino/champán	30,3	29,7	31,1	31,5
Cerveza/sidra	37,5	35,6	40,1	42,2
Aperitivos/vermut	6,6	5,3	6,6	6,0
Combinados/cubatas	21,6	23,3	25,9	28,0
Licores fuertes	6,2	6,2	5,8	6,9
Licores de frutas	6,0	5,3	4,3	5,1
Todos los fines de semana en los últimos 30 días				
Vino/champán	15,6	17,0	18,1	16,6
Cerveza/sidra	18,1	18,4	22,5	22,5
Aperitivos/vermut	1,9	1,7	1,7	1,7
Combinados/cubatas	8,1	9,2	11,8	12,3
Licores fuertes	2,0	2,4	2,5	3,0
Licores de frutas	1,4	1,2	1,0	1,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

cia de consumo de las distintas bebidas se aprecian en los días laborables, cuando la prevalencia de los hombres llega a ser varias veces más elevada que la de las mujeres.

En 2003, la edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 16,7 años, siendo más temprana para los hombres (15,9 años) que para las mujeres (17,6 años), y para los jóvenes de 15-34 años (15,8 años) que para el grupo 35-64 años (17,4 años).

Por lo que respecta a las tendencias del consumo de bebidas alcohólicas entre 1997 y 2003, se observa que en general el consumo se ha mantenido bastante estable. La mayor parte de

los indicadores reflejan esta estabilidad (Figura 1.1.5), aunque se aprecia una cierta tendencia al aumento del consumo habitual, medido por la prevalencia de consumo durante 8 días o más en los últimos 30 días (44,6% en 1997 y 47,8% en 2003) y de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses (19,2% en 1997 y 21,2% en 2003), aumentos que han afectado a todos los grupos de edad y sexo, pero que en el caso de las borracheras han sido más intensos entre la población de 35-64 años, sobre todo entre los hombres (Figuras 1.1.6-7). Por tipos de bebidas ha aumentado claramente la prevalencia de consumo de combinados/cubatas y cerveza, tanto en fines de semana como en días laborables (Tabla 1.1.9).

Figura 1.1.5. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad al inicio del consumo entre la población de 15-64 años. España, 1997- 2003.

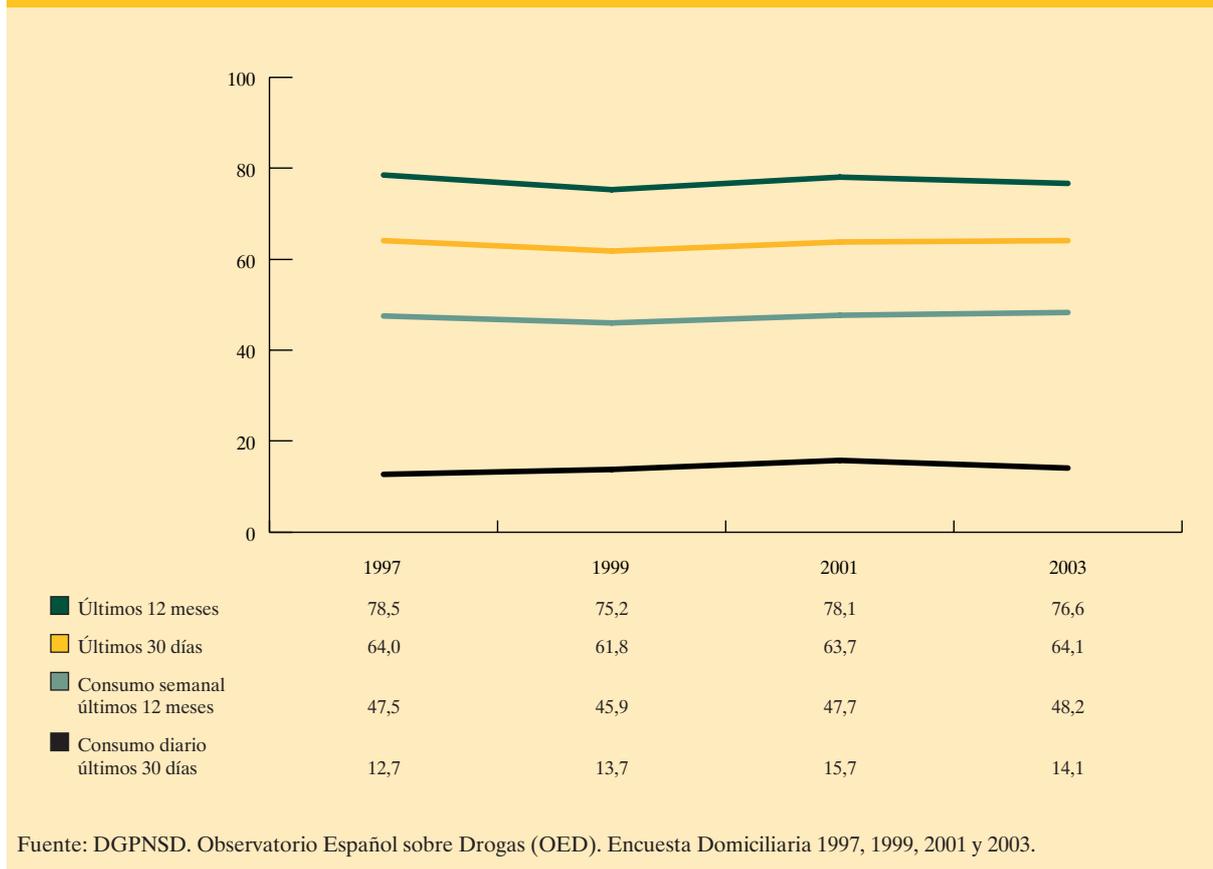
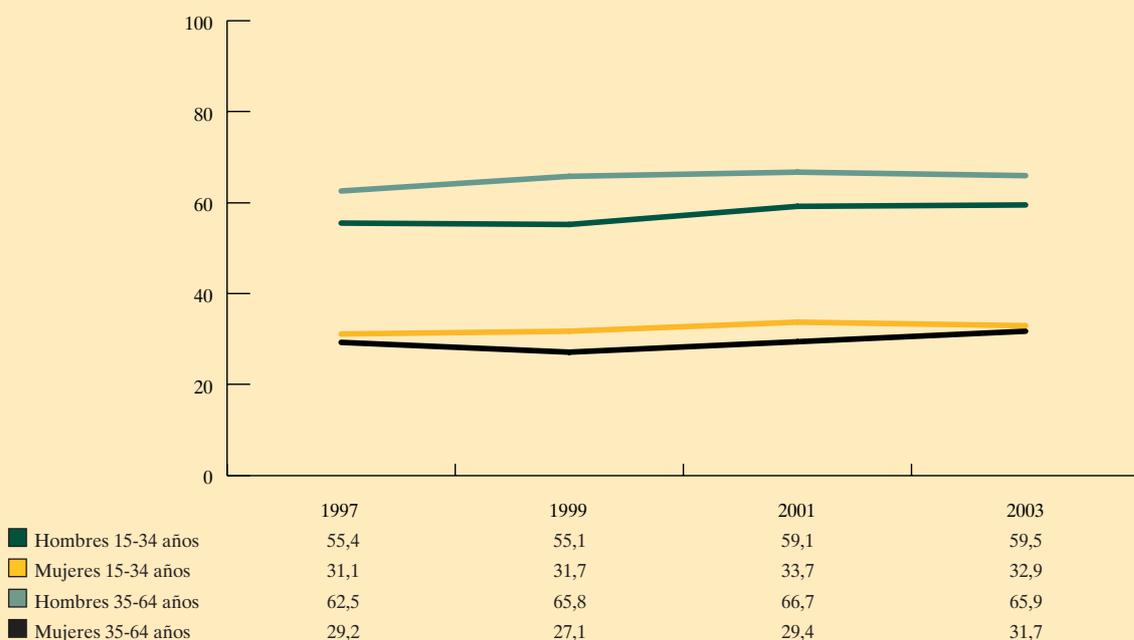


Figura 1.1.6. Evolución de la proporción de consumidores de alcohol con más de 8 días de consumo al mes, en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1997- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1997, 1999, 2001 y 2003.

Figura 1.1.7. Evolución de la proporción de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1997- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1997, 1999, 2001 y 2003.

Tabla 1.1.11. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana durante los últimos 30 días previos a la entrevista entre los encuestados de 15-64 años, según grupo de edad (porcentaje). España, 1997-2003.

	1997			1999			2001			2003		
	15-34	35-64	Total									
CONSUMO EN DÍAS LABORABLES												
Algún día laborable (lunes-jueves) en los últimos 30 días												
Vino/champán	11,2	31,0	21,6	11,5	31,2	22,1	12,3	30,5	22,4	12,3	30,5	22,3
Cerveza/sidra	20,5	23,7	22,2	20,5	23,8	22,3	24,0	26,3	25,3	25,1	29,2	27,4
Aperitivos/vermut	1,5	2,3	1,9	2,0	1,8	1,9	2,2	2,6	2,5	2,6	2,7	2,7
Combinados/cubatas	4,0	3,7	3,8	4,6	3,0	3,7	5,4	3,5	4,4	7,1	4,8	5,8
Licores fuertes	1,5	3,3	2,4	1,8	2,8	2,3	1,7	3,0	2,4	3,2	3,4	3,3
Licores frutas	1,6	1,4	1,5	1,9	1,3	1,6	1,7	1,4	1,5	2,2	1,8	2,0
Todos los días laborables en los últimos 30 días												
Vino/champán	3,0	17,1	10,5	3,6	18,7	11,7	3,6	18,7	12,0	3,5	16,8	10,8
Cerveza/sidra	4,2	8,1	6,2	4,7	8,6	6,8	6,5	10,9	8,9	6,0	11,4	9,0
Aperitivos/vermut	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
Combinados/cubatas	0,1	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4
Licores fuertes	0,4	1,0	0,7	0,2	0,9	0,6	0,3	1,1	0,8	0,3	0,8	0,6
Licores de frutas	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2
CONSUMO EN FIN DE SEMANA												
Algún fin de semana (de viernes a domingo) en los últimos 30 días												
Vino/champán	20,2	39,3	30,3	19,8	38,3	29,7	21,1	39,3	31,1	21,4	39,6	31,5
Cerveza/sidra	42,7	32,9	37,5	39,3	32,4	35,6	42,9	37,8	40,1	43,8	40,9	42,2
Aperitivos/vermut	6,5	6,7	6,6	5,2	5,3	5,3	6,1	6,9	6,6	5,8	6,1	6,0
Combinados/cubatas	34,2	10,3	21,6	37,2	11,3	23,3	40,1	14,4	25,9	42,7	16,1	28,0
Licores fuertes	6,2	6,2	6,2	6,8	5,6	6,2	6,1	5,6	5,8	7,7	6,3	6,9
Licores frutas	9,0	3,3	6,0	7,6	3,4	5,3	6,0	2,9	4,3	6,7	3,8	5,1
Todos los fines de semana en los últimos 30 días												
Vino/champán	7,4	22,9	15,6	8,1	24,6	17,0	9,2	25,4	18,1	8,0	23,6	16,6
Cerveza/sidra	20,7	15,8	18,1	19,6	17,3	18,4	23,1	22,1	22,5	22,6	22,5	22,5
Aperitivos/vermut	1,7	2,0	1,9	1,3	2,0	1,7	1,8	1,7	1,7	1,4	1,9	1,7
Combinados/cubatas	13,4	3,4	8,1	15,2	4,0	9,2	19,4	5,7	11,8	19,6	6,4	12,3
Licores fuertes	1,8	2,2	2,0	2,0	2,7	2,4	2,5	2,6	2,5	2,9	3,1	3,0
Licores de frutas	2,2	0,8	1,4	1,8	0,8	1,2	1,5	0,6	1,0	1,5	0,7	1,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Consumo de cannabis

Los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales más consumidas en España. En 2003, un 29% de los españoles entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida; un 11,3% en los últimos 12 meses; un 7,6% alguna vez en los últimos 30 días y un 1,5% a diario en este último período (Figura 1.1.8). La prevalencia de consumo fue mucho más alta en los hombres que en las mujeres, cualquiera que sea el indicador que se considere. De hecho, un 16,2% de los hombres de 15-64 años las había consumido en los últimos 12 meses frente a un 6,3% de las mujeres. El consumo se concentra en las edades jóvenes, cualquiera que sea el indicador considerado. Así, por ejemplo, un 20,1% de los jóvenes de 15-34 años había consumido cannabis en los últimos 12 meses frente a un 4,2% de la población de 35-64 años. Si se analizan los datos por grupo de edad y sexo, se aprecia para todos los indicadores que la mayor prevalencia de consumo correspondió a los hombres de 25-34 años (por ejemplo, 27% lo habían

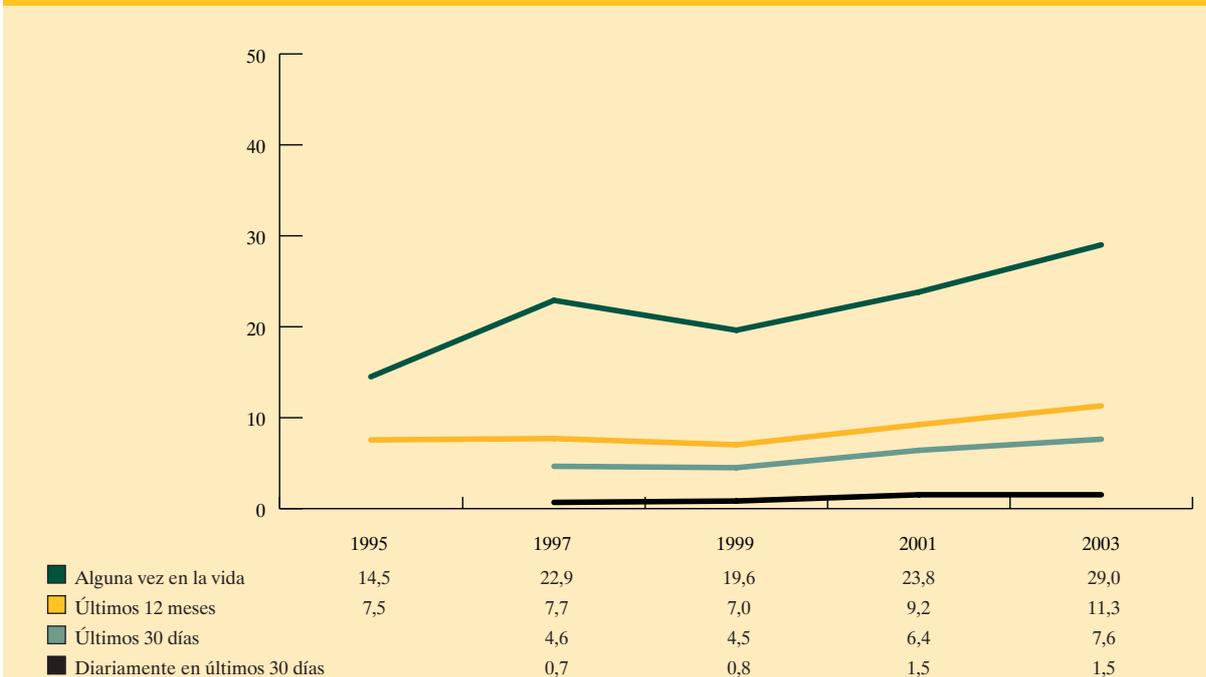
consumido en los últimos 12 meses) y la menor a las mujeres de 35-64 años (1,3% en los últimos 12 meses) (Tabla 1.1.12).

Entre 1995 y 2003 se observa un aumento importante del consumo de cannabis, cualquiera que sea el indicador que se considere. La extensión del consumo se ha producido en todos los grupos de edad y sexo, aunque en los últimos años ha sido más intenso entre los hombres, sobre todo entre los jóvenes de 15-34 años (Tabla 1.1.12, Figura 1.1.9).

Como ya se ha indicado, el cannabis es la droga de comercio ilegal que se consume más tempranamente (edad media de inicio 18,5 años en 2003), siendo más baja en los hombres (18,4 años) que en las mujeres (18,6 años) y en los jóvenes de 15-34 años (17,5 años) que en la población de 35-64 años (20 años).

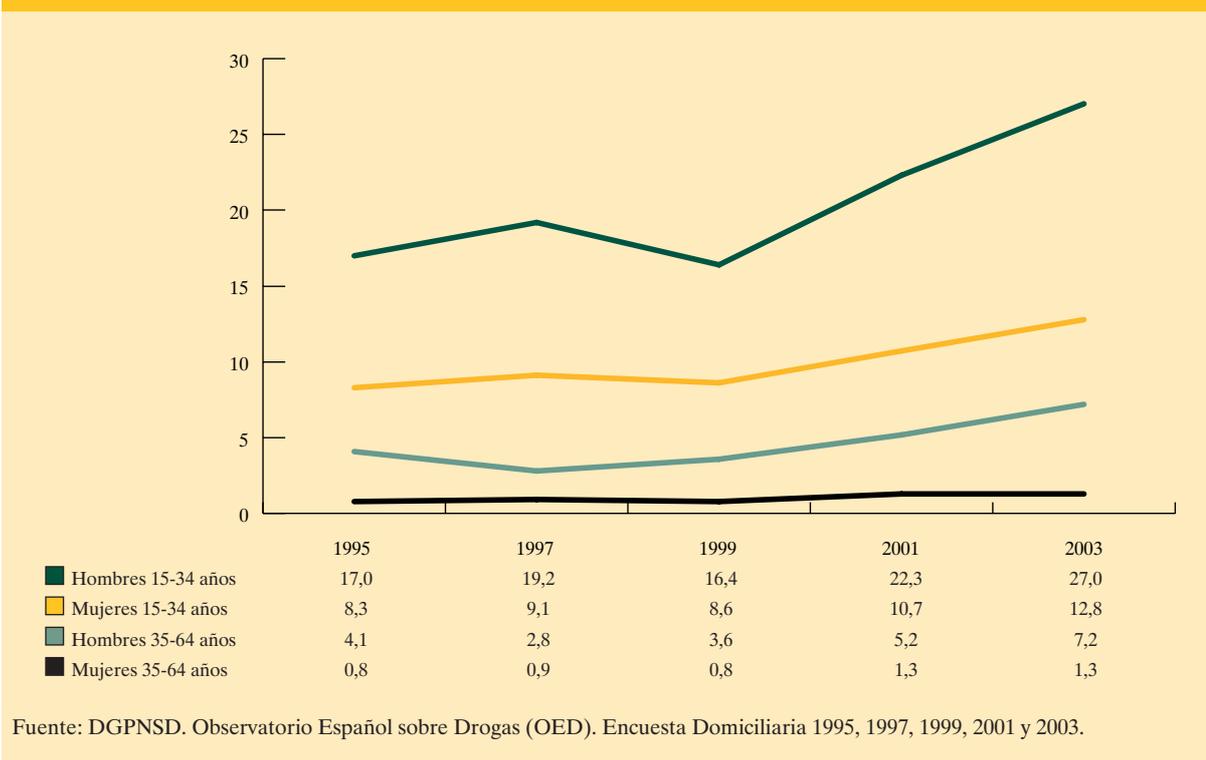
Desde 1997, la edad media de inicio en el consumo muestra una tendencia ligeramente descendente (18,9 años en 1997 y 18,5 años en 2003), descenso que es atribuible fundamentalmente al comportamiento de la población de 35-64 años (Tabla 1.1.12).

Figura 1.1.8. Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años. España, 1995- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1997, 1999, 2001 y 2003.

Figura 1.1.9. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años, según sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1995-2003.



■ Consumo de cocaína

La cocaína puede presentarse en forma de sal (generalmente clorhidrato) o en forma de base. La primera se ha denominado en el cuestionario "cocaína en polvo", "coca" o "perico", y la segunda "base", "basuco" o "crack". A continuación nos referiremos básicamente a la cocaína en polvo, y sólo al final del apartado se hará una pequeña referencia a la cocaína base. La cocaína en polvo es claramente la segunda droga de comercio ilegal más extendida en España después del cannabis. En 2003 un 5,9% de la población de 16-64 años había consumido esta sustancia alguna vez en la vida, un 2,7% en los últimos 12 meses y un 1,1 % en los últimos 30 días. El consumo tiene generalmente un carácter esporádico, siendo baja la proporción de personas que la consume de forma habitual. De hecho, sólo un 0,3% la había consumido semanalmente en los últimos 30 días.

En 2003 el consumo fue varias veces más elevado en los hombres que en las mujeres (4,1% la habían consumido en los últimos 12 meses)

que en las mujeres (1,2%), y en los jóvenes de 15-34 años (4,8%) que en la población de mayor edad (0,9%). Por grupos de edad y sexo las mayores prevalencias de consumo en los últimos 12 meses se encuentran en los hombres de 15-34 años (7,5%) y las menores en las mujeres de 35-64 (0,5%) (Tabla 1.1.13).

En cuanto a la evolución temporal del consumo, los indicadores muestran un aumento importante de la prevalencia de consumo en el período 1995-2003, aunque en 2003 ha disminuido algo la prevalencia de consumo más reciente (últimos 30 días) con respecto a 2001 (Figuras 1.1.10 y 1.1.11). Este descenso se debe sobre todo al comportamiento de los hombres de 15-34 años (Tabla 1.1.13), pero habrá que esperar para ver si se confirma el cambio de tendencia o se trata de un artefacto estadístico.

La cocaína es una de las drogas con una edad media de inicio en el consumo más elevada (20,9 años en 2003), siendo esta edad muy similar en los hombres (21 años) y en las muje-

Tabla 1.1.12. Características generales del consumo de cannabis en los entrevistados de 15-64 años, según sexo y grupo de edad. España 1995-2003.

	1995						1997						1999						2001						2003					
	15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Nº de encuestados	2.721	3.092	1.255	1.820	3.396	3.502	2.492	2.914	3.022	3.271	2.663	3.278	3.465	3.450	3.344	3.854	3.247	3.004	2.572	3.210										
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida (%)	29,9	15,7	9,2	3,3	42,2	22,3	20,8	8,3	34,9	21,0	17,9	6,8	42,4	25,9	21,5	9,2	47,4	30,1	30,5	11,6										
Edad media al inicio del consumo de cannabis (años)	17,4	17,9	20,3	21,9	17,4	17,8	21,2	23,0	17,6	17,6	20,7	21,5	17,3	17,9	19,9	21,1	17,3	17,8	19,9	20,1										
Prevalencia de consumo de cannabis últimos 12 meses (%)	17,0	8,3	4,1	0,8	19,2	9,1	2,8	0,9	16,4	8,6	3,6	0,8	22,3	10,7	5,2	1,3	27,0	12,8	7,2	1,3										
Prevalencia de consumo de cannabis semanal en los últimos 12 meses (%)	5,6	1,7	1,0	0,0	7,4	1,9	1,8	0,1	6,7	2,9	1,6	0,2	11,7	3,9	2,6	0,5	14,3	4,7	3,3	0,5										
Prevalencia de consumo de cannabis últimos 30 días (%)	-	-	-	-	12,1	4,8	1,8	0,5	10,4	5,3	2,4	0,7	16,2	6,6	3,8	0,9	18,8	7,7	5,0	0,9										
Prevalencia consumo diario cannabis (%)	-	-	-	-	1,9	0,2	0,5	0,0	1,9	0,8	0,6	0,1	3,8	1,2	1,2	0,2	4,3	1,1	0,9	0,1										

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.13. Características generales del consumo de cocaína en polvo en los entrevistados de 15-64 años, según sexo y edad. España 1995-2003.

	1995						1997						1999						2001						2003					
	15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años		15-34 años		35-64 años			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Nº de encuestados	2.721	3.092	1.255	1.820	3.396	3.502	2.492	2.914	3.022	3.271	2.663	3.278	3.465	3.450	3.344	3.854	3.247	3.004	2.572	3.210										
Prevalencia de consumo cocaína en polvo alguna vez en la vida (%)	7,2	3,5	3,3	1,1	8,5	2,4	3,6	1,1	6,2	2,8	3,7	1,2	11,2	4,6	5,0	1,6	13,1	4,6	7,3	1,7										
Edad media al inicio del consumo de cocaína en polvo (años)	19,4	19,9	23,9	24,4	18,9	19,1	24,1	25,1	18,9	18,6	25,0	24,3	18,6	19,5	22,2	22,4	19,1	18,8	22,6	23,1										
Prevalencia de consumo de cocaína en polvo últimos 12 meses (%)	4,7	2,2	1,4	0,3	4,9	1,2	1,4	0,3	4,2	1,7	1,3	0,4	7,2	2,8	2,0	0,5	7,5	2,9	2,4	0,5										
Prevalencia de consumo de cocaína en polvo últimos 30 días (%)	-	-	-	-	2,9	0,5	0,8	0,1	2,6	0,9	0,7	0,1	4,3	1,0	1,1	0,2	2,7	1,3	1,1	0,2										
Prevalencia consumo cocaína en polvo semanal últimos 30 días (%)	-	-	-	-	0,8	0,1	0,2	0,1	0,5	0,2	0,2	0,0	1,3	0,1	0,2	0,1	0,7	0,0	0,5	0,0										

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Figura 1.1.10. Prevalencia de consumo de cocaína entre la población de 15-64 años (porcentaje). España, 1995- 2003.

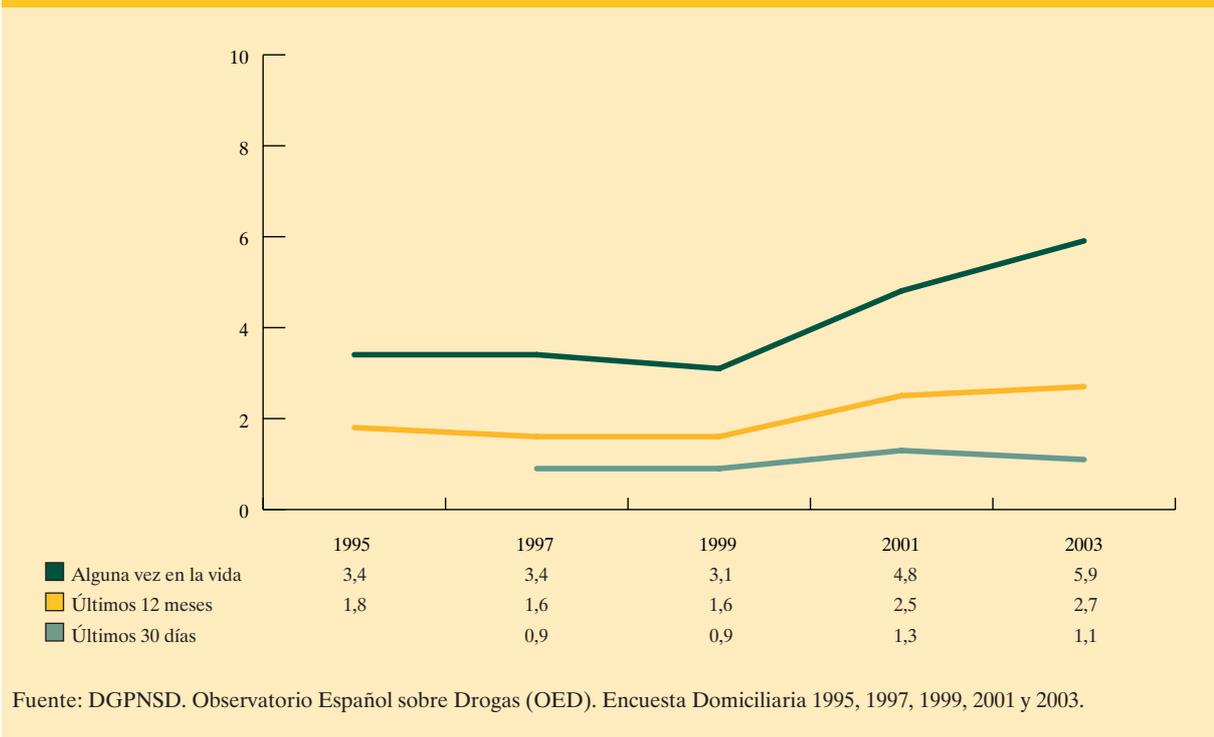
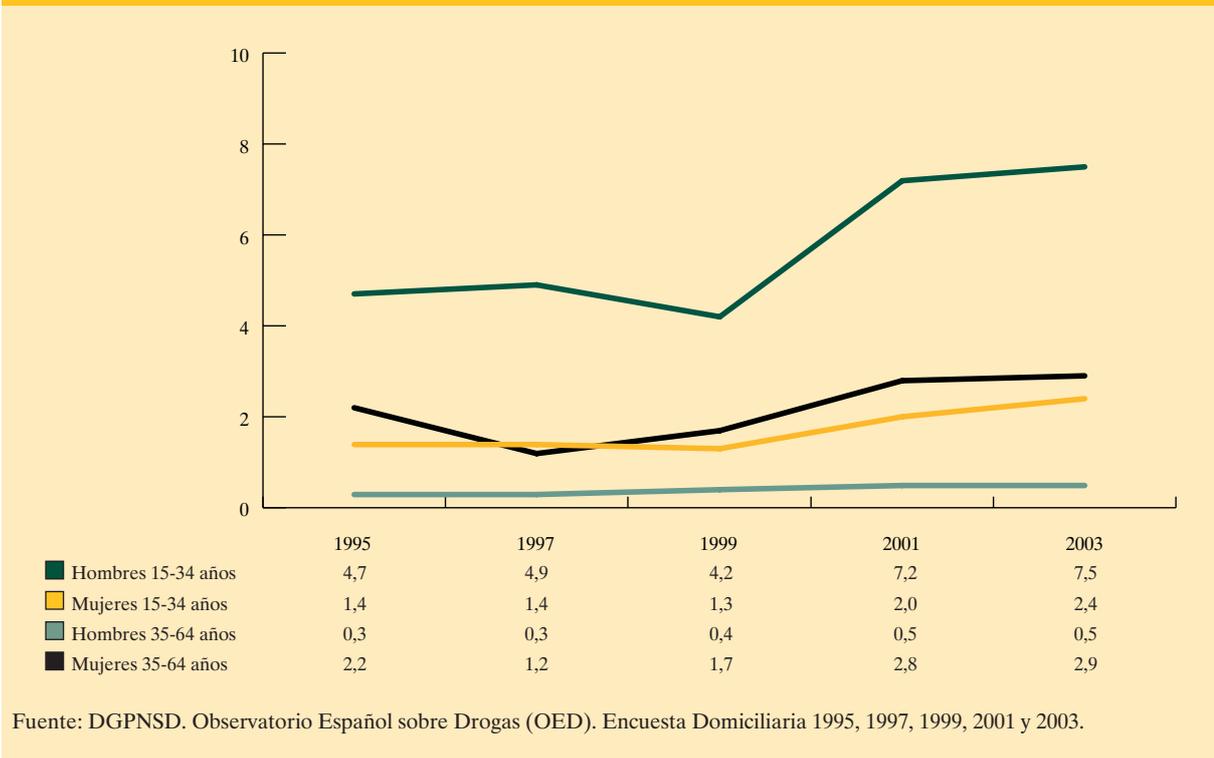


Figura 1.1.11. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1995- 2003.



res (20,8 años), y más temprana entre los jóvenes de 15-34 años (19,7 años) que en la población de 35-64 años (23,4 años).

No es posible extraer conclusiones claras acerca de las tendencias de la edad media de inicio en el consumo de cocaína, aunque a partir de 1999 da la impresión de que se produjo un cierto descenso (21,4 años en 1995, 20,4 en 2001 y 20,9 en 2003).

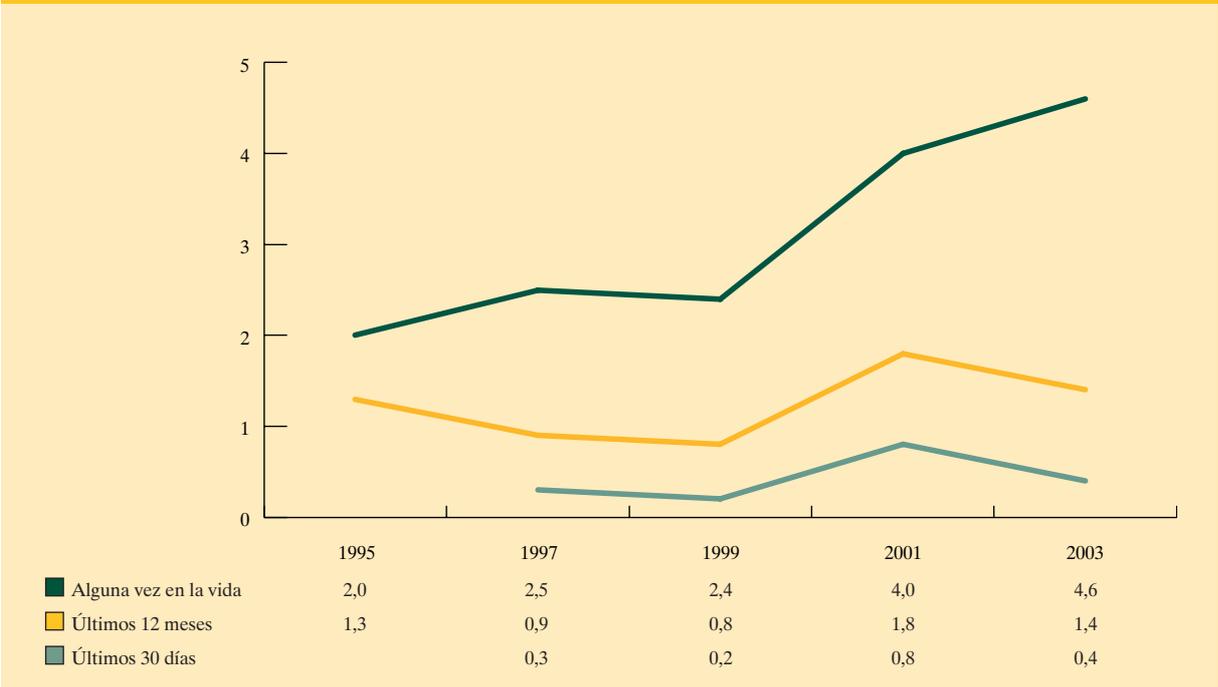
Como ya se ha indicado, además de la cocaína en forma de sal convencional, en España también se puede encontrar cocaína en forma de base, que se suele consumir por vía pulmonar (fumada). El consumo de cocaína base continuaba siendo en 2003 muy minoritario en la población general de 15-64 años. De hecho, sólo un 0,5% la había consumido alguna vez en la vida, y un 0,1% en los últimos 12 meses. Puede apreciarse una cierta tendencia al aumento de la experimentación con esta sustancia (la habían probado alguna vez en la vida un 0,3% en 1995 y un 0,5% en 2003), pero

teniendo en cuenta las bajas prevalencias de consumo, cualquier afirmación en este sentido con base en estos datos es muy arriesgada.

■ Consumo de éxtasis

El “éxtasis” es una denominación genérica y popular para una serie de drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina. En el cuestionario de la encuesta que nos ocupa también se hace referencia a estas sustancias con los nombres de “pastis” o “pirulas”. Se sabe que en bastantes ocasiones los consumidores toman anfetaminas creyendo que se trata de “éxtasis”. En 2003 un 4,6% de la población española de 15 y 64 años había consumido éxtasis alguna vez en la vida, un 1,4% en los últimos 12 meses y un 0,4% en los últimos 30 días (Figura 1.1.12). El consumo tiene un carácter aún más esporádico que en el caso de la cocaína. De hecho, sólo un 0,1% la había consumido semanalmente en los últimos 30 días, y no aparecieron consumidores diarios.

Figura 1.1.12. Prevalencia de consumo de éxtasis entre la población de 15-64 años. España, 1995- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1995, 1997, 1999, 2001 y 2003.

Se trata de drogas cuyo consumo se restringe casi exclusivamente a la población joven. De hecho, en 2003 sólo un 0,1% de la población de 15-64 años las había consumido en los últimos 12 meses, mientras que lo había hecho un 2,9% de la población de 15-34 años. Por otra parte, al igual que sucede con otras drogas de comercio ilegal, la prevalencia de consumo entre los hombres es bastante más elevada que en las mujeres (2% de los hombres de 15-64 años las habían consumido en los últimos 12 meses frente a un 0,8% de las mujeres) (Tabla 1.1.14).

La tendencia temporal del consumo traza una línea quebrada u ondulada, con un descenso de la prevalencia de consumo actual y reciente (últimos 12 meses y últimos 30 días) entre 1995 y 1999, un aumento entre 1999 y 2001, y un nuevo descenso a partir de dicho año.

En 2003 la edad media de inicio en el consumo de éxtasis fue de 20,3 años, siendo más temprana en los hombres (20,2 años) que en las mujeres (20,7 años). En cuanto a la evolución temporal es muy difícil apreciar tendencias porque se producen cambios anuales en dientes de sierra. Esto, sin embargo, puede indicar que se ha mantenido relativamente estable.

■ Consumo de anfetaminas

Las anfetaminas cuando se presentan en polvo a veces se denominan “espid” o “speed”, por lo que en el cuestionario de esta encuesta se hace referencia a ellas también con este nombre. En 2003 la prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida fue de un 3,2%, de un 0,8% en los últimos 12 meses y de un 0,2% en los últimos 30 días. Como en el caso del éxtasis, el consumo tiene un carácter muy esporádico, siendo el consumo semanal en los últimos 30 días menor del 0,1%. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue bastante más elevada en los hombres (1,1%) que en las mujeres (0,5%).

Por otra parte, al igual que sucedía con el éxtasis, el consumo casi se restringe a la población de 15-34 años, con una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 1,6%, siendo la prevalencia muy baja en la población de 35-64 años (0,2%) (Tabla 1.1.15).

En cuanto a la evolución del consumo se aprecia una cierta tendencia a la estabilidad de la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (Figura 1.1.13).

Tabla 1.1.14. Características generales del consumo de éxtasis en los entrevistados de 15-64 años, según edad. España 1995-2003.

	1995		1997		1999		2001		2003	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Nº de encuestados	5.813	3.075	6.898	5.406	6.293	5.941	6.915	7.198	6.251	5.782
Prevalencia consumo éxtasis alguna vez en la vida (%)	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6
Edad media al inicio del consumo éxtasis (años)	20,2	27,1	19,3	29,2	19,6	26,2	19,4	25,4	19,2	25,0
Prevalencia de consumo de éxtasis últimos 12 meses (%)	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1
Prevalencia consumo éxtasis semanal últimos 12 meses (%)	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,3	0,0
Prevalencia consumo éxtasis últimos 30 días (%)	–	–	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

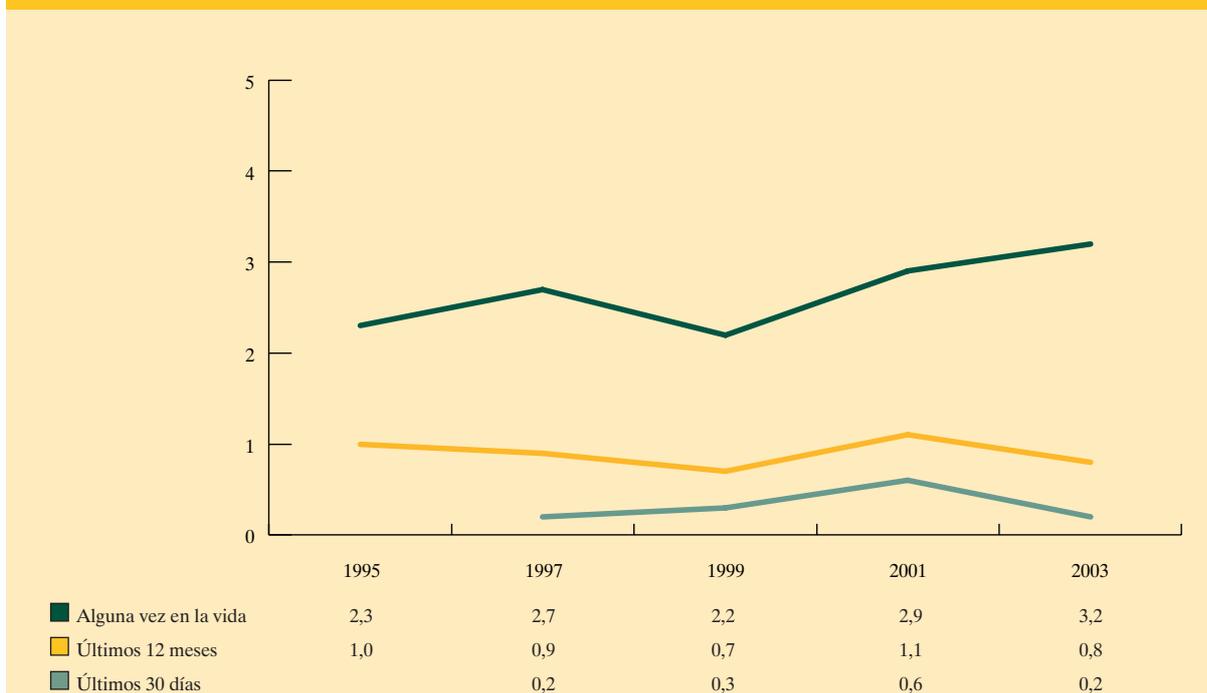
Tabla 1.1.15. Características generales del consumo de anfetaminas en los entrevistados de 15-64 años, según edad. España 1995-2003.

	1995		1997		1999		2001		2003	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Nº de encuestados	5.813	3.075	6.898	5.406	6.293	5.941	6.915	7.198	6.251	5.782
Prevalencia consumo anfetaminas alguna vez en la vida (%)	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9
Edad media al inicio del consumo anfetaminas (años)	19,1	19,4	18,5	22,0	18,4	21,0	18,2	20,3	18,7	21,3
Prevalencia de consumo de anfetaminas últimos 12 meses (%)	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2
Prevalencia consumo anfetaminas últimos 30 días (%)	-	-	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1
Prevalencia consumo anfetaminas semanal últimos 30 días (%)	-	-	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Figura 1.1.13. Prevalencia de consumo de anfetaminas entre la población de 15-64 años. España, 1995- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1995, 1997, 1999, 2001 y 2003.

La edad media de inicio en el consumo se situó en 2003 en 19,6 años, siendo muy similar en las mujeres (19,4 años) y en los hombres (19,6 años). No es fácil sacar conclusiones claras acerca de la evolución de la edad de inicio, aunque con los datos de 2003 da la impresión de que ha aumentado (19,2 años en 1995 y 19,6 años en 2003).

■ Consumo de alucinógenos

En el cuestionario de la encuesta se pregunta por el consumo de alucinógenos, utilizando también para especificarlos los términos LSD, ácidos, tripis y mescalina. En 2003 un 3% de la población española de 15-64 años había consumido alucinógenos alguna vez en la vida, un 0,6% en los últimos 12 meses y un 0,2% en los últimos 30 días. Como en el caso del éxtasis y las anfetaminas, el consumo de alucinógenos tiene un carácter muy esporádico, siendo el consumo semanal en los últimos 30 días menor

del 0,1% (Tabla 1.1.16). La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue mucho más elevada en los hombres (0,9%) que en las mujeres (0,3%), y en la población de 15-34 años (1,1%) que en la de 35-64 años (0,2%).

En cuanto a la evolución del consumo, en el período 1995-2003 se aprecia un cierto descenso en la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (0,8% en 1995 y 0,6% en 2003), aunque nuevamente con prevalencias tan bajas cualquier afirmación es arriesgada (Tabla 1.1.16).

En 2003 la edad media de inicio en el consumo se situó en 19,9 años, siendo similar en hombres (20 años) y en mujeres (19,8 años). Nuevamente es difícil sacar conclusiones acerca de la evolución de la edad de inicio, aunque con los datos de 2003 da la impresión de que ha aumentado (19,3 años en 1995 y 19,9 años en 2003) (Tabla 1.1.16).

Tabla 1.1.16. Características generales del consumo de alucinógenos en los entrevistados de 15-64 años. España 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Nº de encuestados	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033
Prevalencia consumo alucinógenos alguna vez en la vida (%)	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0
Edad media al inicio del consumo alucinógenos (años)	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9
Prevalencia de consumo de alucinógenos últimos 12 meses (%)	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6
Prevalencia consumo alucinógenos últimos 30 días (%)	–	0,2	0,2	0,2	0,2
Prevalencia consumo alucinógenos semanal últimos 30 días (%)	–	0,1	<0,1	0,1	<0,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

■ Consumo de heroína

Generalmente se considera que las encuestas no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo heroína, porque es difícil hallar a los consumidores en los domicilios familiares, y porque la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo.

En 2003 habían consumido heroína alguna vez en la vida un 0,9% de los españoles de 15-64 años, un 0,1% en los últimos 12 meses y una proporción menor en los últimos 30 días (Tabla 1.1.17). La experimentación con la heroína (alguna vez en la vida) era mayor entre los hombres (1,5%) que entre las mujeres (0,3%). Por otra parte, es curioso observar que la experimentación con esta droga era similar en la población de 35-64 años (0,9%) que en la de 15-34 años (0,8%), lo que sugiere que se trata de un fenómeno declinante.

Es difícil sacar conclusiones claras acerca de la evolución del consumo, aunque la prevalencia

de consumo en los últimos 12 meses parece mostrar una tendencia a la estabilidad o el descenso. Por otra parte la edad media de inicio en el consumo da la impresión que ha aumentado (Tabla 1.1.17)

■ Consumo de opiáceos diferentes a heroína

La experimentación con estas sustancias es minoritaria. En 2003 un 0,4% de los españoles había consumido estas sustancias alguna vez en la vida, un 0,1% en los últimos 12 meses y un 0,1% en los últimos 30 días (Tabla 1.1.18), estando la experimentación (consumo alguna vez en la vida) mucho más extendida entre los hombres (0,8%) que entre las mujeres (0,1%).

La edad media de inicio en el consumo en 2003 fue de 20,4 años, siendo más temprana en los hombres (20,1 años que en las mujeres (22,1 años).

No se aprecian tendencias temporales claras ni en la prevalencia ni en la edad de inicio en el consumo (Tabla 1.1.18).

Tabla 1.1.17. Características generales del consumo de heroína en los entrevistados de 15-64 años. España 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Nº de encuestados	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033
Prevalencia consumo heroína alguna vez en la vida (%)	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9
Edad media al inicio del consumo heroína (años)	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0
Prevalencia de consumo de heroína últimos 12 meses (%)	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Prevalencia consumo heroína últimos 30 días (%)	–	0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Prevalencia consumo heroína semanal últimos 30 días (%)	–	0,1	<0,1	<0,1	<0,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.18. Características generales del consumo de opiáceos distintos de la heroína en los entrevistados de 15-64 años. España 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Nº de encuestados	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033
Prevalencia consumo otros opiáceos alguna vez en la vida (%)	0,2	0,5	0,3	0,6	0,4
Edad media al inicio del consumo otros opiáceos (años)	21,1	21,1	19,6	22,6	20,4
Prevalencia de consumo de otros opiáceos últimos 12 meses (%)	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Prevalencia consumo otros opiáceos últimos 30 días (%)	–	0,1	0,1	0,1	0,1
Prevalencia consumo otros opiáceos semanal últimos 30 días (%)	–	0,1	<0,1	0,1	<0,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

■ Consumo de hipnosedantes sin receta médica

En el cuestionario de la encuesta se pregunta por el consumo de hipnosedantes sin receta médica utilizando dos preguntas, en una se indaga por el consumo de tranquilizantes (definidas como pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y en otra por el consumo de somníferos o pastillas para dormir. En el momento del análisis se han agrupado los dos tipos de sustancias bajo la denominación de hipnosedantes porque a menudo las sustancias utilizadas (generalmente benzodiazepinas) tienen ambos efectos en mayor o menor medida.

En 2003 un 3,1% de los españoles de 15-64 años había consumido hipnosedantes sin receta médica en los últimos 12 meses, siendo algo más elevada la prevalencia en las mujeres (3,3%) que en los hombres (2,9%) y en la población de 35-64 años (3,6%) que en la de 25-34 años (2,5%). Por grupos de edad y sexo, el mayor consumo se halla en las mujeres de 35-64 años (3,8%) y el menor en los hombres de 15-34 años (2,4%).

En cuanto a la evolución temporal del consumo en el período 1997-2003, se observa un aumento de la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, pasando de 2,3% en 1997 a 3,1% en 2003. Este aumento afectó principal-

mente a la población de 35-64 años, y fue algo más intenso entre las mujeres (Figura 1.1.14).

En cuanto a la edad de inicio en el consumo, hay que resaltar que éste es el grupo de drogas psicoactivas de abuso cuyo consumo se inicia más tardíamente.

De hecho, en 2003 la edad de inicio en el consumo se situó en 30 años, siendo más baja en los hombres (28,8 años) que en las mujeres (31 años). En el período 1997-2003, la edad de inicio en el consumo aumentó ligeramente (28,7 años en 1997).

■ Consumo de inhalables volátiles

En 2003 un 1% de los españoles había consumido alguna vez en la vida inhalables volátiles (pegamentos, disolventes, nitritos volátiles, etc.), un 0,1% en los últimos 12 meses y una proporción menor en los últimos 30 días (Tabla 1.1.19). La experimentación con estas sustancias fue bastante más elevada en los hombres (1,7%) que en las mujeres (0,3%), y en las personas de 15-34 años (1,7%) que en los de 35-64 (0,5%). En cualquier caso, si se examina la prevalencia de consumo actual (últimos 12 meses) se puede observar que en 2003 era virtualmente inexistente en la población de 35-64 años.

Figura 1.1.14. Prevalencia de consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) sin receta médica entre la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 1995, 1997, 1999, 2001 y 2003.

En cuanto a la evolución temporal de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, se observa que en el período 1995-2003 ha aumentado ligeramente (0,7% en 1995 y 1% en 2003) (Tabla 1.1.19), aumento que se aprecia tanto en la población de 15-34 años como en la de 35-64. La edad media de inicio en el consumo se situó en 2003 en 17,5 años, siendo

después del tabaco y el alcohol, el grupo de drogas con una edad de inicio en el consumo más temprano. La edad de inicio fue ligeramente más baja en las mujeres (17,1 años) que en los hombres (17,6 años). En cuanto a la evolución temporal, se observa una tendencia a la estabilidad o al descenso (17,7 años en 1995 y 17,5 años en 2003).

Tabla 1.1.19. Características generales del consumo de inhalables volátiles en los entrevistados de 15-64 años. España 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Nº de encuestados	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033
Prevalencia de consumo inhalables volátiles alguna vez en la vida (%)	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0
Edad media al inicio del consumo inhalables volátiles (años)	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5
Prevalencia de consumo de inhalables volátiles últimos 12 meses (%)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Prevalencia consumo inhalables volátiles últimos 30 días (%)	-	0,1	<0,1	0,1	<0,1
Prevalencia consumo inhalables volátiles semanal últimos 30 días (%)	-	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

■ Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los consumidores de una determinada sustancia en un período dado (últimos 12 meses, últimos 30 días) es relativamente frecuente que hayan consumido otras durante el mismo período, fenómeno que se suele denominar policonsumo. El que una persona sea policonsumidor no significa, pues, que haya consumido necesariamente las sustancias mezcladas ni de forma simultánea, ni siquiera el mismo día, aunque puede haberlo hecho.

Como puede observarse en la figura 1.1.15 y en la tabla 1.1.20, las personas que en 2003 habían consumido en los últimos 12 meses cualquier droga de comercio ilegal habían consumido en mayor proporción que la población general cualquier otra droga de comercio legal o ilegal distinta de la considerada en el mismo período. Por otra parte, entre los consumidores de drogas de comercio ilegal era prácticamente universal el consumo de alcohol y tabaco, y estaba generalizado (prevalencia superior al 70%) el consumo de cannabis. Por otra

Figura 1.1.15. Proporción de consumidores de drogas que han consumido otras los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años (porcentaje). España, 2003.



Tabla 1.1.20. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido en el mismo período cada una de las drogas consideradas en la cabecera de cada columna (porcentajes). España, 2003.

PREVALENCIA DE CONSUMO	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Heroína	I. volátiles	Cocaína base	Otros opiáceos
Tabaco	-	53,9	86,1	90,5	88,9	90,6	89,6	96,0	96,8	91,5	97,5
Alcohol	86,9	-	95,9	98,7	100,0	99,1	98,3	86,4	100,0	100,0	100,0
Cannabis	20,5	14,2	-	86,5	91,7	89,7	78,0	71,5	79,9	89,5	100,0
Éxtasis	2,6	1,8	10,6	-	54,1	59,1	31,7	39,6	47,7	63,0	30,4
Alucinógenos	1,1	0,8	4,8	23,4	-	42,8	19,4	39,2	33,2	21,9	10,8
Anfetaminas/espíd	1,5	1,0	6,4	34,5	57,7	-	27,4	38,3	44,5	45,8	15,1
Cocaína en polvo	4,9	3,4	18,1	60,2	85,2	89,1	-	100,0	63,1	100,0	27,9
Heroína	0,3	0,1	0,8	3,8	8,7	6,3	5,0	-	0,0	47,1	2,5
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,7	3,5	5,7	5,7	2,5	0,0	-	0,0	0,0
Cocaína base	0,2	0,1	0,7	4,1	3,3	5,1	3,4	31,8	0,0	-	2,5
Otros opiáceos	0,2	0,1	0,8	2,0	1,7	1,7	1,0	1,8	0,0	2,6	-

Nota: Los porcentajes que aparecen en esta tabla se leen a partir de la sustancia de la columna (por ejemplo, de los que han consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, el 14,2% ha consumido también cannabis en el mismo período).

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

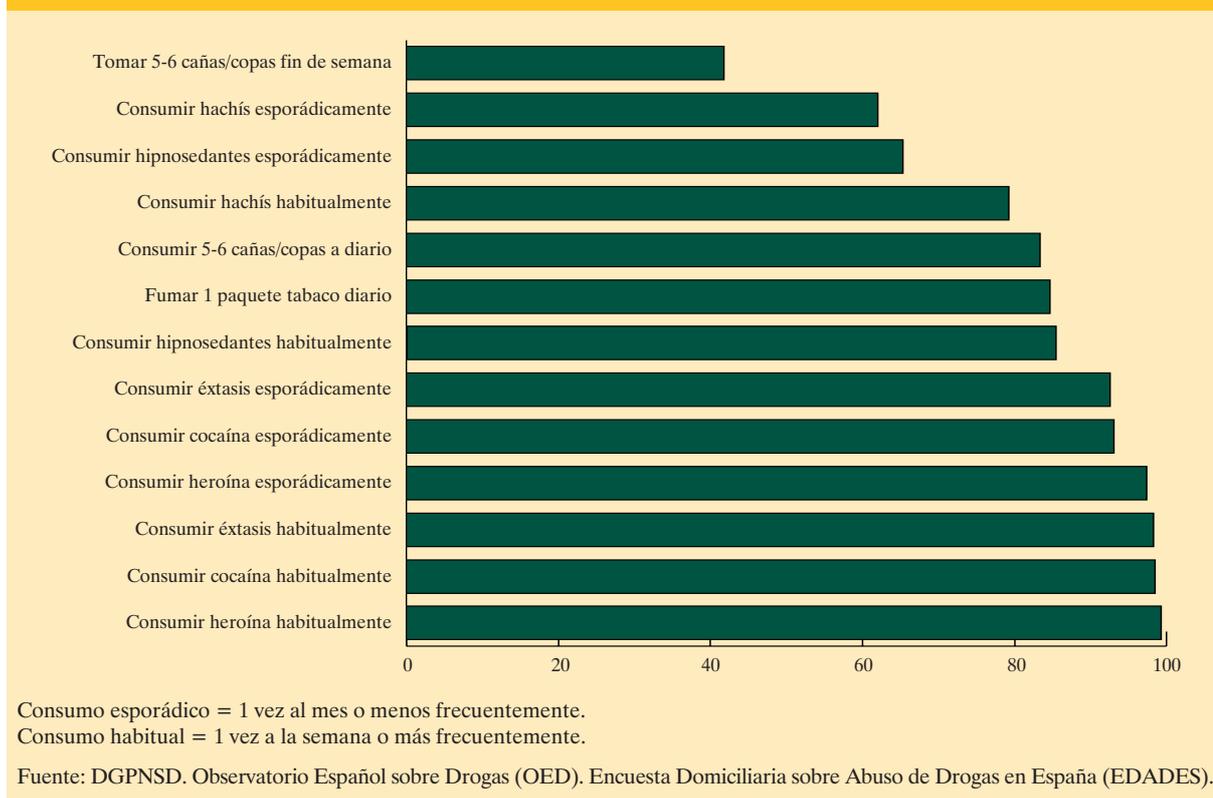
parte, en 2003 el consumo de cocaína en polvo era universal entre los consumidores de heroína o cocaína base, y estaba muy extendido (prevalencia mayor del 60%) entre los consumidores de anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles y éxtasis; es decir, en prácticamente todos los consumidores de drogas ilegales, salvo en los consumidores de cannabis. Finalmente, el consumo de cocaína base (*crack*) estaba relativamente extendido (prevalencia de 31,8%) entre los consumidores de heroína. De hecho, la asociación entre el consumo de estas dos drogas se pone también de manifiesto por el hecho de que un 47,1% de las personas que habían consumido cocaína base en los últimos 12 meses habían consumido también heroína (Tabla 1.1.20).

■ Riesgo percibido por la población ante el consumo drogas

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de

la prevalencia de consumo; de forma que si la población percibe que una conducta de consumo puede causar pocos problemas es lógico pensar que hay un terreno propicio para que el consumo se extienda. El análisis que se presenta a continuación se ha centrado en la proporción de personas que percibe alto riesgo ante una determinada conducta de consumo, definida como la proporción de personas que piensa que esa conducta puede provocar bastantes o muchos problemas. En 2003 la conducta de consumo de drogas psicoactivas que la población española de 15-64 años asociaba a un menor riesgo era el consumo de 5 ó 6 cañas o copas de bebidas alcohólicas durante el fin de semana, seguida a alguna distancia por el consumo esporádico (una vez al mes o menos frecuentemente) de cannabis o hipnosedantes. Por el contrario, las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de éxtasis, cocaína o heroína. También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de éxtasis o cocaína (Figura 1.1.16).

Figura 1.1.16. Proporción de españoles de 15-64 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede producir bastantes o muchos problemas (%). España 2003.



Para todas las drogas, la proporción de personas que percibe alto riesgo en el consumo habitual es algo mayor que en el caso del consumo esporádico, salvo en el caso del cannabis y los hipnosedantes en que se aprecian diferencias importantes. Sin embargo, las mayores diferencias en la percepción del riesgo no se establecen con el patrón de consumo esporádico-habitual (frecuencia de consumo), sino en relación con el tipo de droga consumida. De hecho, en la figura 1.1.16 puede apreciarse que en 2003 la proporción de personas que percibía alto riesgo ante el consumo esporádico de éxtasis, alucinógenos o cocaína era bastante mayor que la proporción que percibía alto riesgo ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas. Además, el consumo esporádico de cannabis se asociaba a mayor riesgo que el consumo de 5 ó 6 cañas o copas los fines de

semana. En este sentido, se puede apreciar también claramente que el consumo de drogas de comercio legal (alcohol, tabaco e hipnosedantes) se asocia a un menor riesgo que el consumo de drogas de comercio ilegal (Figura 1.1.16, Tabla 1.1.21).

Con respecto a las diferencias sexuales, se aprecia que en 2003 el riesgo percibido por las mujeres era bastante superior al percibido por los hombres para todas las conductas de consumo, aunque en el caso del consumo de hipnosedantes las diferencias eran casi inapreciables, y en el caso del consumo diario de tabaco eran de pequeña magnitud (Tabla 1.1.21). Por edades, se puede apreciar que, salvo en el caso del consumo de hipnosedantes, el riesgo asociado al resto de las conductas de consumo era más elevado en la población de 35-64 años que en los jóvenes de 15-34 años. Sin embar-

Tabla 1.1.21. Proporción de encuestados de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo de drogas puede causar bastantes o muchos problemas, según sexo (porcentajes). España, 1995-2003.

	1997		1999		2001		2003	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	6.086	6.102	6.075	6.078	7.062	6.997	6.508	6.386
Fumar un paquete de tabaco diario	75,4	84,1	78,5	86,3	80,1	87,2	81,6	87,7
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana	38,0	53,3	41,8	56,7	37,7	50,8	34,4	49,4
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas al día	84,8	93,5	86,9	94,6	81,2	91,0	78,0	88,7
Fumar cannabis 1 vez o menos al mes	61,0	76,7	68,9	80,6	62,8	73,1	55,5	68,7
Fumar cannabis 1 vez por semana o más	78,2	89,7	83,5	91,7	78,8	87,4	73,3	85,3
Tomar hipnosedantes 1 vez o menos al mes	60,0	60,8	69,2	71,1	67,3	66,0	65,2	65,4
Tomar hipnosedantes 1 vez por semana o más	81,3	81,5	86,2	87,5	85,2	84,4	84,8	86,0
Consumir éxtasis 1 vez o menos al mes	91,1	94,0	93,3	96,0	91,7	93,6	90,6	94,5
Consumir éxtasis 1 vez por semana o más	98,0	99,2	98,4	99,4	97,8	97,9	97,6	99,1
Consumir cocaína 1 vez o menos al mes	91,7	95,3	94,0	96,8	92,0	94,7	91,1	95,1
Consumir cocaína 1 vez por semana o más	97,9	99,1	98,8	99,6	97,5	98,3	97,9	99,2
Consumir heroína 1 vez o menos al mes	97,1	98,1	98,1	98,8	96,8	96,6	96,5	98,2
Consumir heroína 1 vez por semana o más	99,1	99,7	99,5	99,8	99,0	98,6	99,0	99,6
Consumir alucinógenos 1 vez o menos al mes	94,7	97,4	96,5	98,3	95,0	96,1	95,2	97,4
Consumir alucinógenos 1 vez por semana o más	98,6	99,5	99,2	99,7	98,6	98,3	98,8	99,4

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

go, las diferencias son virtualmente inexistentes en el caso del consumo diario de tabaco y bebidas alcohólicas.

En cuanto a la evolución temporal del riesgo percibido, se aprecia que entre 1997 y 2003 aumentó el riesgo asociado al consumo diario de tabaco y al consumo esporádico o habitual de hipnosedantes, y disminuyó el riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas diariamente y durante el fin de semana; así como el riesgo asociado al consumo esporádico y habitual de cannabis. El riesgo asociado al resto de las conductas de consumo de drogas psicoactivas se mantuvo estable (Tabla 1.1.21).

■ Disponibilidad de drogas ilegales percibida por la población

El grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas ilegales percibido por la población (disponibilidad o accesibilidad percibida) puede ser un factor que afecte a la probabilidad de consumo de dichas drogas o a la probabilidad de que esas drogas generen problemas. En este informe se utiliza como indicador la proporción de personas que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

En 2003 la droga ilegal más disponible o accesible para la población española continuaba

siendo el cannabis (hachís y marihuana). De hecho un 59,2% de los entrevistados pensaba que era relativamente fácil o muy fácil obtenerlo. A continuación se situaba la cocaína y el éxtasis, y algo por detrás el LSD y la heroína. En cualquier caso, la proporción de personas que pensaba que era fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las drogas ilegales consideradas (cannabis, éxtasis, LSD, cocaína o heroína) superaba el 39% de la población de 15-64 años. En cuanto a las diferencias por sexo, para cualquier droga ilegal considerada los hombres perciben una mayor facilidad de acceso que las mujeres, y lo mismo sucede con los jóvenes de 15-34 años en relación a la población de 35-64 años. En este sentido, las mayores diferencias por edad en la disponibilidad percibida aparecen en el caso del cannabis y del éxtasis, drogas para las que los jóvenes perciben una facilidad de acceso bastante mayor que la población de 35 años o más (Tabla 1.1.22).

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad de drogas, en 2001, se registró un importante incremento en las proporciones de los que consideraban fácil o muy fácil disponer de estas sustancias. En 2003 la disponibilidad percibida disminuyó algo, aunque el descenso fue casi inapreciable en el caso del cannabis y la cocaína (Tabla 1.1.22, Figuras 1.1.17-19).

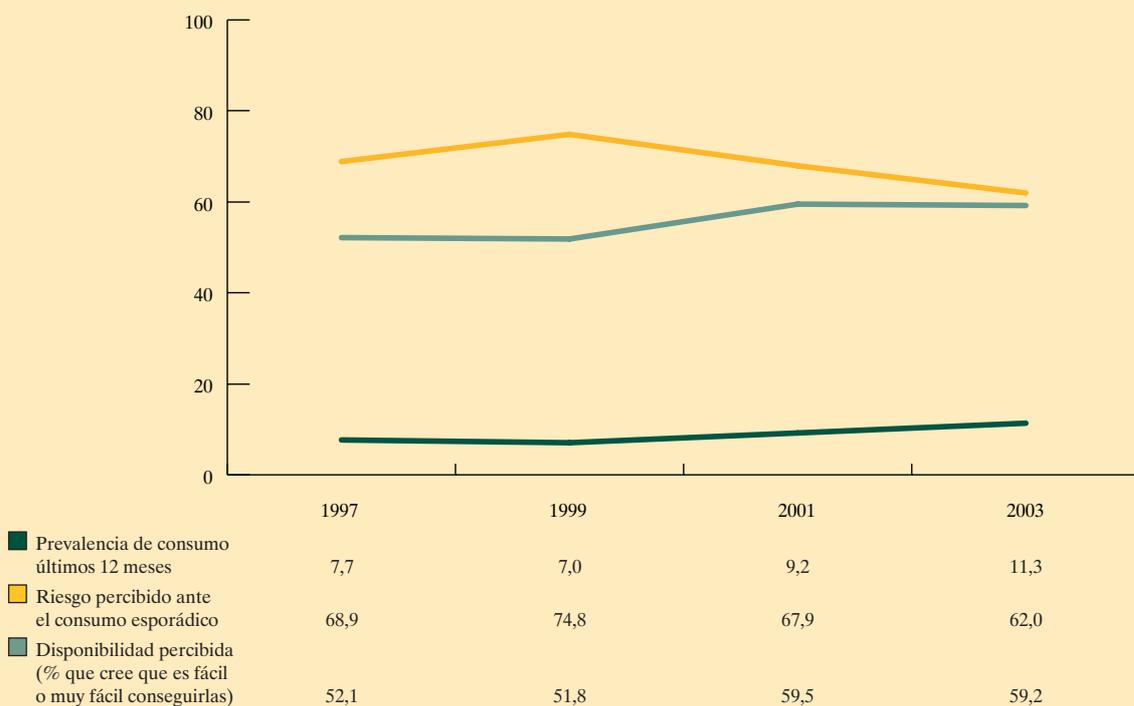
Tabla 1.1.22. Proporción de los entrevistados de 15-64 años que piensan que conseguir cada droga es relativamente fácil o muy fácil, según edad (porcentajes). España 1995-2003.

	1995		1997		1999		2001		2003	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Nº de encuestados	5.813	3.075	6.898	5.406	6.293	5.941	6.915	7.198	6.251	5.782
Hachís/marihuana	61,6	37,6	64,8	39,5	60,9	43,2	71,5	48,5	70,8	49,0
Heroína	42,6	30,7	41,2	31,3	39,8	34,6	46,8	36,1	42,5	36,3
Cocaína	46,3	32,0	46,2	32,4	44,2	35,8	55,4	38,8	53,8	40,1
LSD, ácidos	44,9	28,6	44,9	29,3	41,6	33,1	51,1	35,1	46,1	34,6
Éxtasis u otras drogas de diseño	50,0	31,1	50,0	32,0	45,3	34,7	58,8	38,4	55,0	38,2

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

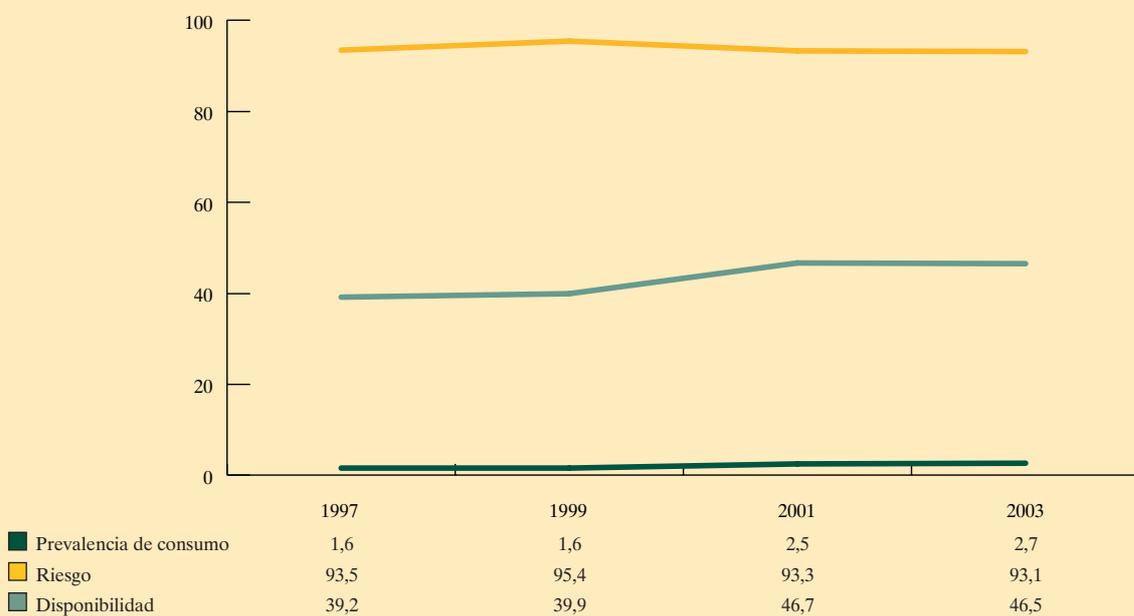
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Figura 1.1.17. Prevalencia de consumo de cannabis, percepción del riesgo ante el consumo esporádico de esta droga y disponibilidad percibida (porcentaje). España, 1997-2003.



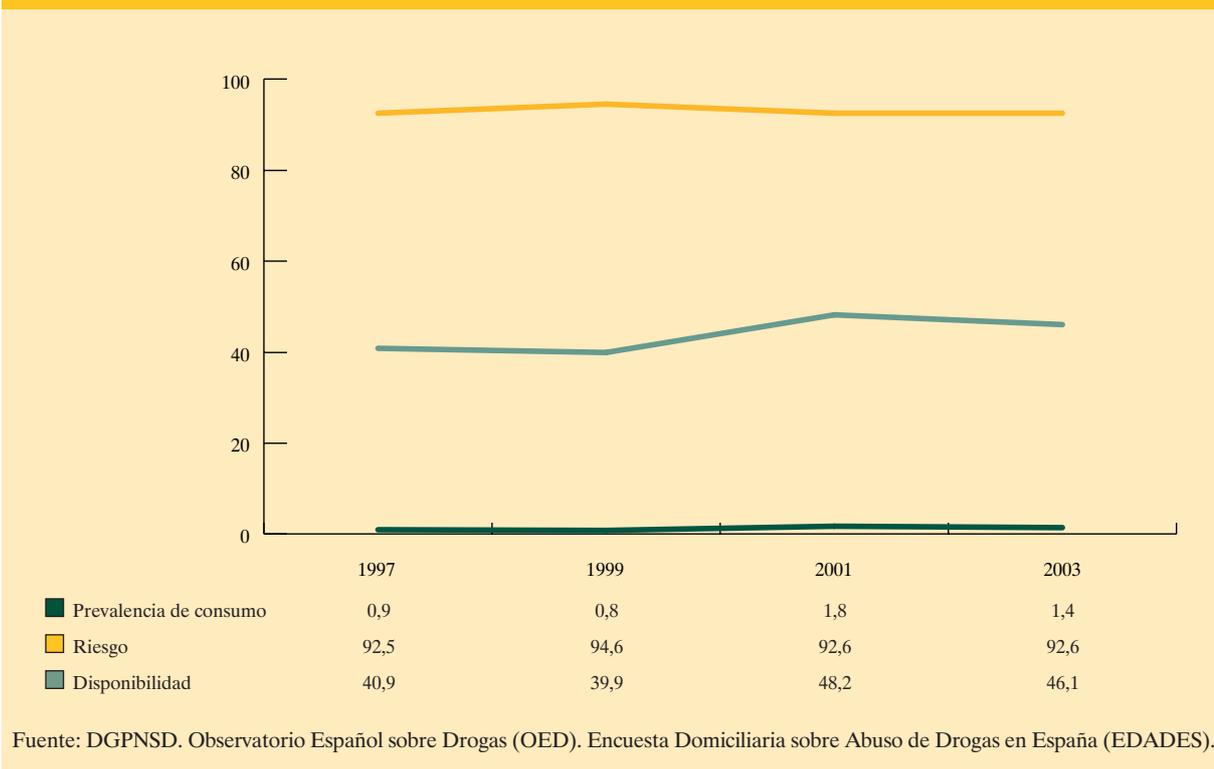
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.18. Prevalencia de consumo de cocaína, (últimos 12 meses), percepción del riesgo (consumo una vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (fácil/muy fácil) (porcentaje). España, 1997- 2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.19. Prevalencia de consumo de éxtasis (últimos 12 meses), percepción del riesgo (consumo una vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (fácil/muy fácil) (porcentaje). España, 1997- 2003.



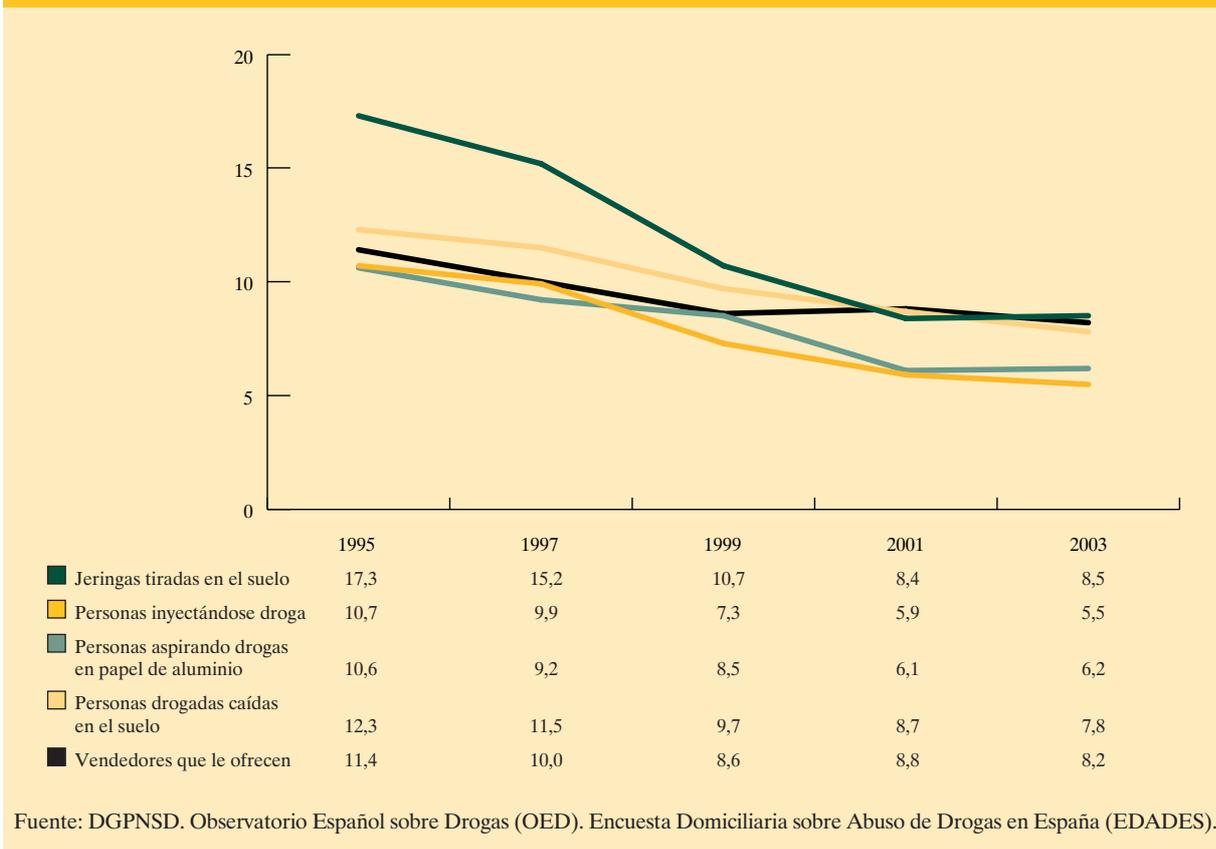
■ **Visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el uso problemático y la oferta de drogas**

En España, en 2003, el fenómeno del uso problemático de drogas ilegales era “invisible” para la gran mayoría de la población, al menos en lo que se refiere a la visibilidad en el entorno cercano —barrio o pueblo donde vive— de los problemas relacionados con el uso de heroína o con el uso por vía inyectada, que es la visibilidad hasta ahora explorada por la encuesta domiciliaria (proporción de españoles de 15-64 años que se encuentran con frecuencia jeringuillas tiradas en el suelo, personas inyectándose drogas, personas aspirando drogas en papel de aluminio, o personas drogadas caídas en el suelo). Esta “invisibilidad” significa que el uso problemático se produce en el ámbito privado

o en escenarios espacio-temporales alejados de la vida diaria de la mayor parte de la población.

La visibilidad de los fenómenos analizados es algo mayor para los hombres que para las mujeres. Por lo que respecta a las diferencias por edad, la visibilidad de los indicadores de inyección (jeringuillas tiradas en el suelo y personas inyectándose drogas) es mayor para la población de 35-64 años que para la de 15-34 y con los otros dos indicadores (personas drogadas caídas en el suelo, personas aspirando drogas en papel de aluminio) sucede al revés. En el período 1995-2003 ha disminuido de forma importante esta visibilidad (Figura 1.1.20), lo que es coherente con la tendencia puesta de manifiesto por los indicadores de problemas de drogas procedentes de otras fuentes (tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad).

Figura 1.1.20. Visibilidad del fenómeno de las drogas ilegales en el entorno cercano (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el barrio o pueblo donde vive). España, 1995-2003.



Al igual que sucedía con la visibilidad de los fenómenos de uso de heroína e inyección de drogas, la visibilidad de la oferta de drogas, medida por la proporción de personas de 15-64 años a la que los vendedores ofrecen drogas, en España en 2003 era baja (Figura 1.1.20). Por otra parte, era un fenómeno bastante más “visible” para los hombres que las mujeres (un 10% de los hombres de 15-64 años se encontró frecuente o muy frecuentemente vendedores que le ofrecían drogas en el barrio o pueblo donde vivía frente a un 6,4% de la mujeres) y en la población de 15-34 años que en la de 35-64 (10,4% frente a 6,5%). En el período 1995-2003 disminuyó claramente la visibilidad de la oferta de drogas (Figura 1.1.20). Este dato casa mal con el aumento de la facilidad de acceso o disponibilidad percibida para la mayoría de las drogas, lo que podría tener algo que ver con cambios en las técnicas de venta.

■ Percepción de la importancia del problema de las drogas ilegales y de la delincuencia relacionada con la drogodependencia

En 2003 un 39% de la población española de 15-64 años consideraba que las drogas ilegales eran un problema muy importante y un 24,6% que la delincuencia relacionada con la drogodependencia era un problema grave en su lugar de residencia. La importancia atribuida por las mujeres al problema de las drogas ilegales es mayor que la de los hombres (41,2% piensa que es muy importante frente al 36,8% de los hombres). Por otra parte, la población de 35-64 años atribuye a este problema más importancia que la de 15-34 tanto en lo que se refiere al problema de las drogas ilegales (40,2% frente a 37,4%) como en lo que se refiere a la delincuencia relacionada con la drogodependencia (26,1% frente a 22,9%). En el período 1995-2003 han descendido bastante

tanto la percepción de la gravedad del problema de las drogas ilegales (53,6% lo consideraban muy importante en 1995 y 39% en 2003) como de la delincuencia ligada a la drogodependencia (33,4% la consideraban muy grave en 1997 y 24,6% en 2003) (Tabla 1.1.23). El descenso ha afectado tanto a hombres como a mujeres y tanto a la población de 15-34 años como a la de 35-64 años.

■ Valoración de la importancia de las acciones para intentar resolver los problemas de drogas ilegales

En 2003 la medida que la población de 15-64 años consideraba más importante para resolver el problema de las drogas ilegales era la educación sobre las drogas en las escuelas. A continuación, por orden de importancia decreciente, se situaban el tratamiento voluntario de los consumidores para dejar las drogas, el control policial y aduanero, las campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas, las leyes estrictas contra las drogas, la administración médica de metadona a los consumidores de heroína, el tratamiento obligatorio para dejar las drogas y la administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otro tipo de tratamientos. Las medidas a las que se concede menos importancia son las

medidas legalizadoras del cannabis o de todas las drogas ilegales (Figura 1.1.21). No hay grandes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la valoración de las distintas medidas, pero las mujeres conceden algo más de importancia que los hombres a las medidas convencionales tanto de control de la oferta (leyes estrictas contra las drogas, control policial y aduanero) como de reducción de la demanda (campañas publicitarias, tratamiento voluntario u obligatorio, y tratamiento con metadona); en cambio los hombres conceden más importancia que las mujeres a la legalización del cannabis. La valoración del resto de las medidas es similar. Con respecto a las diferencias por edad, la población de 35-64 años concede más importancia a todas las medidas mencionadas que la población de 15-34 años, excepto en el caso de la legalización del cannabis (más valorada por los jóvenes) y la legalización de todas las drogas ilegales (con una valoración similar).

En cuanto a la evolución temporal de esta valoración, se observa que en el período 1995-2003 disminuyó ligeramente la importancia concedida a las medidas convencionales o que llevan más tiempo en marcha como la educación en las escuelas, las campañas publicitarias, el tratamiento voluntario para dejar las

Tabla 1.1.23. Percepción de la importancia de los problemas de drogas ilegales y de la delincuencia relacionada con la drogodependencia en el entorno cercano (porcentajes). España 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Nº de encuestados	8.429	12.188	12.153	14.059	12.893
La delincuencia relacionada con la droga es un problema grave en el barrio o pueblo donde vive	–	33,4	25,9	28,1	24,6
Las drogas son un problema muy importante en el barrio o pueblo donde vive	53,6	49,3	40,6	42,5	39,0

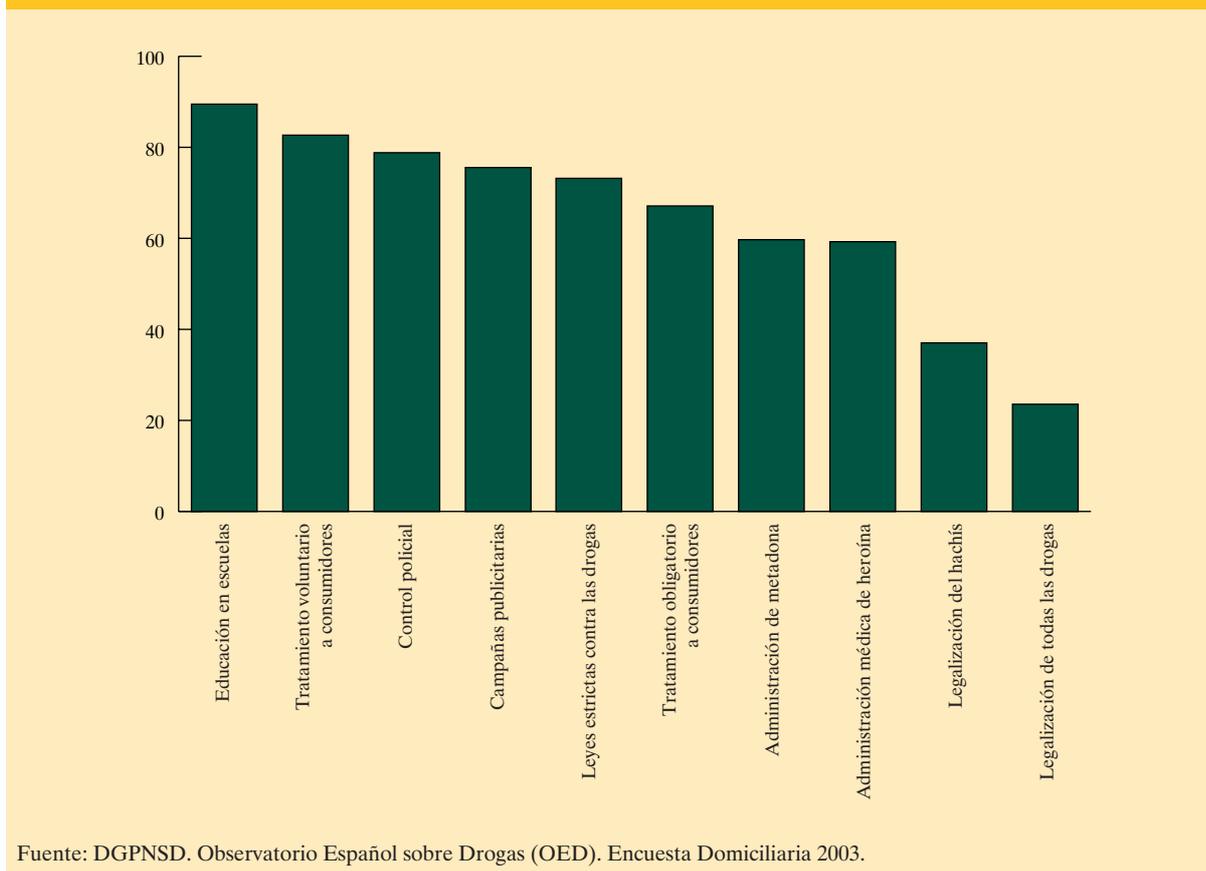
Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.24. Valoración de algunas acciones para intentar resolver los problemas de drogas ilegales por parte de la población de 15-64 años (%). España 1997-2003.

(% de la población que considera cada medida muy importante)	1997	1999	2001	2003
Educación en la escuela	92,1	90,6	88,8	88,3
Tratamiento voluntario a consumidores	84,3	81,3	79,1	79,3
Control policial	81,3	78,9	78,0	75,5
Campañas publicitarias	80,5	78,6	76,6	74,2
Leyes estrictas contra las drogas	74,0	73,1	72,1	70,0
Tratamiento obligatorio a consumidores	53,3	53,2	58,2	55,2
Administración de metadona	51,9	57,4	58,2	56,5
Administración médica de heroína	37,9	43,4	48,7	48,0
Legalización del hachís	26,1	29,3	34,1	32,2
Legalización de todas las drogas	18,7	22,1	23,9	20,2

Figura 1.1.21. Valoración de las posibles medidas para intentar resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentaje). España, 2003.

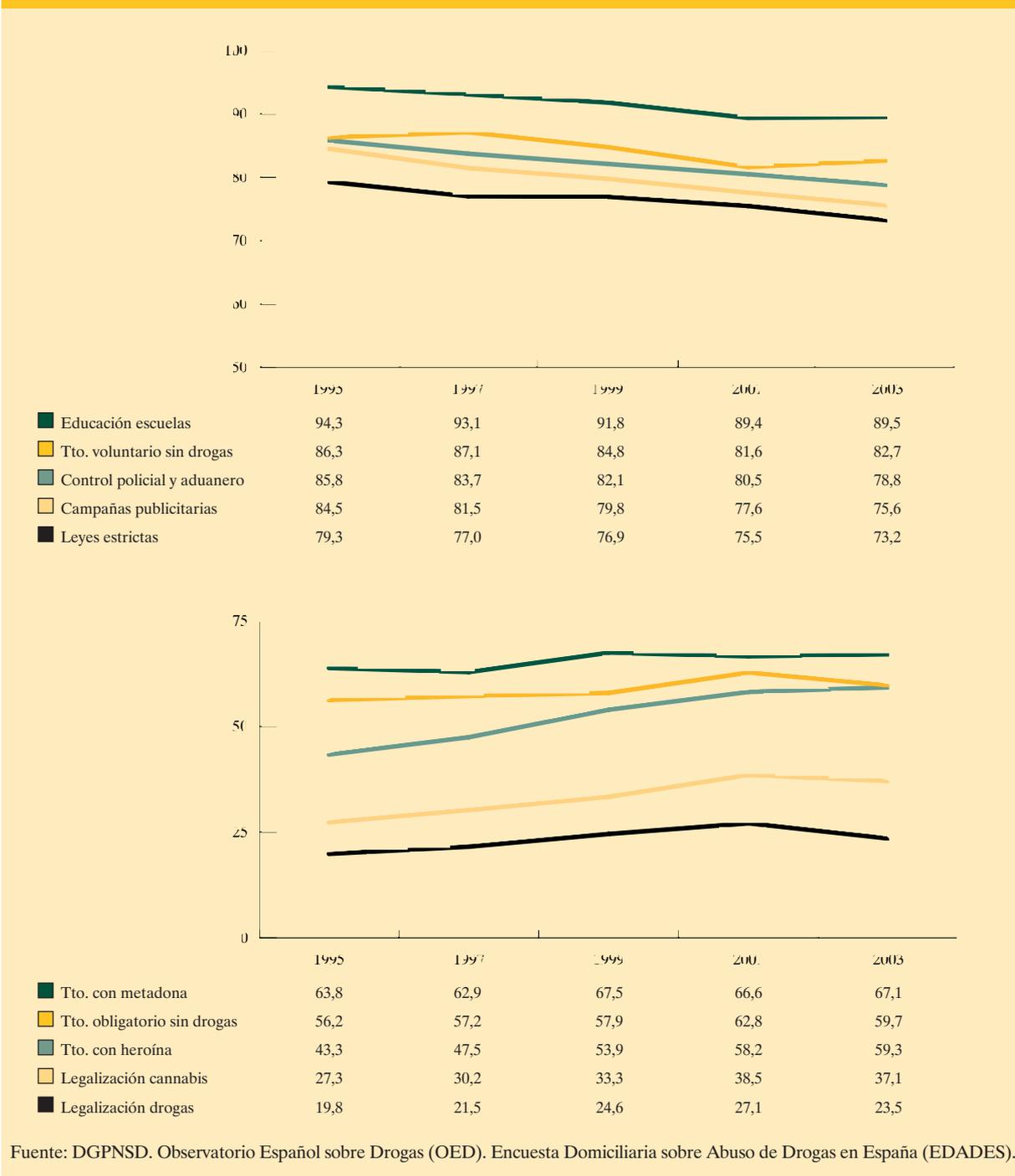


Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria 2003.

drogas, el control policial y aduanero, y las leyes estrictas contra las drogas, y aumentaron otras menos convencionales y que no se han puesto o llevan menos tiempo en marcha como el tratamiento obligatorio para dejar las dro-

gas, la administración médica de metadona, la administración médica de heroína a los que han fracasado en otros tratamientos, y la legalización del cannabis o de todas las drogas ilegales (Figura 1.1.22).

Figura 1.1.22. Evolución de la valoración de las posibles medidas para intentar resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentaje). España, 1995-2003.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

1.2. ENCUESTAS SOBRE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR

Introducción

Entre 1994 y 2004 se han venido realizando en España encuestas bienales con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Las encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación y Ciencia.

El objetivo general de las mismas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, dirigidas sobre todo al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras metodologías como los indicadores de problemas de drogas (admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias o mortalidad relacionada con las drogas), la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), o los indicadores de oferta y control de la oferta. Aunque ha habido cambios menores en el cuestionario y en los procedimientos de obtención de datos, la metodología ha sido bastante uniforme, por lo que los datos pueden utilizarse para observar tendencias temporales. Por otra parte, el cuestionario y la metodología utilizadas son bastante similares a los de otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite hacer algunas comparaciones internacionales. Se han utilizado versiones del cuestionario en las distintas lenguas del Estado Español.

A continuación se describen los objetivos, la metodología y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2004.

Objetivos

Los objetivos concretos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) son los siguientes:

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- c) Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo), los consumidores, y los problemas relacionados con el consumo.
- e) Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Metodología

■ Población de referencia y marco muestral

La población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados son los estudiantes españoles que cursan Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra, fue la población matriculada en colegios o centros educativos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Ciclos Formativos de grado medio o equivalentes (Formación Profesional II). En la tabla 1.2.1 figura la distribución de la población del marco muestral según comunidad autónoma, según titularidad del centro (pública/privada) y según tipo de enseñanza (ESO/bachillerato/formación profesional), facilitada por el Ministerio de Educación y Ciencia. En el período 1994-2004 los cursos incluidos en este marco fueron variando como consecuencia de la progresiva implantación de la última reforma educativa.

El marco muestral utilizado condiciona la distribución de la muestra por edad. De hecho quedan fuera de marco, varios grupos. Por ejemplo, los estudiantes de 14-18 años que estaban cursando educación primaria o educación universitaria, los estudiantes de 14-18 años que no asistieron a clase el día y hora en que se aplicó el cuestionario (ausentes), los

Tabla 1.2.1. Distribución de los estudiantes españoles de Secundaria, Bachillerato y FP/Ciclos Formativos, según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio, y según tipo de estudios. España, 1994-2004.

	Números absolutos										Porcentajes			
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	1994	1996	1998	2000	2002	2004		
Comunidad Autónoma														
Andalucía	47.1794	462.498	439.486	402.840	361.512	363.862	18,4	19,1	19,7	20,8	20,4	20,6		
Aragón	69.699	64.548	58.208	49.597	45.599	44.849	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5		
Asturias	73.467	67.094	59.379	48.271	42.232	39.752	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3		
Baleares	39.271	37.441	36.613	34.923	34.408	34.804	1,5	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0		
Canarias	11.3256	110.955	111.340	96.577	87.248	85.592	4,4	4,6	5,0	5,0	4,9	4,8		
Cantabria	36.909	34.734	31.164	26.253	23.666	22.473	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3		
Castilla y León	160.256	151.635	137.270	117.058	105.092	102.177	6,3	6,2	6,2	6,0	5,9	5,8		
Castilla-La Mancha	90.837	89.425	85.693	79.729	77.727	78.397	3,5	3,7	3,8	4,1	4,4	4,4		
Cataluña	384.125	354.024	310.815	262.519	248.490	248.973	15,0	14,6	14,0	13,5	14,0	14,1		
Comunidad Valenciana	251.506	234.037	215.858	190.873	178.801	177.602	9,8	9,6	9,7	9,8	10,1	10,1		
Extremadura	57.224	59.242	58.622	54.160	51.426	50.791	2,2	2,4	2,6	2,8	2,9	2,9		
Galicia	182.834	176.703	163.396	134.929	113.916	112.125	7,1	7,3	7,3	7,0	6,4	6,4		
Madrid	347.417	322.791	292.702	251.754	229.324	231.045	13,6	13,3	13,1	13,0	12,9	13,1		
Murcia	73.929	71.706	66.423	60.005	55.246	56.305	2,9	3,0	3,0	3,1	3,1	3,2		
Navarra	32.758	30.589	26.977	22.174	21.103	20.626	1,3	1,3	1,2	1,1	1,2	1,2		
País Vasco	151.581	136.827	112.596	90.058	82.048	78.790	5,9	5,6	5,1	4,6	4,6	4,5		
Rioja	17809	16.224	14.249	11.940	10.928	10.723	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6		
Ceuta	3.379	3.565	3.724	3.611	3.303	3.433	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2		
Melilla	2.961	3.136	3.455	3.197	3.244	2.970	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2		
Titularidad del colegio														
Pública	1.911.828	1.769.080	1.626.084	1.362.588	1.225.988	1.241.521	74,7	72,9	73,0	70,2	69,1	70,3		
Privada	649.184	658.094	601.886	577.880	549.325	523.768	25,3	27,1	27,0	29,8	30,9	29,7		
Tipo de estudios														
ESO	237.115	515.206	886.542	953.021	935.678	937.280	9,3	21,2	39,8	49,1	52,7	53,1		
Bachillerato	1.510.024	1.261.877	927.249	724.972	614.796	600.389	59,0	52,0	41,6	37,4	34,6	34,0		
Formación Profesional	813.873	650.091	414.179	262.475	224.839	227.620	31,8	26,8	18,6	13,5	12,7	12,9		
Total	2.561.012	2.427.174	2.227.970	1.940.468	1.775.313	1.765.289	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, y los estudiantes de Enseñanzas de Régimen Especial.

La exclusión del marco de los ausentes puede dar lugar a cierta subestimación del consumo de drogas, puesto que hay evidencias de que el absentismo escolar se asocia con mayor consumo. Por otro lado, es bastante probable que el sesgo introducido por el absentismo permanezca relativamente constante a lo largo del tiempo, por lo que la repercusión de este sesgo en las tendencias y cambios temporales de la prevalencia y patrones de consumo es seguramente muy pequeño.

Aparte de los descritos, hay otros problemas derivados del marco muestral utilizado que afectan a la composición y representatividad de la muestra. En particular:

- a) La existencia de estudiantes de más de 18 años que cursan educación secundaria. Este problema, sin embargo, se resolvió eliminando a estas personas en el momento del análisis.
- b) La subrepresentación de los estudiantes de 18 años en la muestra. Esto se debe a que en las encuestas de 1994-2002 la recogida de información se realizó en el primer trimestre del curso académico (meses de noviembre y diciembre), con lo que una parte importante de la población que cumpliría los 18 años durante el curso se incluyó en el grupo de 17 años. Por otra parte, la encuesta de 2004 se realizó en los meses de mayo y junio, y no pudo realizarse en los estudiantes de segundo de bachillerato, ya que estaban en casa preparando los exámenes de acceso a la universidad. La variación de la distribución de la muestra por edad entre las distintas encuestas puede sesgar de forma importante la estimación de las tendencias, por lo que es recomendable controlar el efecto de esta variable.

Finalmente, podría también considerarse como población de referencia, la población española de 14-18 años, en vez de los estudiantes de esa edad, pero en ese caso habría que

tener en cuenta que existe una cierta proporción de jóvenes que abandonan los estudios, especialmente a los 17 ó 18 años, y que, por lo tanto, no han tenido oportunidad de ser incluidos en la muestra. Comparando las estimaciones de la población española de 14-18 años realizadas por el Instituto Nacional de Estadística para el período 1994-2002 con las cifras de estudiantes matriculados esos mismos años en las enseñanzas incluidas en el marco muestral, se obtiene una cobertura del marco para las distintas encuestas de un 75%-82% de la población española de 14-18 años. No obstante, la cobertura poblacional real sería inferior si se considerara el absentismo escolar.

■ Muestra

Se utilizó un muestreo bietápico por conglomerados, seleccionando aleatoriamente colegios como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. Posteriormente, fueron incluidos en la muestra todos los estudiantes de las aulas seleccionadas, con el fin de simplificar el diseño muestral; así como la ejecución y análisis de la encuesta.

La selección de los colegios se realizó a partir de listados del Ministerio y las Consejerías de Educación. Estos listados contenían pocos errores (por ejemplo, en 1994 sólo 4 centros de los listados no existían o no impartían enseñanza secundaria, 1%). Para seleccionar los colegios, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, más dos estratos correspondientes a Ceuta y Melilla a partir de 1996) y titularidad jurídica (dos estratos, correspondientes a colegios públicos y privados). Inicialmente se intentó seleccionar colegios dentro de cada estrato de comunidad autónoma y titularidad jurídica mediante un muestreo con restitución con probabilidad proporcional a su tamaño (medido como número de estudiantes), con el fin de que todos los estudiantes del marco tuviesen la misma probabilidad de entrar en la muestra y obtener muestras finales autoponderadas para cada comunidad autónoma. Sin embargo, era difícil conseguir información previa sobre el número de estudiantes de 14-18 años de cada colegio, por lo

que a partir de la encuesta de 2000, todos los colegios de cada estrato tuvieron igual probabilidad de ser seleccionados, independientemente de su tamaño.

Las unidades de segunda etapa se seleccionaron una vez que los colegios habían entregado el listado de aulas o grupos de alumnos de los cursos de interés. La selección de aulas se hizo con probabilidad igual entre el conjunto de aulas del colegio; es decir, todas las aulas de un centro tuvieron la misma probabilidad de entrar en la muestra. Por razones económicas se decidió seleccionar más de un aula en cada colegio (generalmente dos), y no una, lo que hubiese aportado un grado mayor de diversidad y representatividad a la muestra. En 1994 se exploró la posibilidad de estratificar la muestra por tipo de estudios (ESO, Bachillerato y Formación Profesional), pero se desechó porque estaba implantándose el sistema educativo vigente, lo que hubiese condicionado el diseño muestral de futuras encuestas. Sin embargo, a partir de 2002 hubo que aumentar la representación en la muestra de los estudiantes de formación profesional/ciclos formativos, porque su número se estaba reduciendo en exceso.

En cada una de las cinco encuestas, se estudió una muestra en torno a 20.000-25.000 estudiantes, 800-1.000 aulas y 400-600 colegios (Tablas 1.2.2 y 1.2.3). Para garantizar una mínima precisión de las estimaciones por comunidad autónoma se estableció un número mínimo de encuestas válidas en cada una de ellas. En 1994-1998 se realizó una distribución de la muestra por comunidad autónoma proporcional a la raíz cuadrada del número de estudiantes de cada comunidad autónoma, y posteriormente se intentó aumentar el tamaño de la muestra en las comunidades más pequeñas (Cantabria, Navarra, La Rioja, etc.) hasta 600 estudiantes. Sin embargo, no siempre se alcanzó esta cifra. Por otra parte, aunque se pretendía hacer una asignación muestral según titularidad del centro (público/privado) proporcional al número de estudiantes en centros públicos y privados en cada comunidad, en la muestra final hay desviaciones importantes de la proporcionalidad (Tablas 1.2.1 y 1.2.3). En 2000-2004 la afijación se realizó estableciendo

un mínimo de 10 colegios para cada comunidad autónoma (3 para Ceuta y Melilla) y asignando el resto de colegios de forma proporcional al número de centros de cada comunidad. Este sistema permite obtener un mínimo de representatividad en cada comunidad a costa de asignar probabilidades desiguales.

Al incumplimiento de las previsiones del diseño inicial han contribuido diversos factores, entre ellos:

- a) Las ampliaciones de muestra financiadas por algunas comunidades autónomas en su territorio.
- b) La falta de información previa sobre la distribución de aulas y alumnos en los colegios del marco, unida al escaso tiempo disponible para organizar y realizar el trabajo de campo.
- c) La proporción de alumnos matriculados que no acudieron a clase el día y hora de la encuesta (ausentes), que se situó en un 13,9% de los matriculados en 1994, 13,7% en 2002 y 17,1% en 2004. Por otro lado, como ya se ha indicado, en 2004 fue muy difícil o imposible encuestar a los alumnos de 2º de bachillerato porque estaban preparando la Selectividad y lo mismo sucedió con los alumnos de ciclos formativos de 2º grado, que desde abril estaban haciendo prácticas en las empresas sin acudir al colegio.

■ Cuestionario y trabajo de campo

Se utilizó un cuestionario estandarizado y anónimo parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos. El cuestionario recoge los objetivos planteados anteriormente, e incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, uso del tiempo libre, consumo de tabaco, consumo de alcohol (incluyendo frecuencia actual de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables —de lunes a jueves— y en fin de semana —viernes+sábado+domingo—, cantidad consumida y frecuencia de borracheras), consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir, centrándose principalmente en el consumo sin receta médica, consumo de otras dro-

Tabla 1.2.2. Distribución de las aulas y colegios incluidos en la muestra de la Encuesta Estatal sobre Abuso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), según comunidad autónoma. España, 1994-2004.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Colegios						
Andalucía	45	45	45	54	60	64
Aragón	19	18	18	17	35	32
Asturias	19	18	18	17	18	16
Baleares	12	12	13	15	32	32
Canarias	22	23	22	21	23	22
Cantabria	13	12	13	28	29	28
Castilla y León	18	19	27	25	30	27
Castilla-La Mancha	25	24	17	44	58	22
Cataluña	44	38	39	37	43	70
Comunidad Valenciana	33	33	33	56	37	35
Extremadura	16	14	16	10	19	31
Galicia	23	26	29	25	36	30
Madrid	40	37	40	66	75	71
Murcia	16	16	16	17	38	25
Navarra	13	13	15	15	14	14
País Vasco	26	24	27	21	22	26
Rioja	11	12	12	12	12	17
Ceuta	–	5*	1	5	3	5
Melilla	–	–	3	3	7	6
	395	389	404	488	591	573
Aulas						
Andalucía	92	92	90	108	119	128
Aragón	38	36	38	31	101	95
Asturias	42	36	36	30	35	32
Baleares	29	28	27	24	84	93
Canarias	44	46	44	41	46	44
Cantabria	28	28	28	48	58	84
Castilla y León	38	40	40	47	58	54
Castilla-La Mancha	54	55	55	69	116	44
Cataluña	88	78	78	74	87	140
Comunidad Valenciana	68	65	69	90	72	70
Extremadura	34	32	53	19	37	92
Galicia	56	55	33	43	102	60
Madrid	85	80	58	119	144	142
Murcia	34	36	79	29	72	74
Navarra	30	28	26	22	26	28
País Vasco	52	52	33	40	44	51
Rioja	25	29	29	20	22	50
Ceuta	–	10*	2	15	6	10
Melilla	–	–	8	6	22	24
	837	826	826	875	1.251	1.315

* Corresponden a Ceuta y Melilla.

gas psicoactivas (hachís/marihuana, cocaína, heroína, espid/anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles, éxtasis/drogas de diseño), percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, grado de rechazo de ciertas conductas de consumo de drogas, incluyendo las mismas conductas que en el caso de

la percepción del riesgo, nivel de disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, información sobre las drogas, los problemas asociados y las intervenciones preventivas, consumo de drogas por parte de los amigos y compañeros, actitud de los padres con respecto al consumo de drogas.

En general, las preguntas que permiten obtener los indicadores esenciales (prevalencia de consumo de las distintas drogas, percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo, etc.) se han mantenido en el tiempo con la misma formulación, pero se han utilizado 4 modelos distintos de cuestionarios, correspondientes a 1994, 1996-1998, 2000 y 2002-2004. Los cambios han consistido en general en añadir nuevas preguntas. Así, en 1996 se añadieron las preguntas sobre consumo de tabaco por parte de los convivientes, y se desglosó la frecuencia de consumo de alcohol para los días laborables y fin de semana. Ese mismo año se añadieron preguntas sobre los motivos para no consumir bebidas alcohólicas, y otras relacionadas con el éxtasis. En 2000 se añadieron numerosas preguntas sobre tiempo libre, motivos para no fumar, consumo de hipnosedantes por los padres, motivos para consumir y consecuencias negativas del uso de alcohol, hipnosedantes, cannabis o cocaína, valoración de intervenciones preventivas, y actitud de los padres ante el uso de tabaco, alcohol, hachís y otras drogas. A la hora de diseñar y desarrollar las encuestas se tuvieron en cuenta las peculiaridades lingüísticas de las distintas Comunidades Autónomas. Para ello, se han utilizado versiones del cuestionario en castellano, gallego, vasco, catalán y valenciano.

El cuestionario fue cumplimentado por escrito (papel y lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos), sin la presencia del profesor en 1994, y con la presencia del profesor (pero manteniéndose permanentemente en el estrado) en 1996-2004. Las encuestas de 1994-2002 se pasaron en otoño (generalmente en noviembre y diciembre), aunque excepcionalmente hubo que retrasar parte de la encuesta a febrero del año siguiente. En el País Vasco la encuesta de 2002 se pasó en otoño de 2003. Por su parte la encuesta de 2004 se realizó en primavera (mayo y junio). Este cambio del período del año de realización de la encuesta puede afectar al valor de las preguntas referidas a los 30 días previos a la encuesta, por lo que conviene ser cautelosos a la hora de interpretar los cambios que aparecen en estas preguntas y no en otras homólogas referidas a los 12 meses previos.

La colaboración de los colegios fue muy buena. En la encuesta de 1994, por ejemplo, sólo 34 colegios (8,6% de la muestra final) se negaron a colaborar, y en las de 2000 y 2002 la proporción de colegios sustituidos por esta razón fue inferior al 5% de los seleccionados inicialmente. En 2004, sin embargo, la proporción de centros sustituidos aumentó hasta un 12,6%, debido generalmente a que les era muy difícil o imposible hallar un día y una hora adecuados para pasar la encuesta, ya que al tratarse de mayo o junio habían planificado ya los exámenes finales y optaron por no alterar el calendario. Por otra parte, el grado de colaboración de los directores, jefes de estudios, y docentes de los centros fue excelente en todas las encuestas. La proporción de estudiantes que se negó a cumplimentar el cuestionario fue irrelevante.

En 1994-1998 la selección de la muestra y el trabajo de campo fueron realizados por la empresa CUANTER, SA y en 2000-2004 por IPD, SA.

■ Análisis

Para elaborar los resultados que se presentan a continuación fue preciso construir la base de datos conjunta de las seis encuestas, eliminado los alumnos menores de 14 años y mayores de 18 que existían en las bases de datos de las encuestas de algunos años. A continuación se realizó una ponderación también conjunta de los datos para corregir las desviaciones de la proporcionalidad de la muestra con respecto a la población de referencia. Como ya se ha indicado, la muestra se distribuyó por comunidad autónoma de forma desproporcional a los estudiantes de 14-18 años matriculados en cada una. Por otra parte, en muestra final se observaron desviaciones importantes de la proporcionalidad de la distribución de la muestra según titularidad del centro (público/privado) y tipo de estudios (ESO, bachillerato, formación profesional/ciclos formativos), por lo que se decidió ponderar los resultados por las tres variables combinadas (comunidad autónoma, titularidad del centro y tipo de estudios). A cada estudiante de la muestra se le asignó un coeficiente de ponderación resultado de dividir la proporción que representaban los estudiantes de sus mis-

mas características en el universo entre la proporción que representaban en la muestra. Si los estudiantes de una casilla eran muy escasos se les asignó el coeficiente general de la comunidad autónoma. La información sobre la distribución del universo según las tres variables de ponderación se obtuvo del Ministerio de Educación y Ciencia. Este sistema de ponderación es algo diferente al utilizado por las empresas adjudicatarias en la tabulación de las distintas encuestas anuales, por lo que los resultados numéricos pueden variar ligeramente.

El análisis se ha basado principalmente en el cálculo de las prevalencias de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, aunque algunos datos se han desagregado por sexo y por edad (14, 15, 16, 17 y 18 años) y por los 10 grupos resultantes de combinar la edad y el sexo. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose la prevalencia de borracheras alguna vez en la vida y, refiriéndose a los últimos 30 días, la prevalencia de consumo durante más de 8 días, la prevalencia de borracheras, y la prevalencia de bebedores de riesgo, considerando como tales a los consumidores de 50 (30 para las mujeres) o más centímetros cúbicos de alcohol puro al día. Para estimar la cantidad media de alcohol puro consumida diariamente por una persona se tuvo en cuenta la frecuencia y cantidad de las distintas bebidas alcohólicas consumida en días laborables (lunes, martes, miércoles y jueves) y en fines de semana (viernes, sábado y domingo), según un procedimiento similar al descrito en EDADES.

Hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para estimar las prevalencias de con-

sumo de drogas psicoactivas en el conjunto de España, pero no en las comunidades autónomas. En 2004 el error muestral máximo para proporciones, supuesto $p=q=50\%$ y un nivel de confianza del 95%, fue $\pm 0,6\%$, oscilando entre $\pm 8,3\%$ en Ceuta y $\pm 1,8\%$ en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, este cálculo del error para una prevalencia teórica del 50% se ajusta mal a la prevalencia del consumo de la mayor parte de las drogas psicoactivas, por lo que conviene estimar los errores muestrales para las prevalencias reales. En la tabla 1.2.4 se muestran los intervalos de confianza al 95% y al 99% de las prevalencias de consumo de drogas en la encuesta de 2004, bajo el supuesto de un muestreo aleatorio simple, para España y para dos comunidades autónomas con tamaño diferente (Madrid y Castilla y León). No obstante, teniendo en cuenta que no se trata de un muestreo aleatorio simple sino de un muestreo con diseño complejo (muestreo por conglomerados bietápico), a la hora de calcular los intervalos de confianza reales habría que considerar también el efecto del diseño muestral (DEFF), lo que podría significar multiplicar la variancia $-(p \cdot q/n)$, en caso de proporciones— por un factor entre 1,5 y 3, lo que conduciría a intervalos más amplios (menor precisión) que los calculados en la tabla 1.2.4. Por ejemplo, asumiendo un DEFF de 2,5 (lo que no es descabellado teniendo en cuenta la previsible homogeneidad de los alumnos dentro de un conglomerado —colegio y aula—, y la heterogeneidad interconglomerado) el intervalo de confianza al 95% de la prevalencia de uso de cocaína en los últimos 12 meses en Castilla y León pasaría de 4,7%-7,7% a 3,8%-8,6%, y en Madrid de 6,2%-8,0% a 5,7%-8,5%.

Este efecto podría compensarse en parte si se toman intervalos de confianza al 99% (Tabla 1.2.4). En definitiva, salvo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias estimadas para las comunidades autónomas tienen unos intervalos de confianza demasiado amplios, sobre todo en las comunidades con menos población, lo que significa que están muy afectadas por el azar y al representar las series temporales pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas. Al igual que en el caso de EDADES, no debieran presentarse

Tabla 1.2.4. Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas entre los estudiantes de 14-18 años (%) e intervalos de confianza al 95% y 99% (supuesto muestreo aleatorio simple) en España, Comunidad de Madrid y Castilla y León. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2004.

	España (n = 25.521)				C. de Madrid (n = 3.033)				Castilla y León (n = 983)					
	Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%		Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%		Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%		Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%			
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		
Tabaco ¹	37,4	36,8	38,0	36,6	38,2	39,4	39,4	43,0	38,9	43,5	36,6	39,6	32,6	40,6
Alcohol	81,0	80,5	81,5	80,4	81,6	78,1	78,1	80,9	77,6	81,4	81,5	79,1	83,9	84,7
Hipnosedantes ²	4,7	4,4	5,0	4,4	5,0	3,9	3,9	5,5	3,7	5,7	3,5	2,4	4,6	5,0
Cannabis	36,6	36,0	37,2	35,8	37,4	37,9	37,9	41,3	37,3	41,9	34,8	31,8	37,8	38,7
Éxtasis	2,6	2,4	2,8	2,3	2,9	2,1	2,1	3,3	1,9	3,5	3,0	1,9	4,1	4,4
Alucinógenos	3,1	2,9	3,3	2,8	3,4	1,9	1,9	2,9	1,7	3,1	1,8	1,0	2,6	2,9
Anfetaminas	3,3	3,1	3,5	3,0	3,6	1,5	1,5	2,5	1,3	2,7	2,0	1,1	2,9	3,2
Cocaína	7,2	6,9	7,5	6,8	7,6	6,2	6,2	8,0	5,9	8,3	6,2	4,7	7,7	8,2
Heroína	0,4	0,3	0,5	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,4	0,0	0,8	0,9
Inhalables volátiles	2,2	2,0	2,4	2,0	2,4	1,2	1,2	2,0	1,0	2,2	2,1	1,2	3,0	3,3

1. Prevalencia en los últimos 30 días

2. Hipnosedantes sin receta

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. IC99%: intervalo de confianza al 99%.

prevalencias autonómicas sin aportar los intervalos de confianza o realizar tests estadísticos que permitan evaluar si las tendencias son significativas con un nivel de confianza del 99%.

Resultados

Extensión del consumo de drogas

En 2004 las sustancias psicoactivas de abuso más extendidas entre los estudiantes de 14-18 años que cursaban Enseñanzas Secundarias en España fueron el alcohol y el tabaco: un 65,6% de los estudiantes de esta edad habían consu-

mido bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la encuesta y un 37,4% tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal la más extendida con mucha diferencia fue el cannabis con una prevalencia en los últimos 12 meses de un 36,6%. En cuarto lugar se situó la cocaína con una prevalencia anual del 7,2%, luego los tranquilizantes y pastillas para dormir (hipnosedantes) sin receta, y a continuación las anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables volátiles con prevalencias anuales entre el 2% y el 4%. La heroína, en cambio, estaba mucho menos extendida con una prevalencia anual estimada del 0,4% (Tabla 1.2.5).

Tabla 1.2.5. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2004.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida						
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0
Hipnosedantes*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses						
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0
Hipnosedantes*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días						
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6
Hipnosedantes*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1

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

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Edad media de inicio en el consumo

En 2004 la edad de inicio en el consumo de drogas de los estudiantes de 14-18 años mostraba diferencias importantes dependiendo de la droga. Las drogas que comenzaban a consumirse más tempranamente eran las de comercio legal como tabaco (edad media de inicio 13,2 años), bebidas alcohólicas (13,7 años) e inhalables volátiles (14 años). Entre las drogas de comercio ilegal las que se consumían más tempranamente era la heroína (14,4 años) y el cannabis (14,7 años). Por su parte, las drogas cuyo consumo se iniciaba más tardíamente eran la cocaína y los alucinógenos (15,8 años) (Tabla 1.2.6).

La evolución de la edad media de inicio en el consumo conviene estudiarla para cada una de las edades individualmente porque puede verse muy afectada por las variaciones en la estructura por edad del grupo 14-18 años. Si se estudia la evolución de la edad media de inicio en el consumo de los estudiantes de 17 y 18 años, se puede apreciar, que entre 1994 y 2004 disminuyó la edad media de inicio en el consu-

mo de tabaco, cannabis, éxtasis y heroína; se mantuvo estable la de bebidas alcohólicas, cocaína, anfetaminas y alucinógenos, y aumentó la de hipnosedantes sin receta médica e inhalables volátiles (Tabla 1.2.7).

■ Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

Salvo para el tabaco y los hipnosedantes sin receta médica (claramente más extendidos entre las chicas) y para el alcohol (que mostró una extensión del consumo similar en ambos sexos), la prevalencia de consumo del resto de las drogas fue bastante más elevada entre los chicos de 14-18 años que entre las chicas de la misma edad. En el caso de las drogas de comercio ilegal las mayores diferencias intersexuales relativas de la prevalencia de consumo se observaron en el caso de la heroína (prevalencias de uso en últimos 12 meses de 0,8% entre los chicos de 14-18 años y de 0,1% entre las chicas) y las menores en el caso del cannabis (prevalencias de uso en últimos 12 meses de 39,4% entre los chicos y de 33,7%

Tabla 1.2.6. Evolución de la edad media al inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (edad media-años). España, 1994-2004.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1
Hipnosedantes*	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8
Sustancias volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6

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

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.7. Evolución de la edad media al inicio del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 17 y 18 años (edad media-años). España, 1994 y 2004.

	1994		2004	
	17 años	18 años	17 años	18 años
Número de encuestados	4.202	1.869	4.302	1.643
Tabaco	14,4	15,0	13,4	13,9
Tabaco (consumo diario)	–	–	14,8	15,3
Alcohol	14,1	14,5	14,2	14,4
Alcohol (consumo semanal)	–	–	15,6	16,1
Hipnosedantes*	15,0	16,1	15,7	16,6
Cannabis	15,6	16,1	15,2	15,6
Cocaína	15,9	16,8	16,1	16,7
Heroína	15,6	16,2	15,0	15,6
Anfetaminas	16,0	16,6	16,0	16,5
Alucinógenos	16,0	16,6	16,2	16,7
Inhalables volátiles	14,2	15,2	14,7	15,5
Éxtasis	16,2	16,8	15,8	16,4

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

entre las chicas). En contra de la opinión extendida entre bastantes ciudadanos y profesionales, las diferencias intersexuales en el consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años no han cambiado de forma importante ni en su magnitud ni en su sentido en el período 1994-2004 (Tabla 1.2.8).

■ Diferencias en el consumo por edad

Como puede observarse, entre los 14 y los 18 años la prevalencia de consumo alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas crece de forma espectacular, con los mayores aumentos relativos en el caso de cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos y los menores en el caso de los inhalables volátiles y la heroína. En el período 1994-2004 entre los estudiantes de 14 años las drogas psicoactivas de consumo más extendido, tras alcohol, tabaco y cannabis, fueron los hipnosedantes sin receta y los inhalables volá-

tiles; sin embargo, entre los estudiantes de 18 años, el consumo de estas dos últimas drogas fueron claramente sobrepasadas por la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos y el éxtasis (Tabla 1.2.9).

■ Consumo de tabaco

En 2004 la proporción de estudiantes de 14-18 años que había fumado diariamente en los últimos 30 días fue de un 21,5% (18,4% entre los hombres y 24,1% entre las mujeres), siendo las prevalencias de consumo en los 30 días y en los 12 meses previos a la encuesta ligeramente más elevadas (Tabla 1.2.10).

En cuanto a la intensidad del consumo, el número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los que fumaban todos los días fue de 7,7 (21,2% fumaban más de 10 cigarrillos/día). La intensidad del consumo fue más

Tabla 1.2.8. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Consumo alguna vez en la vida												
Tabaco	56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1
Alcohol	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5
Hipnosedantes*	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1
Cannabis	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2
Éxtasis	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9
Alucinógenos	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3
Anfetaminas	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6
Cocaína	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8
Heroína	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3
Inhalables volátiles	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9
Consumo en los últimos 12 meses												
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5
Hipnosedantes*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5
Cannabis	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7
Éxtasis	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9
Alucinógenos	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8
Anfetaminas	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3
Cocaína	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1
Heroína	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1
Inhalables volátiles	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4
Consumo en los últimos 30 días												
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7
Hipnosedantes*	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0
Éxtasis	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0
Alucinógenos	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0
Cocaína	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6
Heroína	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1
Inhalables volátiles	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7

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

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

elevada en los hombres (8,1 cigarrillos/día por término medio) que en las mujeres (7,5 cigarrillos/día) y en la población de 18 años (9,5 cigarrillos/día) que en la de 14 años (5,6 cigarrillos/día). La edad media de inicio en el consumo de tabaco fue de 13,2 años, siendo muy parecida en hombres y mujeres (Tabla 1.2.10). Un 57,6% convivía con algún fumador, generalmente el padre (33,2%), la madre (32,1%), o un hermano (16,3%).

Por lo que respecta a las tendencias del consumo, se observa que la prevalencia de consumo de tabaco diario no ha descendido en el período 1994-2004. De hecho, la prevalencia de 1994 y 2004 es similar. Sin embargo, con respecto al período 1996-2000, la prevalencia habría descendido algo en 2000-2004 (Figura 1.2.1). Esta evolución de la prevalencia de consumo se debe sobre todo al comportamiento de las mujeres (Figura 1.2.1) (Tabla 1.2.9), y de

Tabla 1.2.9. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2004.

Edad (años)	14	15	16	17	18
Consumo alguna vez en la vida					
Tabaco	42,1	54,7	62,3	70,0	77,3
Alcohol	59,2	76,6	86,9	91,9	93,8
Hipnosedantes*	4,1	6,2	7,1	8,0	10,8
Cannabis	19,6	33,7	45,9	56,7	63,5
Éxtasis	0,5	2,3	4,3	9,0	13,7
Alucinógenos	0,7	2,6	4,0	8,5	12,1
Anfetaminas	0,6	2,3	4,0	9,3	12,0
Cocaína	1,2	4,1	7,6	17,0	23,6
Heroína	0,4	0,4	0,8	1,0	1,1
Inhalables volátiles	2,3	3,1	4,0	5,8	6,2
Consumo en los últimos 12 meses					
Alcohol	57,9	75,6	85,9	91,1	93,0
Hipnosedantes*	2,7	3,9	5,1	5,6	7,1
Cannabis	17,2	29,3	39,5	48,4	51,8
Éxtasis	0,3	1,3	2,3	4,9	6,5
Alucinógenos	0,5	1,7	2,7	5,6	7,8
Anfetaminas	0,5	1,7	3,1	5,8	7,9
Cocaína	0,9	3,2	6,1	14,0	18,5
Heroína	0,3	0,3	0,5	0,6	0,8
Inhalables volátiles	1,4	2,1	2,1	2,7	3,1
Consumo en los últimos 30 días					
Tabaco	15,5	28,9	38,6	51,3	60,1
Alcohol	38,0	57,7	71,9	78,2	81,5
Hipnosedantes*	1,6	2,1	2,6	2,7	3,3
Cannabis	10,0	19,2	27,8	34,6	35,7
Éxtasis	0,2	0,8	1,2	2,6	4,0
Alucinógenos	0,3	0,9	1,4	2,3	3,7
Anfetaminas	0,2	1,0	1,9	2,8	4,5
Cocaína	0,5	1,6	3,1	7,2	11,1
Heroína	0,2	0,2	0,4	0,5	0,7
Inhalables volátiles	0,7	1,1	1,1	1,3	1,6

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

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

los estudiantes de 14-16 años. De hecho, en este grupo de edad se puede apreciar una cierta tendencia al descenso del consumo, que no se aprecia entre los estudiantes de 17 y 18 años, donde el consumo podría incluso haber aumentado. Por otra parte, descendió la edad media de inicio en el consumo, pasando de 13,9 años en 1994 a 13,2 años en 2004, siendo el descenso algo más acentuado en las mujeres que en los hombres (Tabla 1.2.10). Entre 1996 y 2004 descendió algo la proporción de estudiantes que convivía con algún fumador, pasando de 62,6% a 57,6%.

■ Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España. De hecho, en 2004 la proporción de estos estudiantes que había consumido alguna vez bebidas alcohólicas en los 12 meses y en los 30 días previos a la encuesta fue 81%, y 65,6%, respectivamente. Con respecto al consumo habitual, un 47,3% había consumido alcohol más de 8 días en los 30 días previos (51,8% entre los hombres y 42,8% entre las mujeres).

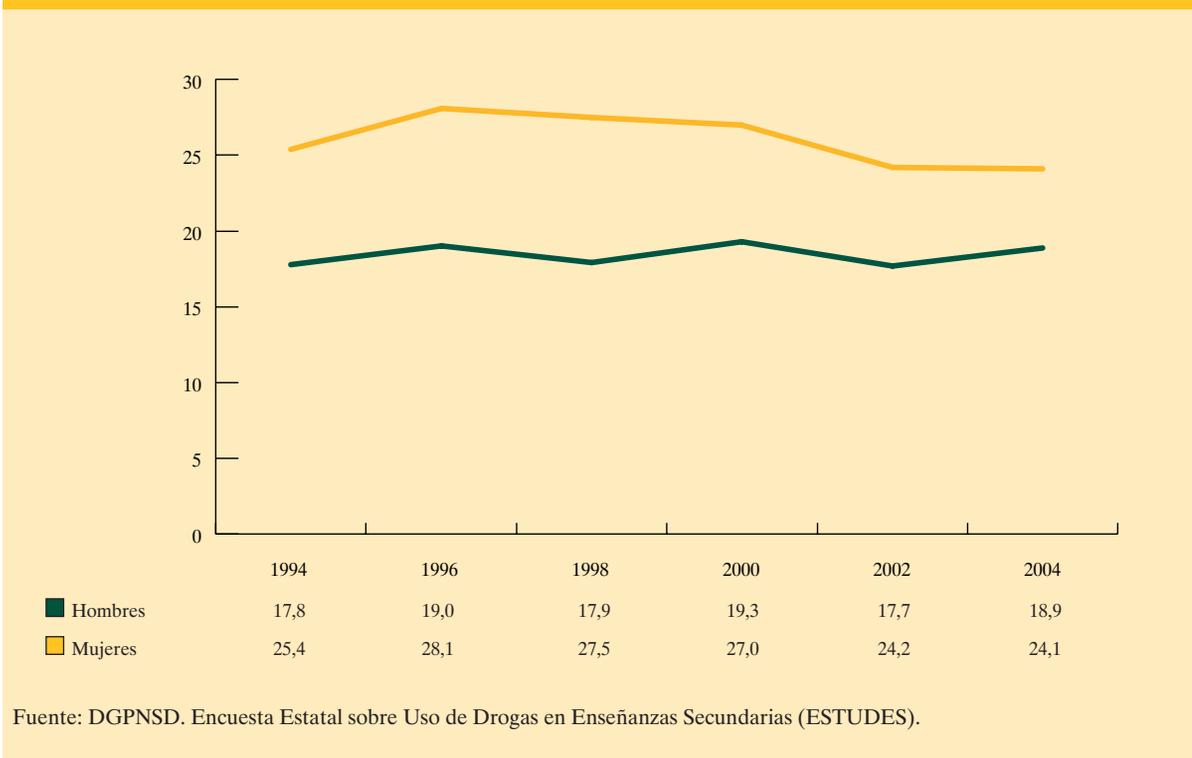
Tabla 1.2.10. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia consumo tabaco alguna vez en la vida	56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1
Edad media de inicio del consumo de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	13,7	14,1	13,1	13,5	13,0	13,4	12,9	13,2	13,0	13,1	13,1	13,2
Prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9
Prevalencia de consumo diario de tabaco	17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1
Edad media al inicio del consumo diario de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	-	-	14,5	14,6	14,6	14,5	14,4	14,3	14,4	14,3	14,5	14,4
Nº cigarrillos diarios consumidos diariamente												
1-5	37,7	47,3	41,8	50,3	43,8	49,5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5
6-10	33,8	36,8	33,9	34,8	35,2	34,9	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5
11-20	26,0	14,9	22,7	13,9	19,6	15,0	20,8	15,8	20,1	16,3	20,9	19,0
21 ó más	2,5	1,0	1,6	0,9	1,3	0,6	0,0	0,0	1,7	1,2	1,8	1,0
Nº medio cigarrillos diarios	9,1	7,2	8,3	6,9	7,9	7,0	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.1. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentaje). España, 1994-2004.



Por lo que se refiere a los indicadores de consumo más problemático, un 58% se había emborrachado alguna vez en la vida y un 34,8% en los 30 días previos a la encuesta. Además un 12,3% era “bebedor de riesgo”, incluyendo como tal a los hombres con un consumo de 50 centímetros cúbicos (cc) de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más en los 30 días previos. Da la impresión de que no existen diferencias intersexuales importantes en la extensión del consumo esporádico o experimental; sin embargo el consumo habitual (más de 8 días en los últimos 30 días) estaba más extendido entre los hombres (51,8%) que entre las mujeres (42,8%), y lo mismo sucedía con el consumo de riesgo (13,1% en hombres y 11,5% en mujeres), y con la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días (37% en hombres y 32,5% en mujeres) (Tabla 1.2.11). Por edad también se observaron importantes diferencias. Así, centrándonos en los 30 días previos a

la entrevista, la prevalencia de consumo durante más de 8 días fue de 20% entre los estudiantes de 14 años frente a un 66,6% entre los de 18 años, y la prevalencia de borracheras y de consumo de riesgo de 13,9% y de 4,4%, respectivamente, entre los primeros, y de 47,8% y 23,3% entre los segundos.

En el conjunto de los encuestados, la proporción de consumidores durante los fines de semana fue más elevada que durante los días laborables. De hecho, en 2004 en los 30 días previos a la encuesta un 65,6% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años había consumido bebidas alcohólicas en fines de semana (viernes, sábado o domingo), mientras que en días laborables (de lunes a jueves) sólo lo había hecho un 20,3%. Esta concentración del consumo en los fines de semana es más marcada que en el conjunto de la población de 15-64 años explorada en EDADES. No se observaron diferencias intersexuales en la

Tabla 1.2.11. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5
Edad media al inicio del consumo alcohol (años)	13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9
Edad media al inicio del consumo semanal de alcohol (años)	-	-	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1
Prevalencia de consumo de alcohol en últimos 12 meses	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5
Prevalencia de consumo de alcohol en últimos 30 días	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana últimos 30 días	-	-	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5
Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables últimos 30 días	-	-	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1
Prevalencia de uso de alcohol más de 8 días en últimos 30 días	-	-	52,8	45,2	55,5	49,1	51,0	41,6	44,9	36,8	51,8	42,8
Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días (días/mes)												
1-4 días	44,4	55,9	17,9	23,3	15,7	22,4	14,8	21,5	18,5	26,4	16,9	22,8
5-8 días	36,7	35,1	15,4	19,7	14,8	17,5	15,2	21,1	16,7	21,1	15,6	22,2
Más de 8 días	18,9	8,9	66,8	57,0	69,5	60,1	70,1	57,4	64,8	52,5	67,5	55,1
Consumidores de riesgo de alcohol en últimos 30 días	-	-	9,5	7,8	10,0	8,8	10,5	9,0	9,3	8,2	13,1	11,5
Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días	21,7	19,8	23,7	20,7	24,7	23,4	24,0	19,9	25,8	23,1	37,0	32,5

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, ni en la prevalencia de consumo en fin de semana en dicho período, sin embargo, la prevalencia de consumo en días laborables fue más alta en hombres (26,5%) que en mujeres (14,1%) (Tabla 1.2.12). Puede afirmarse, por tanto, que en las mujeres se concentra más el consumo durante los fines de semana. Al igual que sucede con otras drogas, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los 14 y los 18 años aumenta mucho con la edad. En el caso de la prevalencia de consumo en fin de semana en 2004 el mayor aumento se producía entre los 14 y los 16 años hasta situarse en cifras superiores al 70% en esta última edad. La concen-

tración del consumo durante el fin de semana era muy intenso a los 14 años, donde la gran mayoría de los que consumían lo hacían sólo durante el fin de semana y disminuía progresivamente hasta los 18 años, fundamentalmente porque una cierta proporción de estudiantes incorpora el consumo durante los días laborables. Las bebidas de consumo más extendido entre los encuestados en fines de semana fueron con mucha diferencia los combinados/cubatas (58,4% los había consumido algún fin de semana en los 30 días previos). En segundo lugar se situaba la cerveza/sidra (34,1%) y a continuación los licores fuertes, el vino/champán y los licores de fruta (las tres con prevalencias entre 26% y 28%). En cambio en días

Tabla 1.1.12. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2004.

	1996	1998	2000	2002	2004
CONSUMO EN DÍAS LABORABLES					
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días					
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días					
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5
CONSUMO ALGÚN FIN DE SEMANA					
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días					
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días					
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8

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

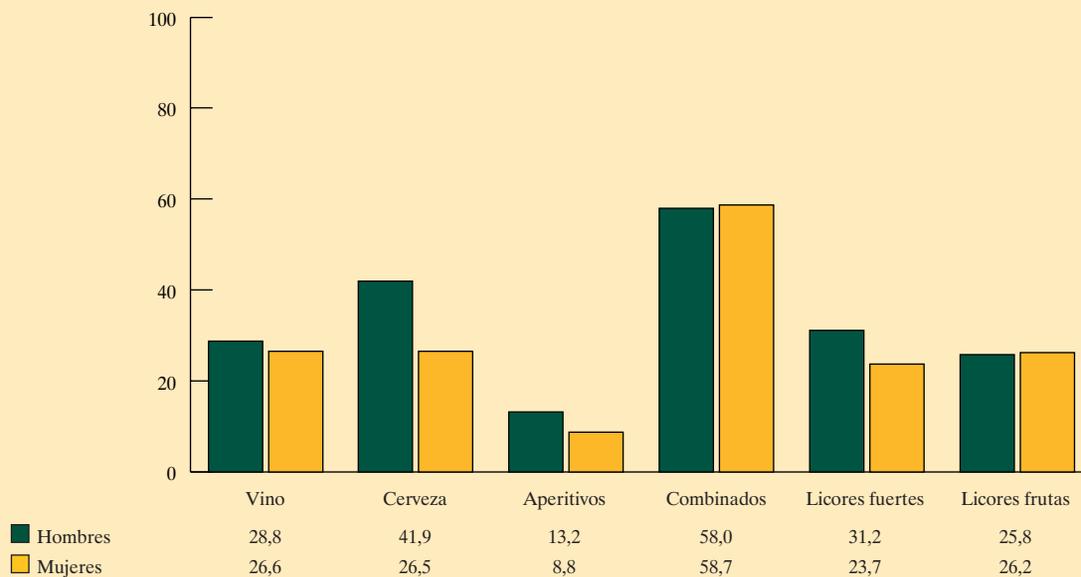
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

laborables la bebida más extendida fue la cerveza/sidra (14,1%), seguida de los combinados/cubatas y del vino/champán (Tabla 1.2.12). La mayor concentración del consumo en el fin de semana se observa para los combinados/cubatas y los licores fuertes, y la menor concentración para la cerveza/sidra. Así, por ejemplo, la proporción de bebedores de licores fuertes y combinados/cubatas en fin de semana fue más de 8 veces más alta que la proporción durante días laborables, mientras que en el caso de la cerveza/sidra fue sólo 2,4 veces más alta. Al calcular las prevalencias por sexo, tipo de bebida y día del consumo, se observó que en días laborables la prevalencia de consumo de cualquier bebida fue mucho más alta en hombres que en mujeres (a menudo más del doble), en cambio durante el fin de semana la prevalencia de consumo de combinados/cubatas y licores de frutas fue similar en hombres y mujeres, y la de vino/champán fue sólo ligeramente supe-

rior en los hombres (Figura 1.2.2). Por lo que respecta al lugar habitual de consumo durante el fin de semana, predominan los locales públicos de ocio como bares, cafeterías, discotecas, pubs (81% consume habitualmente en estos lugares), los espacios abiertos como calles o parques (47,5%) y en casa con los amigos (28,6%). En 2004 la edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14-18 años fue de 13,7 años, y de 15,1 años el inicio del consumo semanal, siendo algo más temprana para los hombres que para las mujeres (Tabla 1.2.11). Con respecto al consumo de los progenitores, en 2004 un 82,5% de los padres y un 62% de las madres de los estudiantes habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días.

Por lo que respecta a las tendencias del consumo de bebidas alcohólicas entre 1994 y 2004, se observa que los indicadores de prevalencia

Figura 1.2.2. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en fin de semana* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentaje). España, 2004.



* Algún día de viernes a domingo, durante los últimos 30 días.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

de consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días descendieron lentamente en el período 1994-2002, y volvieron a aumentar bruscamente en 2002-2004, aunque sin llegar a alcanzar los niveles de 1994. El aumento de 2002-2004 se debió sobre todo al comportamiento del grupo 14-16 años, por lo que puede tener que ver con el cambio de fecha de realización del trabajo de campo de otoño a primavera. Por su parte, la prevalencia de estudiantes que habían consumido más de 8 días en los últimos 30 días aumentó entre 1996 y 1998, disminuyó entre 1998 y 2002 y volvió a aumentar entre 2002 y 2004 (Figura 1.2.3). Finalmente, los indicadores de consumo más problemático como la prevalencia de borracheras o de consumo de riesgo se mantuvieron relativamente estables en el período

1994-2002 y aumentaron bruscamente en 2002-2004 (Figura 1.2.4). De hecho, centrándonos en los 30 días previos a la encuesta, la prevalencia de borracheras pasó de 20,7% en 1994 a 24,4% en 2002 y 34,8% en 2004, y la prevalencia de consumo de riesgo de 8,6% en 1996 a 8,7% en 2002 y 12,3% en 2004. No es fácil de explicar ni es habitual un aumento tan brusco, por lo que habrá que esperar a ver si se consolida. En este sentido, el cambio del período en que se realizó el trabajo de campo (otoño en 1994-2002 y primavera en 2004) podría contribuir a explicar las diferencias. Por tipos de bebidas, ha aumentado claramente la prevalencia de consumo de combinados/cubatas y ha disminuido la de cerveza y licores de frutas, sobre todo durante el fin de semana (Tabla 1.2.12).

Figura 1.2.3. Evolución de la proporción de consumidores de alcohol con más de 8 días de consumo al mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentaje). España, 1996-2004.

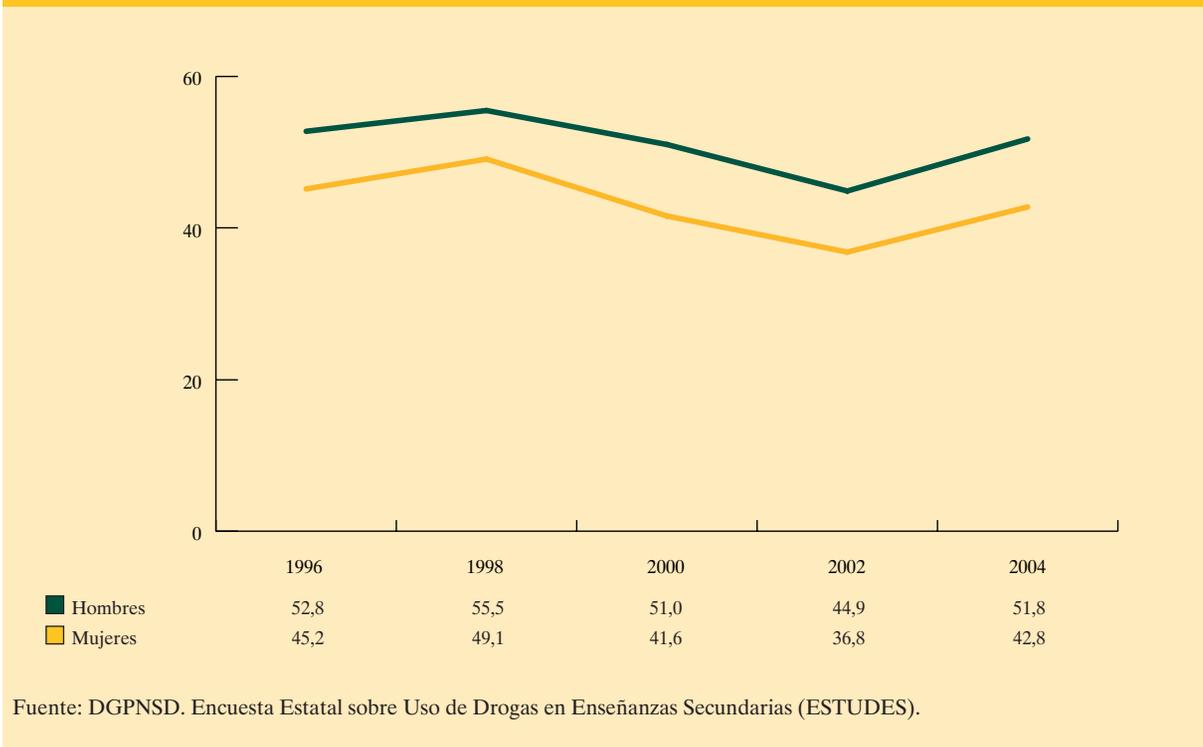
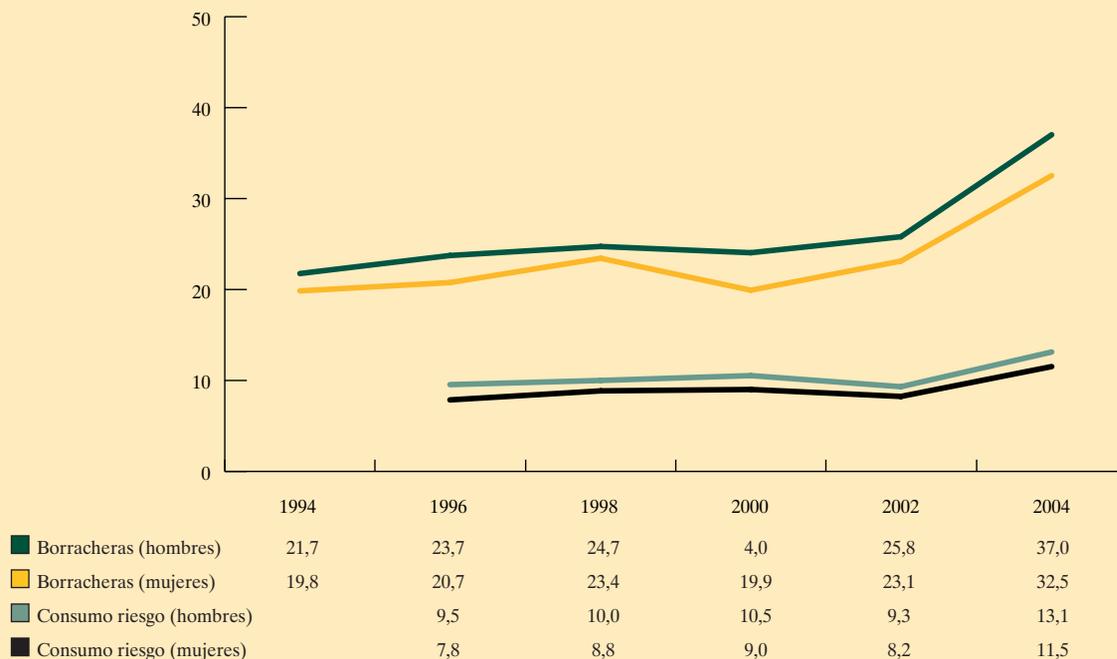


Figura 1.2.4. Evolución de la prevalencia de borracheras y de consumo de riesgo en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentaje). España, 1994-2004.



Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de cannabis

Para preguntar por los derivados del cannabis en el cuestionario se han utilizado las denominaciones “hachís”, “marihuana”, “cannabis”, “hierba”, “chocolate”, “porro” o “costo”. Estos derivados son las drogas ilegales más consumidas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España. En 2004 un 42,7% las había consumido alguna vez en la vida; un 36,6% en los últimos 12 meses, un 25,1 % alguna vez en los últimos 30 días y un 1,3% 20 días o más en los últimos 30 días. La media de porros de hachís consumidos los días que hubo consumo fue de 2,5. La prevalencia de consumo fue mucho más alta en los hombres que en las mujeres, cualquiera que sea el indicador que se considere, aunque las desigualdades intersexuales relativas se amplían conforme el consumo se hace más intenso. Así, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue un 45,3% en los hombres frente

a un 40,2% en las mujeres, la prevalencia en los últimos 30 días de un 28,2% frente a un 22%, respectivamente, y la prevalencia de consumo 20 días o más en los últimos 30 días de un 2,1% frente a un 0,6% (Tabla 1.2.13). Igualmente, la cantidad de hachís consumida fue mayor en los hombres (media de 2,9 porros los días que consumen) que en las mujeres (media de 2,1 porros). Como sucede con otras drogas, la prevalencia de consumo de cannabis aumenta considerablemente entre los 14 y los 18 años. Así en 2004 la prevalencia en los últimos 30 días fue de 10% entre los estudiantes de 14 años y de 35,7% entre los de 18 años. Una proporción importante de los estudiantes indicó que había sufrido consecuencias negativas atribuibles al consumo de cannabis alguna vez en la vida, siendo las más frecuentes pérdidas de memoria (24%), dificultades para trabajar o estudiar (15,8%), tristeza, ganas de no hacer nada, depresión (14,3%) y faltar a clase (10%).

Tabla 1.2.13. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2
Edad media al inicio del consumo de cannabis (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8
Prevalencia de consumo de cannabis en últimos 12 meses	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7
Prevalencia de consumo de cannabis en últimos 30 días	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0
Frecuencia de consumo cannabis en los últimos 30 días												
Nunca	84,9	90,2	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0
1 a 2 veces	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8
3 a 5 veces	3,0	2,1	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5
6 a 9 veces	2,1	1,4	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6
10 a 19 veces	1,5	0,6	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3
20 a 29 veces	1,5	0,6	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8
Mediana de porros diarios en los últimos 30 días	-	-	-	-	-	-	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0
Nº medio de porros diarios en los últimos 30 días	-	-	-	-	-	-	3,3	2,4	3,4	2,4	2,9	2,1
Nº de porros diarios en los últimos 30 días												
Cero	-	-	-	-	-	-	76,6	84,2	75,2	81,6	72,0	78,3
Uno	-	-	-	-	-	-	5,5	5,5	5,2	6,6	7,9	8,4
2 - 3	-	-	-	-	-	-	9,4	7,2	10,8	8,0	10,9	8,8
4 - 5	-	-	-	-	-	-	4,7	2,0	4,5	2,4	4,6	2,8
6 ó más	-	-	-	-	-	-	3,8	1,1	4,2	1,3	4,5	1,7

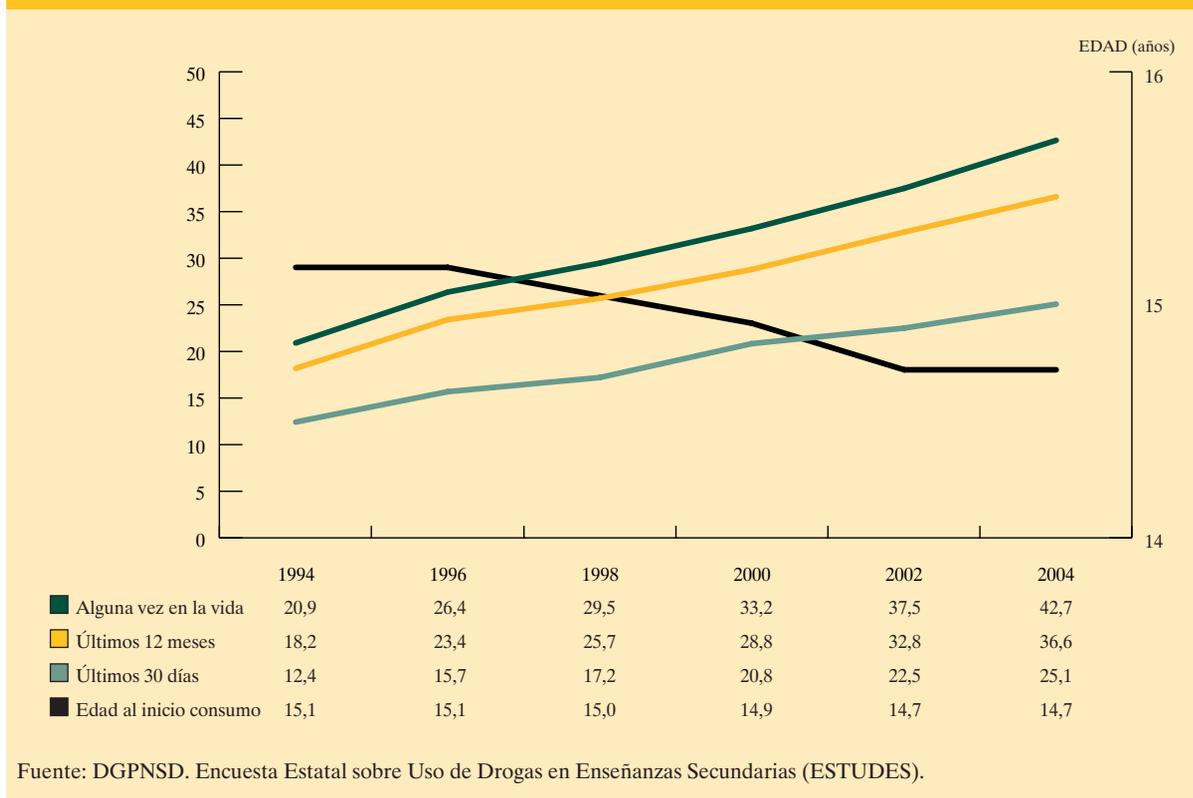
Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Entre 1994 y 2004 se observa un aumento importante del consumo de cannabis, cualquiera que sea el indicador que se considere (Tabla 1.2.13, Figura 1.2.5). La extensión del consumo se ha producido en los estudiantes de todas las edades y en hombres y en mujeres, aunque, si se toma como indicador la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, el

aumento relativo fue mayor en las mujeres que en los hombres. Entre 1994 y 2004 disminuyó la edad media de inicio en el consumo de cannabis en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias encuestados. De hecho, en los estudiantes de 18 años, la edad media pasó de 16,1 años en 1994 a 15,6 en 2004 (Tabla 1.2.7, Figura 1.2.5).

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de cannabis y edad al inicio del consumo en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.



Consumo de cocaína

La cocaína puede presentarse en forma de sal (generalmente clorhidrato) o en forma de base. En el cuestionario, sin embargo, se ha preguntado de forma conjunta por ambas, utilizando las denominaciones de “cocaína”, “coca”, “perico”, “base”, “basuco”, “crack” o “farlopa”.

Al igual que sucedía en la EDADES, en ESTUDES la cocaína es claramente la segun-

da droga de comercio ilegal más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España después del cannabis. En 2004 un 9% la había consumido alguna vez en la vida, un 7,2% en los 12 meses previos a la encuesta y un 3,8% en los 30 días previos. El consumo tiene generalmente un carácter esporádico (un 2,4% la había consumido 1 ó 2 días en los últimos 20 días), siendo baja la proporción de personas que la consume de forma habitual. De hecho, sólo un 0,2% la

había consumido 20 días o más en los 30 días previos. En 2004 el consumo eran bastante más elevado en los hombres (9,4% la habían consumido en los 12 meses previos) que en las mujeres (5,1%) (Tabla 1.1.14). Las diferencias intersexuales relativas eran menores que las que aparecían en EDADES para la población de 15-34. La prevalencia de consumo de cocaína es quizá la droga que presenta una mayor desigualdad por edad entre los estudiantes considerados. De hecho, la prevalencia de consumo en los 12 meses previos fue de 0,9% entre los de 14 años y de 18,5% entre los de 18 años, y la prevalencia en los 30 días previos fue de 0,5% y 11,1%, respectivamente. Una proporción importante de los estudiantes indicó que había sufrido consecuencias negativas atribuibles al consumo de cocaína alguna vez en la vida, siendo las más frecuentes problemas para

dormir (44,1%), pérdidas de memoria (14%), tristeza o depresión (12,6%) y problemas económicos (11,8%).

En cuanto a la evolución temporal del consumo, los indicadores muestran un aumento muy importante de la prevalencia de consumo en el período 1994-2004 (Figura 1.2.6). La prevalencia en esta última década se ha multiplicado por un factor entre 3,5 y 4, dependiendo del indicador que se considere. En ninguna otra sustancia se ha producido un aumento de esta magnitud. El aumento ha sido parecido en hombres y mujeres, y ha sido más intenso en los estudiantes de 17-18 años (sobre todo en los de 17) que en los de menor edad. Por su parte, la edad media de inicio en el consumo se mantuvo relativamente estable (Figura 1.2.6).

Figura 1.2.6. Prevalencia de consumo de cocaína y edad al inicio del consumo en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.

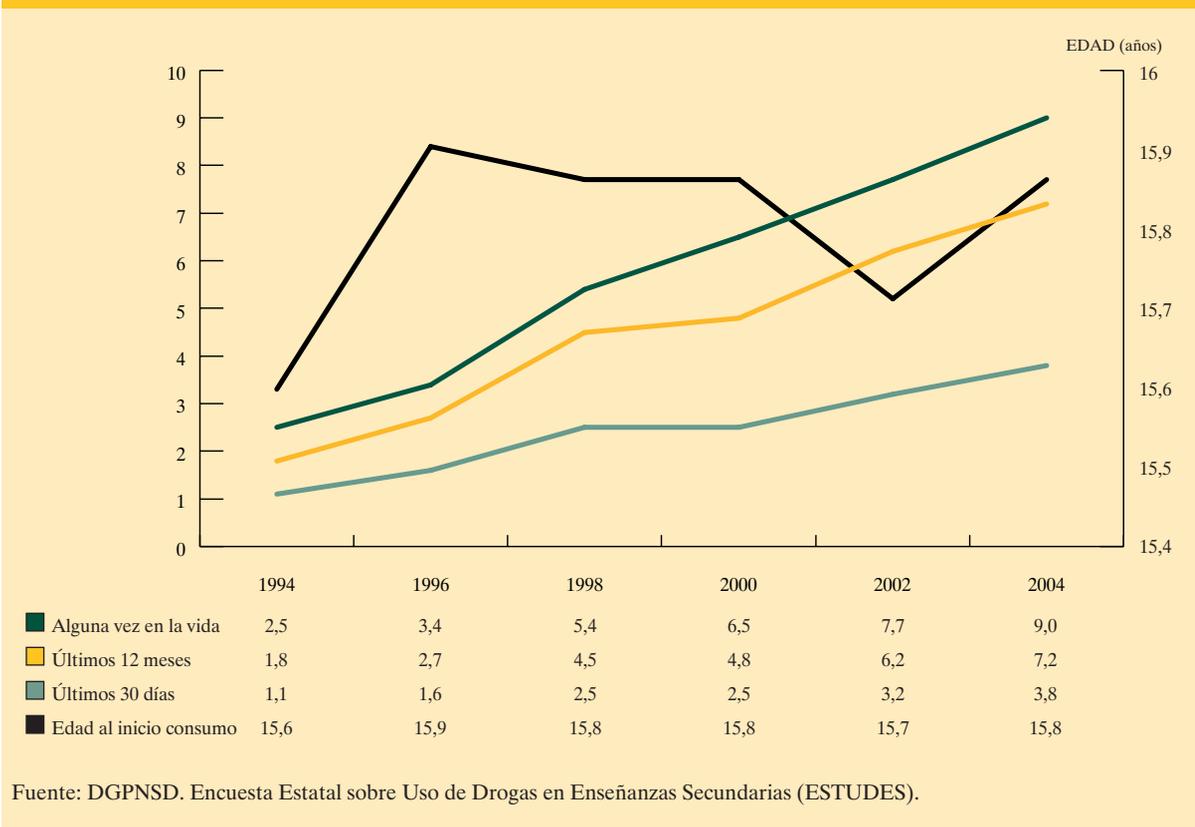


Tabla 1.2.14. Características generales del consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8
Edad media al inicio del consumo de cocaína (años)	15,7	15,5	15,9	15,9	15,9	15,7	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 12 meses	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 30 días	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6
Frecuencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días												
Nunca	98,6	99,3	97,9	98,8	96,8	98,2	96,6	98,5	96,3	97,2	94,9	97,4
1 a 2 días	0,9	0,4	1,5	0,8	1,8	1,0	2,5	1,1	2,3	2,1	3,1	1,7
3 a 5 días	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,2	0,9	0,5	1,0	0,5
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2
10 a 19 días	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de éxtasis

El “éxtasis” es una denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina. En el cuestionario de la encuesta se hace referencia a estas sustancias con los nombres de “éxtasis”, “drogas de diseño”, “pastis” o “pirulas”. En 2004 un 5% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España había consumido éxtasis alguna vez en la vida, un 2,6% en los últimos 12 meses y un 1,5% en los últimos 30 días. El consumo tiene un carácter esporádico. De hecho, sólo un 0,1% la había consumido 20 ó más días en los 30 días previos. La prevalencia de consumo entre los hombres fue bastante más elevada que en las mujeres (3,3% de los hombres las había consumido en los últimos 12 meses frente a un 1,9% de las mujeres) (Tabla 1.2.15). Tomando como referencia la vida de los encuestados, el número máximo de pastillas tomado en una sola sesión de consumo por los encuestados fue de 3,3. En el cuestionario se definía sesión de consumo como un período

de tiempo en que se está bajo los efectos del éxtasis de forma continuada y sin llegar en ningún momento a estar sobrio. Por otra parte, una proporción importante de los estudiantes indicó que había sufrido alguna vez en la vida consecuencias negativas atribuibles al consumo de éxtasis, siendo las más frecuentes problemas para dormir (37%), fatiga o cansancio (21,7%), irritabilidad (12,2%), riñas sin agresión física (12,1%), peleas o agresiones físicas (11,5%), tristeza o depresión (11,5%), problemas con los padres o la pareja (11,3%), y problemas económicos (11%).

La tendencia temporal del consumo traza una línea quebrada u ondulada, con un descenso importante de la prevalencia de consumo actual y reciente (últimos 12 meses y últimos 30 días) a partir del año 2000 (Figura 1.2.7). Esta evolución ha sido similar en hombres y mujeres, siendo el descenso más pronunciado en los estudiantes de 14-16 años que en los de 17-18. La edad media de inicio en el consumo se ha mantenido estable (Figura 1.2.7).

Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de éxtasis y edad al inicio del consumo en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.

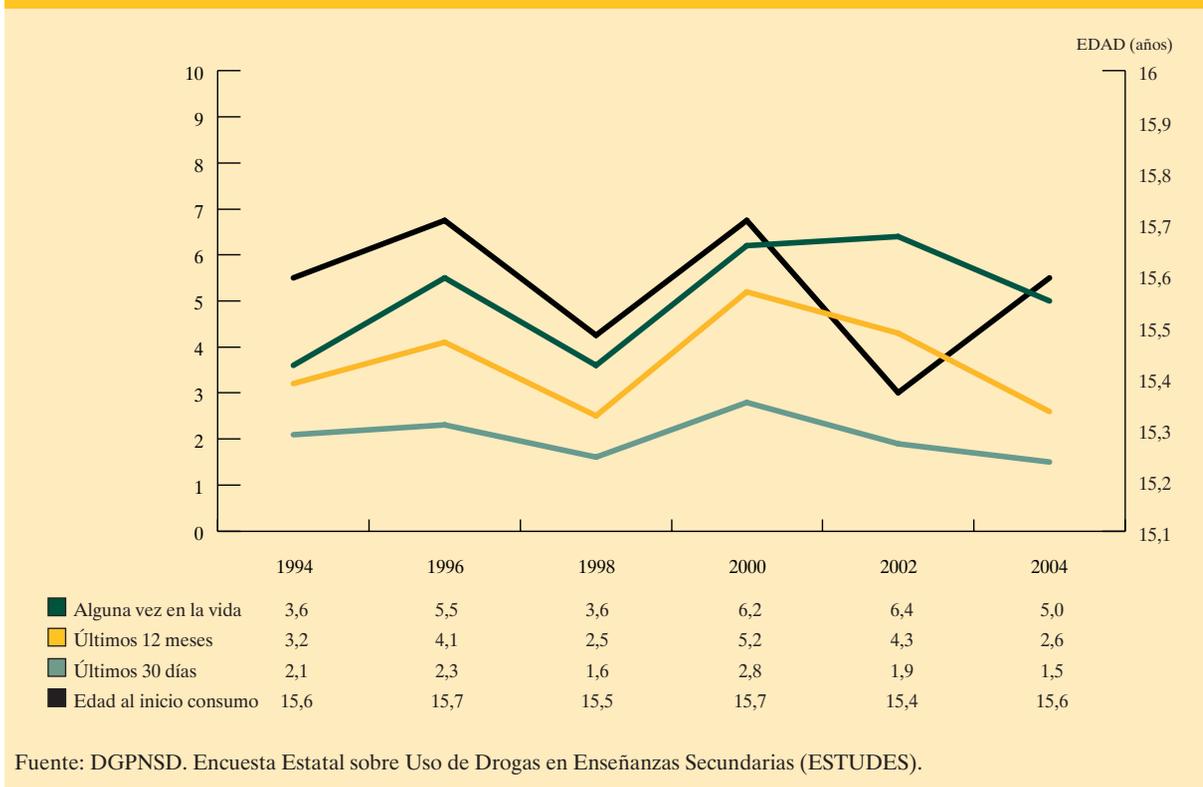


Tabla 1.2.15. Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9
Edad media al inicio del consumo éxtasis (años)	15,7	15,5	15,6	15,7	15,5	15,5	15,9	15,4	15,4	15,3	15,7	15,4
Nº máximo de pastillas en una sola sesión de consumo	-	-	2,6	2,0	2,1	1,7	2,2	2,1	3,2	3,1	3,7	2,7
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 12 meses	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0
Frecuencia de consumo de éxtasis en los últimos 30 días												
Nunca	97,1	98,6	97,2	98,1	98,1	98,7	96,2	98,3	97,9	98,4	98,1	99,0
1 a 2 días	1,6	1,0	1,3	1,2	1,0	0,6	2,2	1,3	1,6	1,1	1,0	0,7
3 a 5 días	0,6	0,2	0,7	0,4	0,3	0,3	1,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
6 a 9 días	0,4	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1
10 a 19 días	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1

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

* Éxtasis u otras drogas de diseño.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de anfetaminas

En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con los nombres de “espid” o “anfetaminas”. En 2004 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años fue de un 4,8%, de un 3,3% en los últimos 12 meses y de un 1,8% en los últimos 30 días. Como en el caso del éxtasis, el consumo tiene un carácter muy esporádico, siendo la prevalencia de consumo durante 20 días o más en los últimos 30 días de un 0,1%. Como en el caso de otras drogas de comercio ilegal, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue bastante más elevada en hombres 4,3% que en mujeres (2,3%) (Tabla 1.2.16).

De forma parecida al éxtasis, la serie temporal de las prevalencias de consumo traza una línea quebrada u ondulada, en la que es difícil apreciar tendencias, aunque el consumo no parece estar aumentando. Esta evolución ha sido similar en hombres y mujeres. La edad media de inicio en el consumo se ha mantenido bastante estable.

■ Consumo de alucinógenos

En el cuestionario de la encuesta se pregunta por el consumo de alucinógenos, utilizando también para especificarlos los términos “LSD”, “ácido”, “tripi” y “PCP”. En 2004 un 4,7% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años había consumido alucinógenos alguna vez en la vida, un 3,1% en los últimos 12 meses y un 1,5% en los últimos 30 días. Como en el caso del éxtasis y las anfetaminas, el consumo de alucinógenos tiene un carácter muy esporádico, siendo la prevalencia de consumo durante 20 días o más en los últimos 30 días de 0,1%. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue bastante más elevada en los hombres (4,4%) que en las mujeres (1,8%) (Tabla 1.2.17).

En cuanto a la evolución del consumo, se aprecia un descenso de la prevalencia de consumo a partir de 1996, más intenso entre las mujeres, y entre los estudiantes de 14-16 años. Igualmente, se aprecia una cierta tendencia al aumento de la edad media de inicio en el consumo.

■ Consumo de heroína

En el cuestionario se pregunta por el consumo de heroína con los nombres de “heroína”, “caballo”, “polvo” y “jaco”. Es probable que las encuestas subestimen bastante la extensión real del consumo de heroína. En 2004 había consumido heroína alguna vez en la vida un 0,7% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, un 0,4% en los últimos 12 meses y un 0,4% en los últimos 30 días. La experimentación con la heroína (alguna vez en la vida) era mayor entre los hombres (1,1%) que entre las mujeres (0,3%), y lo mismo sucede con la prevalencia de consumo reciente y actual (Tabla 1.1.18).

Es difícil sacar conclusiones claras acerca de la evolución del consumo, aunque los distintos indicadores de consumo parecen mostrar una tendencia a la estabilidad. La evolución de la edad media de inicio en el consumo marca una línea quebrada por lo que no es fácil tampoco sacar conclusiones.

■ Consumo de hipnosedantes

En el cuestionario los hipnosedantes se denominan tranquilizantes o pastillas para dormir, definiéndolos como “un grupo de medicamentos que recetan los médicos para calmar los nervios, relajarse o ayudar a la gente a dormir”. Se investiga el consumo de estas sustancias alguna vez en la vida con y sin receta médica, para posteriormente pasar a investigar en otros períodos únicamente el consumo sin receta. En 2004 un 10,2% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años había consumido hipnosedantes con receta médica alguna vez en la vida. Por otra parte, con respecto al consumo sin receta, un 7% los había consumido alguna vez en la vida, un 4,7% en los 12 meses previos y un 2,4% en los 30 días previos. La mayor parte de los estudiantes consumieron los hipnosedantes sin receta esporádicamente o durante un período corto (1,5% los consumió durante uno o dos días en los últimos 30 días, y un 0,5% durante 3-5 días). Sin embargo, una cierta proporción los consumió durante un período largo (0,3% durante más de 10 días en los últimos 30 días). Los motivos principales para consumirlos fue-

Tabla 1.2.16. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6
Edad media al inicio del consumo de anfetaminas (años)	15,5	15,4	15,7	15,7	15,7	15,5	15,7	15,3	15,6	15,5	15,8	15,6
Prevalencia de consumo de anfetaminas últimos 12 meses	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3
Prevalencia de consumo de anfetaminas últimos 30 días	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0
Frecuencia de consumo de anfetaminas últimos 30 días												
Nunca	44,8	49,8	51,8	52,0	51,1	53,1	55,1	59,1	57,9	66,8	97,3	99,0
1 a 2 días	32,7	33,6	31,5	29,0	29,5	29,9	31,6	27,4	30,1	23,6	1,3	0,6
3 a 5 días	10,6	8,9	8,8	12,5	8,4	8,9	7,0	9,7	5,9	6,1	0,6	0,2
6 a 9 días	7,0	3,7	5,5	4,5	5,3	3,9	0,9	1,9	3,7	2,1	0,4	0,1
10 a 19 días	3,1	2,3	0,7	0,7	2,8	1,8	4,3	0,5	1,3	1,0	0,2	0,0
20 a 29 días	1,8	1,6	1,8	1,3	2,9	2,4	1,1	1,3	1,0	0,4	0,1	0,1

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.17. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3
Edad media al inicio del consumo de alucinógenos (años)	15,4	15,4	15,6	15,6	15,5	15,4	15,6	15,3	15,6	15,4	15,8	15,7
Prevalencia de consumo de alucinógenos últimos 12 meses	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8
Prevalencia de consumo de alucinógenos últimos 30 días	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7
Frecuencia de consumo de alucinógenos últimos 30 días												
Nunca	96,4	98,3	96,2	98,1	97,4	98,5	97,4	98,7	98,2	99,3	97,7	99,3
1 a 2 días	2,4	1,2	2,3	1,4	1,7	1,1	1,7	1,1	1,3	0,6	1,5	0,5
3 a 5 días	0,7	0,3	0,9	0,2	0,5	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
6 a 9 días	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1
10 a 19 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.18. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3
Edad media al inicio del consumo de heroína (años)	14,4	14,1	14,6	15,1	14,0	15,1	15,5	15,1	14,9	14,8	14,2	15,0
Prevalencia de consumo de heroína en los últimos 12 meses	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1
Prevalencia de consumo de heroína en los últimos 30 días	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1
Frecuencia de consumo de heroína en los últimos 30 días												
Nunca	99,6	99,9	99,6	99,9	99,4	99,8	99,5	99,9	99,7	99,8	99,3	99,9
1 a 2 días	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
3 a 5 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
6 a 9 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

ron poder dormir (50,4%) o relajarse (42,2%). El consumo estaba más extendido entre las mujeres. De hecho, en los 12 meses previos a la encuesta un 5,5% de las mujeres consumió hipnosedantes frente a un 4% de los hombres (Tabla 1.2.19).

En cuanto a la evolución temporal del consumo, en el período 1994-2004 se observa un aumento de la prevalencia de consumo con receta médica alguna vez en la vida, pasando de 6,9% en 1994 a 10,2% en 2004, un cierto

aumento de la prevalencia de consumo sin receta alguna vez en la vida, pasando de 6,1% en 1994 a 7% en 2004 y de la prevalencia sin receta en los últimos 12 meses, que pasó de 4,4% en 1994 a 4,7% en 2004. Este último aumento se debió sobre todo al aumento del consumo entre los hombres y entre los estudiantes de 17-18 años. Finalmente, se apreció una relativa estabilidad de la prevalencia de consumo sin receta en los 30 días previos a la encuesta. La edad media de inicio en el consumo sin receta aumentó ligeramente (Figura 1.2.8).

Figura 1.2.8. Prevalencia de consumo de hipnosedantes* y edad al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.



Tabla 1.2.19. Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia uso hipnosedantes con receta alguna vez en la vida	5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1
Edad media al inicio del consumo de hipnosedantes (años)	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta últimos 12 meses	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta últimos 30 días	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0
Frecuencia uso hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días												
Nunca	98,1	96,7	98,5	97,1	98,5	97,0	98,3	96,6	98,3	96,9	98,2	97,0
1 a 2 días	1,3	2,1	1,1	1,9	1,0	2,1	1,0	2,2	1,1	2,0	1,0	2,0
3 a 5 días	0,3	0,7	0,2	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,3	0,6	0,4	0,5
6 a 9 días	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
10 a 19 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Motivos para consumir hipnosedantes												
Para relajarse	-	-	-	-	-	-	29,4	51,0	36,5	47,4	29,4	51,3
Para poder dormir	-	-	-	-	-	-	51,2	58,0	49,6	60,0	42,9	55,8
Para probar	-	-	-	-	-	-	6,6	2,4	9,9	2,8	9,2	2,1
Para sentirse bien, olvidar problemas	-	-	-	-	-	-	9,4	14,2	8,5	12,7	10,2	13,9
Contrarrestar el efecto de otras drogas	-	-	-	-	-	-	3,7	2,9	6,7	2,3	7,8	1,4

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

* Tranquilizantes o pastillas para dormir.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de inhalables volátiles

En el cuestionario se denominan sustancias volátiles y se especifica que incluyen "colas", "pegamentos", "disolventes", "poppers", "nitritos" o "gasolina". En 2004 un 4,1% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años habían consumido estas sustancias alguna vez en la vida, un 2,2% en los últimos 12 meses y un 1,1% en los últimos 30 días. El consumo es en general esporádico, pero un 0,2% los había consumido 20 ó más días en los 30 días previos a la encuesta. La distribución del consumo según sexo sigue el perfil de las drogas ilegales, estando bastante más extendido el consumo entre los hombres (3% las había consumido en los 12 meses previos) que entre las mujeres (1,4%) (Tabla 1.2.20).

En cuanto a la evolución temporal del consumo, se aprecia un cierto aumento de la experimentación y bastante estabilidad en el consumo reciente de estas sustancias. Sin embargo, en los estudiantes de 17-18 años se observa también una cierta tendencia al aumento de la prevalencia de consumo reciente. Por su parte, la edad media de inicio en el consumo ha aumentado desde 13,3 años en 1994 a 14 años en 2004.

■ Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los consumidores de una droga en un período dado (últimos 12 meses, últimos 30 días) es bastante frecuente que hayan consumido otras durante el mismo período, fenómeno que se suele denominar policonsumo. Como puede observarse en la figura 1.2.9 y en la tabla 1.2.21, los estudiantes que en 2004 habían consumido cualquier droga de comercio ilegal en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días habían consumido en mayor proporción que los estudiantes en general cualquier otra droga de comercio legal o ilegal distinta de la considerada en dicho período. Por otra parte, entre los consumidores de drogas de comercio ilegal era prácticamente universal el consumo de alcohol, y estaba generalizado el consumo de tabaco y de cannabis. Así, entre los que habían consumido drogas ilegales en los últimos 30 días la prevalencia de consumo de tabaco en el mismo período superó el 60% y la de cannabis

el 80%. Por otra parte, el consumo de cocaína estaba generalizado (prevalencia mayor del 60%) entre los consumidores de anfetaminas, éxtasis y heroína.

Entre 1994 y 2004 ha disminuido la tendencia al policonsumo entre los consumidores de cannabis. De hecho, en este grupo disminuye la prevalencia de consumo en los últimos 30 días de todas las drogas, excepto la de cocaína que pasó de 7,3% a un 13,8% (Figura 1.2.10). Esto sugiere que se habían incorporado al consumo de cannabis un volumen importante de estudiantes que no consumían otras drogas ilegales. Entre los consumidores de otras drogas ilegales, los cambios más sobresalientes han sido el aumento de la prevalencia de consumo de cocaína durante los 30 días previos a la encuesta (muy intensa en general, pasando, por ejemplo, en los consumidores de éxtasis, de un 26,5% en 1994 a un 74,1% en 2004), inhalables volátiles, hipnosedantes y heroína, y la disminución de la prevalencia de consumo de alucinógenos (muy intensa, excepto en el caso de los consumidores de heroína), y de éxtasis (muy intensa en el caso de los consumidores de cocaína donde pasó de un 53,2% en 1994 a 28,1% en 2004). Entre los consumidores de cocaína disminuyó también mucho la prevalencia de consumo de anfetaminas, pasando de 61,4% en 1994 a un 29,7% en 2004.

■ Riesgo percibido ante el consumo drogas

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Los datos presentados se refieren a la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante una determinada conducta de consumo (piensa que esa conducta puede provocar bastantes o muchos problemas). En 2004 las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años asociaban a un menor riesgo eran fumar hachís/marihuana esporádicamente (1 vez al mes o menos frecuentemente), tomar hipnosedantes esporádicamente, tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, y tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el

Tabla 1.2.20. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles alguna vez en la vida	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9
Edad media al inicio del consumo de sustancias volátiles (años)	13,8	12,4	13,9	13,3	13,7	13,0	14,0	13,7	14,3	14,2	13,9	14,1
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en los últimos 30 días	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	,8	1,6	0,7
Frecuencia de consumo de sustancias volátiles en los últimos 30 días												
Nunca	98,5	99,2	98,5	99,0	97,8	98,5	98,2	98,9	98,5	99,2	98,4	99,3
1 a 2 días	0,8	0,5	0,9	0,8	1,1	1,0	1,3	0,7	1,0	0,5	0,8	0,4
3 a 5 días	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
10 a 19 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, cocaína o éxtasis. También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas (Figura 1.2.11).

Para todas las drogas, la proporción de personas que percibe alto riesgo en el consumo habitual es bastante mayor que en el caso del consumo esporádico, pero las diferencias son mucho más importantes en el caso del cannabis o los hipnosedantes que en el caso de éxta-

sis, cocaína o heroína. Además de las diferencias en la percepción del riesgo que se establecen según patrón de consumo (esporádico-habitual) también existen diferencias importantes en la percepción del riesgo según el tipo de droga consumida. De hecho, en la figura 1.2.11 puede apreciarse que en 2004, por ejemplo, la proporción de personas que percibía alto riesgo ante el consumo esporádico de éxtasis, cocaína o cocaína era mucho mayor que la proporción que percibía alto riesgo ante el consumo de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas

Figura 1.2.9. Proporción de consumidores de drogas que ha consumido otras drogas en los últimos 30 días entre entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 2004.



Tabla 1.2.21. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido en el mismo período cada una de las drogas consideradas en la cabecera de cada columna (porcentajes). España, 2004.

Prevalencia de consumo	Alcohol	Hipnosedantes*	Cannabis	Éxtasis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Heroína	I. Volátiles
Alcohol	20,578	1,138	9,353	641	766	926	1,584	114	596
Hipnosedantes sin receta médica	-	91,4	98,1	99,4	98,6	98,9	99,0	94,2	96,7
Cannabis	5,3	-	7,2	17,7	19,6	19,4	14,0	43,0	16,6
Éxtasis	44,1	55,7	-	94,3	91,5	93,7	93,2	87,9	78,1
Alucinógenos	3,2	9,9	6,8	-	38,2	45,6	28,6	53,2	15,7
Anfetaminas	3,8	13,0	7,8	45,4	-	44,0	26,1	65,8	21,0
Cocaína	4,0	13,6	8,5	57,6	46,7	-	33,2	72,0	23,1
Heroína	8,8	21,5	18,4	78,8	60,5	72,3	-	78,0	32,3
Inhalables volátiles	0,5	4,1	1,1	9,1	9,5	9,8	4,8	-	9,6
	2,6	7,8	4,7	13,3	14,9	15,4	9,9	47,1	-

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

alcohólicas en fin de semana. En este sentido, se puede apreciar también claramente que el consumo de drogas de comercio legal (alcohol, tabaco e hipnosedantes) se asocia a un menor riesgo que el consumo de drogas de comercio ilegal distintas del cannabis. A efectos de percepción de riesgo entre los estudiantes, da la impresión de que el cannabis se comportaba en 2004 como las drogas de comercio legal (Figura 1.2.11).

Con respecto a las diferencias sexuales, se aprecia que en 2004 el riesgo percibido por las mujeres era bastante superior al percibido por los hombres para las conductas de consumir 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana o 1 ó 2 cañas/copas diariamente. Igualmente era algo superior para las conductas de fumar un paquete de tabaco diariamente, y fumar cannabis esporádica o habitualmente. En cambio el riesgo percibido por las mujeres era claramente inferior al de los hombres para la conducta de consumir hipnosedantes esporádica, y ligeramente inferior para consumir éxtasis o heroína esporádicamente. En el resto de las conductas el riesgo percibido fue similar (Tabla 1.2.22). Entre los 14 y los 18 años, conforme aumenta la edad del encuestado, generalmente disminuye el riesgo percibido ante el consumo de drogas, excepto para el consumo esporádico o habitual de hipnosedantes (cuyo riesgo percibido aumenta) y el consumo esporádico o habitual de heroína y el consumo habitual de éxtasis (cuyo riesgo se mantiene relativamente estable). En 2004 las mayores caídas del riesgo percibido con la edad se produjeron en el consumo esporádico de cannabis (donde la proporción de los que pensaban que podía producir bastantes o muchos problemas pasó de un 52% a los 14 años a un 28,7% a los 18) y el consumo de 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana (con proporciones de 53,6% a los 14 años y de 33% a los 18, respectivamente).

En cuanto a la evolución temporal del riesgo percibido, se aprecia que entre 1994 y 2004 disminuyó mucho el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cannabis (pasando la proporción de los que pensaban que podía producir muchos o bastantes problemas de 60% en 1994 a 36,9% en 2004) (Figura 1.2.12). También disminuyó la percepción de riesgo

Figura 1.2.10. Evolución de la prevalencia de consumo de distintas drogas en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que habían sido consumidores de cannabis en el mismo período (porcentaje). España, 1994-2004.

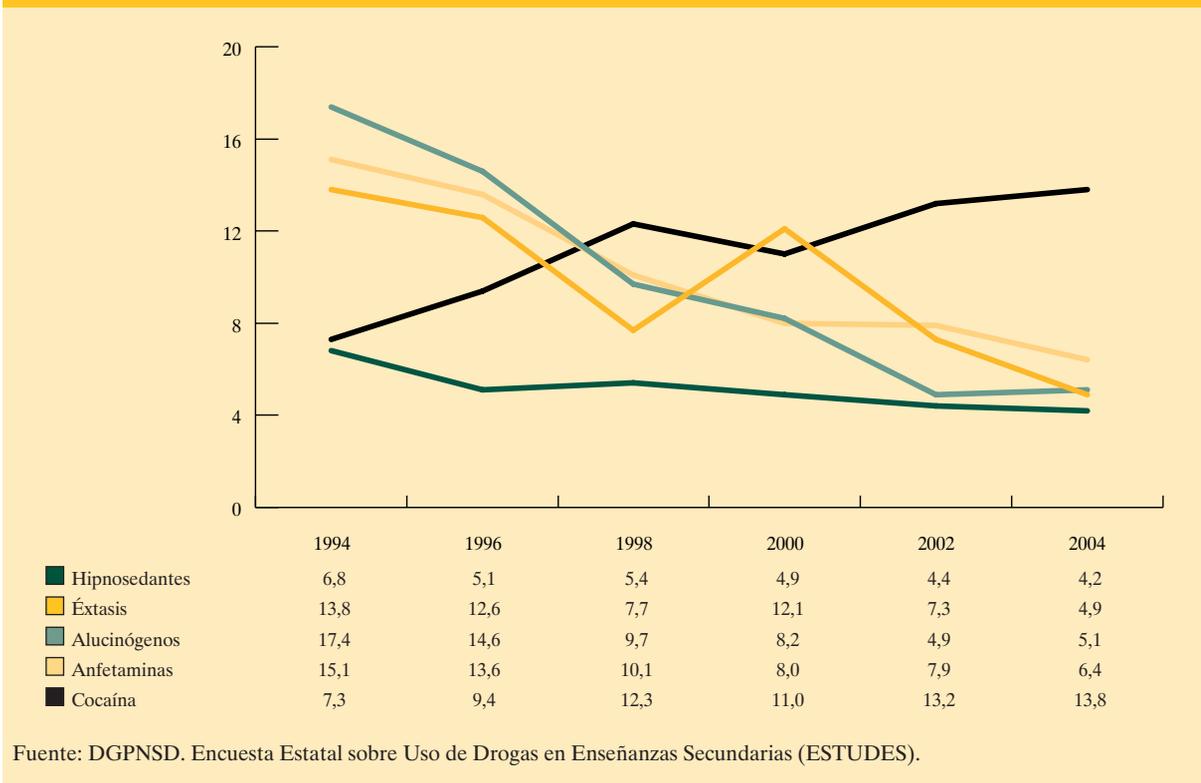


Figura 1.2.11. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede producir bastantes o muchos problemas (%). España 2004.

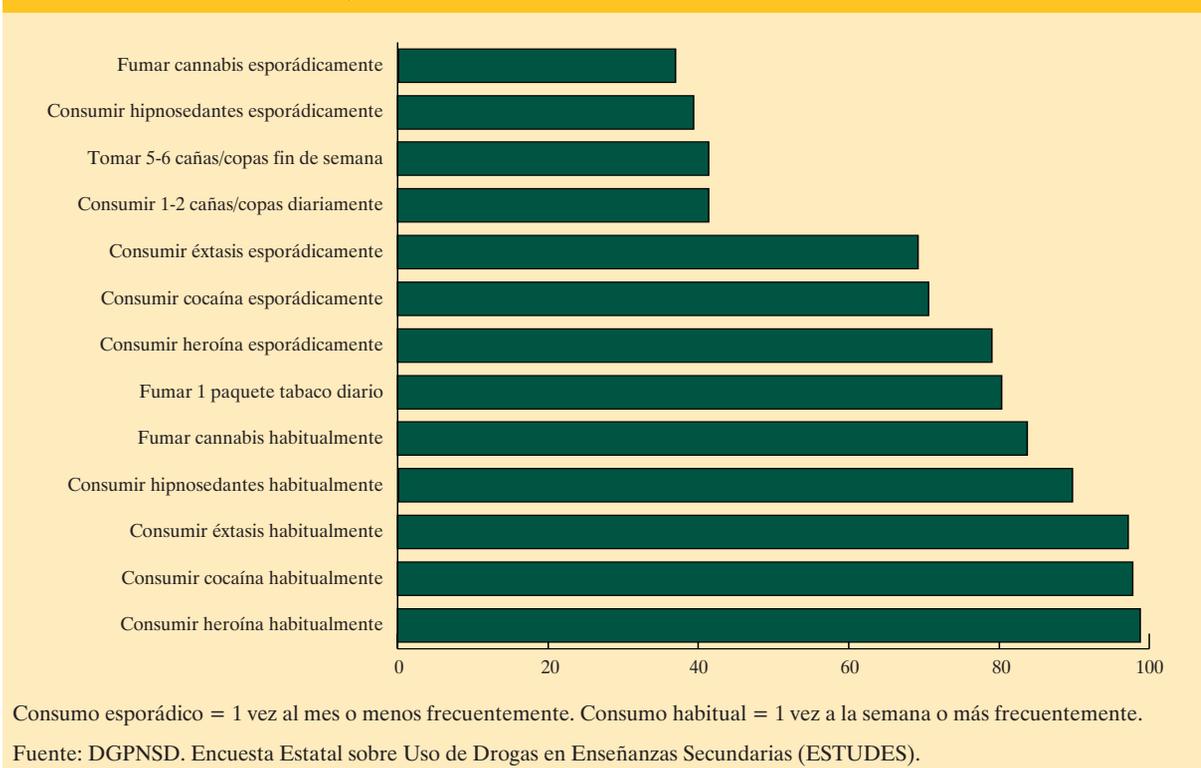


Tabla 1.2.22. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2004.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.416	10.495	9.174	9.738	8.509	9.503	9.949	10.477	12.795	13.781	12.568	12.953
Porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas												
Fumar tabaco diario ¹	74,7	79,1	72,8	77,4	75,7	79,9	75,1	79,5	76,7	80,8	78,2	82,3
Beber alcohol en fin de semana	39,8	47,7	40,6	49,4	40,3	48,7	41,5	48,3	41,1	48,1	36,8	45,7
Consumir alcohol a diario ²	46,3	54,6	43,7	52,9	41,7	49,4	39,4	48,4	38,7	47,9	36,8	45,7
Fumar hachis alguna vez	57,8	62,1	53,6	57,3	48,6	52,0	39,2	43,1	35,7	39,1	35,0	38,6
Fumar hachis habitualmente	89,8	93,9	84,9	90,2	82,4	88,8	79,4	86,1	77,5	85,4	81,1	86,2
Tomar tranquilizante/somníferos alguna vez	46,1	42,4	45,5	42,0	45,6	40,4	41,3	35,6	42,3	36,0	42,6	36,5
Tomar tranquilizantes/somníferos habitualmente	89,9	91,3	87,8	89,4	87,5	89,2	86,9	87,9	88,3	89,1	89,8	89,6
Consumir éxtasis alguna vez	66,3	65,5	69,3	67,5	69,9	68,8	62,6	60,8	68,7	66,3	70,9	67,5
Consumir éxtasis habitualmente	96,6	97,9	96,2	97,9	96,3	97,5	95,0	95,9	96,4	97,1	97,1	97,3
Consumir cocaína alguna vez	80,0	77,1	78,7	75,9	74,2	74,2	67,5	68,1	71,1	70,6	71,1	70,2
Consumir cocaína habitualmente	98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1
Consumir heroína alguna vez	84,7	80,8	83,3	79,3	80,9	79,5	77,0	73,0	80,4	76,7	81,1	77,1
Consumir heroína habitualmente	98,4	99,3	97,4	98,8	97,5	98,7	97,6	98,8	98,4	98,8	98,5	99,1

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

1. Fumar un paquete de tabaco diario.

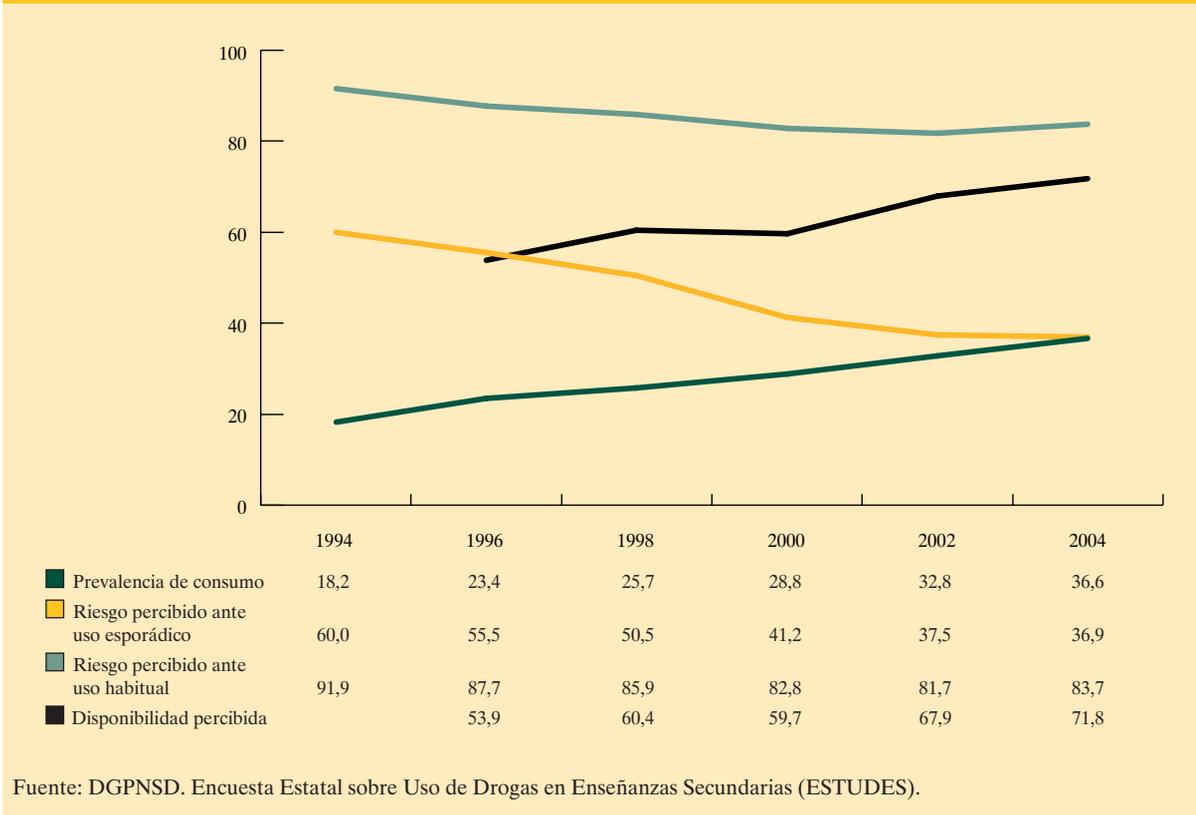
2. Tomar una o dos caña/copas cada día.

"Alguna vez": haber consumido una vez al mes o menos frecuentemente.

"Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, y riesgo y disponibilidad percibidos ante el consumo de esta sustancia entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.



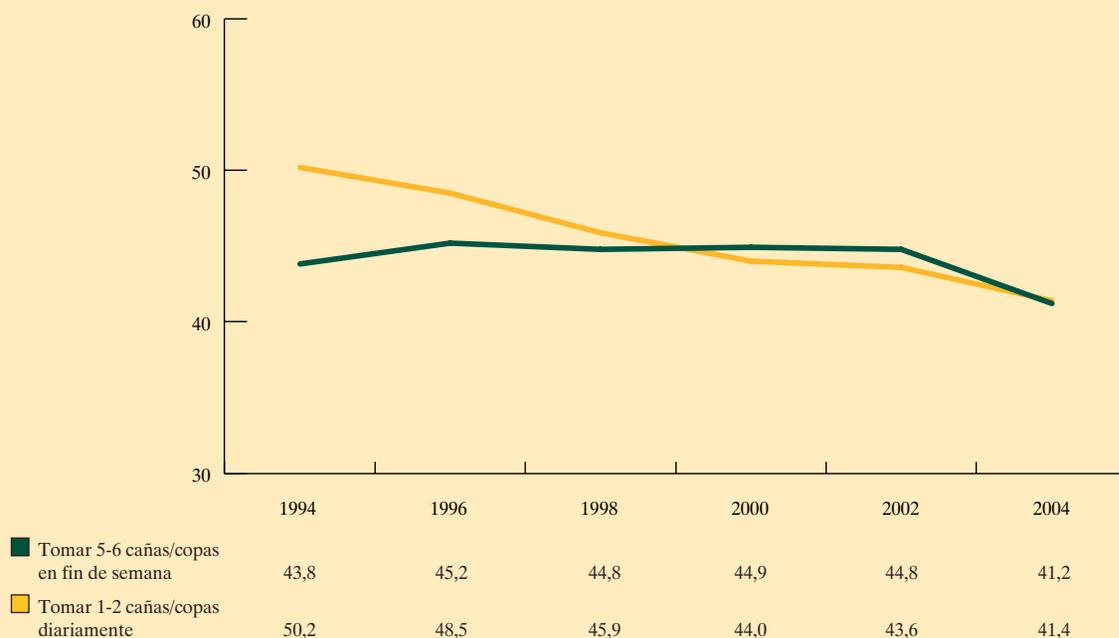
ante el consumo diario moderado de alcohol (Figura 1.2.13), el consumo habitual de cannabis (Figura 1.2.12) y el consumo esporádico de cocaína (Figura 1.2.14) o hipnosedantes; por el contrario da la impresión de que aumentó algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico de éxtasis. El riesgo percibido ante el resto de las conductas de consumo se mantuvo relativamente estable (Tabla 1.1.22).

■ Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

El grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas percibido por los encuestados (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas. El indicador que se va a utilizar para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil. En

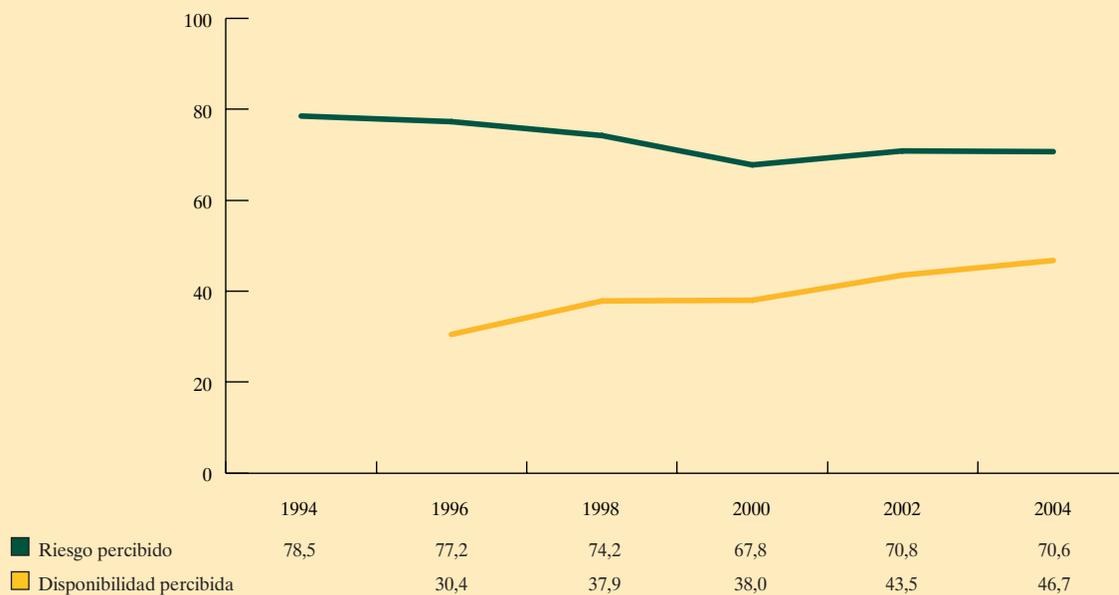
2004 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles o accesibles eran las de comercio legal. En este sentido, un 93,8% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 67,3% hipnosedantes y un 51,1% inhalables volátiles. Entre las de comercio ilegal, la más accesible era el cannabis, con un nivel de accesibilidad percibida incluso superior a los hipnosedantes o los inhalables volátiles. De hecho, un 71,8% de los encuestados pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir cannabis si quisieran. A continuación se situaban cocaína, éxtasis, alucinógenos y anfetaminas, por este orden, siendo la heroína la droga percibida como menos accesible. En cualquier caso, la proporción de personas que pensaba que era fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las drogas ilegales consideradas (cannabis, éxtasis, LSD, cocaína o heroína) superaba el 30% de los estudiantes

Figura 1.2.13. Riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.



Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.14. Riesgo percibido ante el consumo de cocaína y disponibilidad de cocaína percibida, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2004.



Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

de Enseñanza Secundaria de 14-18 años (Figura 1.2.15 y Tabla 1.2.23). En cuanto a las diferencias por sexo, para las drogas de comercio ilegal y los inhalables volátiles los hombres perciben una mayor facilidad de acceso que las mujeres, y lo contrario sucede con los hipnosedantes (aunque en este último caso las diferencias son mínimas). Por otra parte, entre los 14 y los 18 años la disponibilidad percibida aumenta mucho conforme lo hace la edad, sobre todo en el caso de las drogas ilegales.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 1996 y 2004, se observa un gran aumento de la disponibilidad de cannabis (Figura 1.2.12), un aumento importante de la disponibilidad de cocaína (Figura 1.2.14) y aumentos muy ligeros de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, heroína y éxtasis. La disponibilidad percibida de anfetaminas, alucinógenos, hipnosedantes e inhalables volátiles ha permanecido relativamente estable (Tabla 1.2.23).

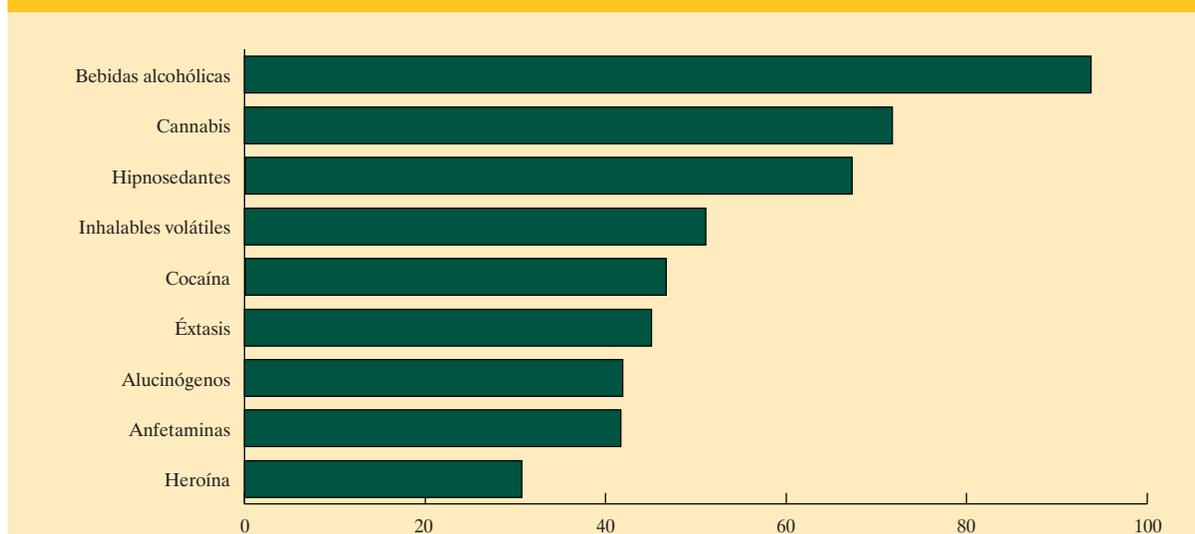
Tabla 1.2.23. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2004.

	1996	1998	2000	2002	2004
Número de encuestados	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521
Porcentaje que piensa que es fácil/muy fácil					
Bebidas alcohólicas	89,0	90,5	91,3	92,0	93,8
Tranquilizantes/pastillas para dormir	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3
Hachís/marihuana	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8
Cocaína	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7
Heroína	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7
Anfetaminas	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7
Éxtasis	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1
Alucinógenos	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9
Inhalantes volátiles	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1

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

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.15. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran (%). España 2004.



Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Información sobre drogas recibida

En 2004 un 88,7% de los encuestados se sentía suficiente o perfectamente informado sobre el consumo de drogas, los efectos y problemas asociados a las distintas sustancias y las formas de consumo. La información la habían recibido por vías muy diversas. Las más frecuentes habían sido los medios de comunicación (61,6% habían recibido información por esta vía), los padres o hermanos (58,5%) y charlas o cursos sobre el tema (53,3%). Un 72,5% pensaba que la información recibida había sido bastante o muy útil. En cuanto a las vías por las que piensan que pueden recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de drogas, los efectos y problemas asociados y las formas de consumo, las respuestas son muy variadas y no hay una que pueda definirse como mayoritaria. Las citadas con mayor frecuencia fueron: las personas que han tenido contacto con las drogas (42,4%) y las charlas o cursos sobre el tema (41%). Un 72,5% indicó que en su actual colegio o instituto había recibido información sobre las drogas o se había tratado el tema del consumo, los efectos y problemas asociados a las distintas sustancias y las formas de consumo, y la forma más frecuente de tratar el tema fueron las conferencias o charlas (75,5%). Entre las medidas preventivas que los estudiantes consideran más necesarias para abordar el problema de las drogas, la citada con mayor frecuencia fueron las charlas y reuniones en colegios o institutos (75,5%) (Tabla 1.2.24).

1.3. ESTIMACIONES DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Durante dos décadas, la heroína (principalmente administrada por vía intravenosa), ha sido la droga que causaba la mayoría de los problemas sociales y sanitarios ligados al consumo de drogas ilegales en España, aunque las encuestas mostraban repetidamente que el consumo de otras drogas, como la cocaína, estaba más extendido. Actualmente, la heroína ha perdido relevancia, pero continúa siendo una droga con un importante impacto social y sanitario. Además, el consumo de cocaína ha

emergido como una fuente importante de problemas. Los datos de las encuestas poblacionales relativos a la prevalencia de consumo problemático de heroína o cocaína tiene problemas de validez, y hay poca información adicional al respecto obtenida con métodos indirectos. A comienzos de la década de los noventa se realizaron estimaciones locales del consumo problemático de heroína en Barcelona y Madrid utilizando el método de captura-recaptura y se obtuvieron cifras de prevalencia anual para el período 1990-1993 y el grupo de edad de 15-54 años de 7,2-11,0/1000 en Barcelona y 14,1/1000 en Madrid (Domingo-Salvany et al 1998; Paredes et al 1993).

Para el período 1999-2002 se han realizado estimaciones para el conjunto de España con los métodos demográfico y multiplicador de tratamiento. Para obtener la estimación por el método demográfico se multiplicó el número de consumidores de opiáceos (o en su caso cocaína) admitidos a tratamiento por dependencia de drogas por primera vez en la vida en un año dado por el número medio de años de uso de opiáceos (o cocaína) de los admitidos a tratamiento por estas drogas, fuera o no por primera vez en la vida. Se obtuvo también una cifra que creemos que podría considerarse un intervalo alto, considerando la media de años de carrera de consumo como el doble de la media de los años de consumo de los admitidos por primera vez en la vida.

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

Los resultados de la aplicación de estos métodos se muestran en la Tabla 1.3.1, donde se aprecia claramente que está disminuyendo el número de consumidores problemáticos de opiáceos y paralelamente está aumentando mucho el número de consumidores problemáticos de cocaína.

Tabla 1.2.24. Características generales de la información recibida sobre sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2004.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Número de encuestados	20.931	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521
Esta suficientemente informado						
Sí, perfectamente	23,7	33,1	35,5	39,9	45,4	48,4
Sí, lo suficiente	44,0	42,8	41,8	42,4	40,5	40,3
Sólo a medias	27,5	20,4	18,9	14,9	12,1	9,8
No estoy mal informado	4,8	3,8	3,8	2,7	2,0	1,6
Vías principales por las que ha recibido información sobre el tema de las drogas						
Padres/hermanos	48,6	52,9	51,5	55,4	58,2	58,5
Familiars	24,2	25,5	25,7	30,0	31,9	31,6
Amigos	44,5	41,9	41,8	51,8	44,9	44,0
Profesores	33,8	35,7	37,7	44,6	48,7	49,0
Organismos oficiales	13,9	11,0	11,7	19,5	21,6	27,9
Medios de comunicación	67,6	59,3	55,9	65,1	64,4	61,6
Charlas y cursos	31,3	30,7	33,2	42,1	46,8	53,3
Personas que ha conocido	25,3	23,6	23,4	29,2	27,3	28,4
Libros folletos	27,3	24,4	24,7	37,2	38,7	45,4
La información recibida fue útil o muy útil	84,3	86,0	86,5	92,2	92,9	92,1
Vías de las que se puede recibir mejor información sobre el tema de las drogas						
Padres/hermanos	25,9	30,8	30,5	32,9	34,5	33,7
Familiars	11,6	13,4	14,7	18,4	20,5	19,4
Amigos	14,6	14,8	16,0	20,1	18,0	18,8
Profesores	20,0	20,1	21,7	25,5	25,2	23,8
Organismos oficiales	31,4	27,8	27,6	31,1	29,2	29,9
Medios de comunicación	34,6	32,4	31,2	34,0	33,5	33,2
Charlas y cursos	53,0	48,0	48,8	45,3	42,7	41,0
Personas que ha conocido	58,0	48,4	46,7	45,8	44,2	42,4
Libros folletos	21,8	19,9	20,0	23,4	22,9	23,7
Has recibido en colegio/instituto información sobre las drogas	48,5	48,8	96,2	57,5	65,6	72,5
Vía por la que ha recibido la información en su colegio/instituto actual*						
Conferencias/charlas	55,1	61,0	40,2	66,6	72,8	75,5
Discusión en pequeños grupos	42,1	34,0	37,4	35,9	32,1	30,8
Clases dentro del programa escolar	23,9	23,2	19,5	27,8	27,9	28,4
Folletos/publicaciones	19,8	21,9	14,8	27,7	30,9	36,4
Diapositivas	3,0	4,1	14,2	5,6	6,3	8,2
Películas	14,5	17,0	3,3	17,8	16,9	16,0
Noticias en la prensa/radio/televisión	12,6	11,4	10,2	14,4	12,7	10,8
Jornadas de trabajo	6,1	0,0	6,5	4,4	4,4	4,4
Medidas preventivas que se preciben como más necesarias						
Conferencias/charlas	0,0	0,0	0,0	65,0	64,9	64,4
Vídeos/películas	0,0	0,0	0,0	40,1	39,4	39,5
Clases dentro del programa escolar	0,0	0,0	0,0	38,4	37,1	36,3
Campañas en medios de comunicación	0,0	0,0	0,0	31,6	28,7	29,7
Folletos informativos	0,0	0,0	0,0	26,5	24,2	27,8
Ocio alternativo	0,0	0,0	0,0	43,2	42,4	42,2

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

* Los porcentajes están calculados sólo sobre aquellos escolares que han recibido en su clase información sobre las drogas.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.1. Estimación de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos y cocaína. España, 1999-2002.

	MT Opiáceos	MD Opiáceos	MD Cocaína	MD Opiáceos+cocaína	Métodos combinados Opiáceos+cocaína
1999					
Número	149.244	116.657-189.927	41.993-72.302	158.650-262.229	187.470-217.779
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	5,34	4,17-6,8	1,5-2,59	5,68-9,38	6,71-7,79
Tasa por 1.000 habitantes	3,65	2,86-4,65	1,03-1,77	3,88-6,42	4,59-5,33
2000					
Número	144.198	99.585-156.680	41.639-73.293	141.224-229.973	182.498-214.152
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	5,16	3,56-5,61	1,49-2,62	5,05-8,23	6,53-7,66
Tasa por 1.000 habitantes	3,53	2,44-3,84	1,02-1,79	3,46-5,63	4,47-5,24
2001					
Número	137.107	95.733-145.970	49.038-86.250	144.771-232.220	182.775-219.987
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	4,91	3,43-5,22	1,75-3,09	5,18-8,31	6,54-7,87
Tasa por 1.000 habitantes	3,36	2,34-3,57	1,2-2,11	3,54-5,69	4,47-5,39
2002					
Número	112.851	71.964-102.822	124.964-166.926	196.928-269.748	233.827-275.789
Tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años	4,04	2,57-3,68	4,47-5,97	7,05-9,65	8,37-9,87
Tasa por 1.000 habitantes	2,76	1,76-2,52	3,06-4,09	4,82-6,60	5,72-6,75
MT: Método multiplicador de tratamiento; MD: Método demográfico.					

Como puede observarse, el método demográfico da cifras más bajas que el método multiplicativo de tratamiento para la prevalencia de consumo de opiáceos. Mientras que para la cocaína en el año 2002 se produce un incremento difícil de imaginar, pues el número estimado es unas 2,5 veces mayor que en el año 2001. De hecho, el método demográfico podría estar afectado por sesgos tanto en un caso como en el otro, dando lugar a una subestimación de la prevalencia para opiáceos y a un sobreestimación para cocaína. El descenso del número de pacientes que inician su primer tratamiento para heroína y el gran incremento de los que lo hacen para cocaína impide que se cumpla la asunción del método de que la población es estable. Para la heroína, la estimación de un intervalo alto para este método, considerando la media de años de carrera de consumo como el doble de la media de los años de consumo de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida,

ofrece una cifra bastante creíble, similar a la estimada con el método multiplicativo, mientras que para la cocaína este intervalo alto se dispara mucho en relación con el año anterior. El método demográfico tiene bastantes detractores y, de hecho, no se acepta como válido entre los diferentes métodos propuestos desde el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT). Pero no podemos aplicar un método alternativo para el consumo de cocaína, porque hasta el momento no disponemos en España de un multiplicador de tratamiento adecuado. La aplicación del multiplicador de la heroína da cifras bajas que difícilmente son creíbles, sobre todo cuando sabemos los sesgos a que está expuesto el multiplicador. De todas formas, teniendo en cuenta que, para el año 1999, la estimación de prevalencia de cocaína en la ciudad de Barcelona era de 25.990 personas (IC 95%: 11782-58064) (Brugal et al., *Journal of Urban Health*, 2004) y que todos los indicadores indirectos apuntan

hacia un aumento de la prevalencia, una cifra para el conjunto de España cercana a 150.000 consumidores problemáticos de cocaína no es tan sorprendente.

Por su parte, el método multiplicador de tratamiento tiene dos sesgos que probablemente actúan en un sentido opuesto. Por una parte, el multiplicador puede estar subestimado porque la proporción de consumidores que inician tratamiento puede haber aumentado desde 1996, debido sobre todo a la extensión de la

oferta de tratamientos con metadona. Por otra parte, la citada proporción fue obtenida en una muestra de personas captadas en los centros cuando iniciaban tratamiento, y estas personas tenían seguramente mayor probabilidad de haber iniciado otro tratamiento en los 12 meses previos que los consumidores que se pueden encontrar en la calle.

Es difícil saber cuál de los dos sesgos es más importante, y por lo tanto, saber cómo afectan a la estimación final de la prevalencia.

2

Problemas relacionados con las drogas

2.1. TRATAMIENTOS POR ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS

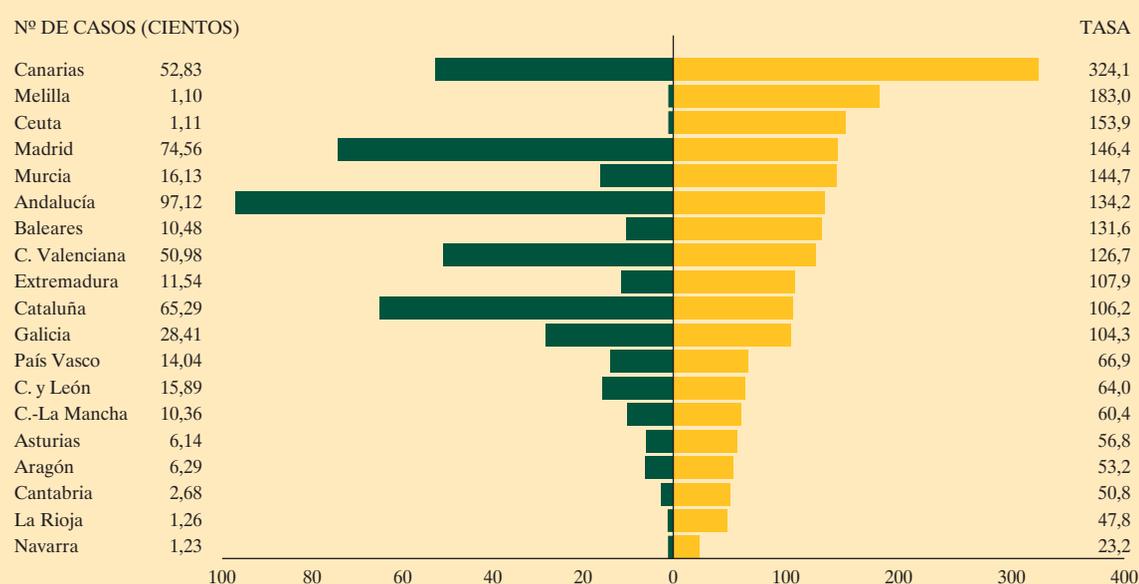
En 2002 se notificaron 46.744 admisiones a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 497 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas fue inferior al de 2001 (49.376). Este descenso confirma la tendencia descendente iniciada en 1999 tras el ascenso ininterrumpido que se observó entre 1987 y 1998 (año en que se registró el máximo número de admisiones con 54.338), y puede atribuirse fundamentalmente al impacto de los tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opiáceos), que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales.

En 2002 la tasa global de admisiones fue de 117,3 casos por 100.000 habitantes y la correspondiente al grupo de edad de 15 a 39 años de 254,0/100.000. Las comunidades con mayores tasas poblacionales fueron Canarias, Melilla, Murcia y Madrid, y las comunidades con tasas más bajas Navarra, La Rioja y Cantabria (Figura 2.1.1). Las diferencias interautonómicas pueden responder tanto a diferencias de base en el consumo problemático de drogas, como a desigualdades en la oferta y utilización de servicios, como incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento en 2002

se debieron a heroína (58,2%), aunque el número de tratamientos por cocaína es ya muy importante (11.904 admisiones, 25,5% del total), llegando a superar el 30% del conjunto de tratados en las comunidades de Valencia, Navarra, Cataluña, Murcia y País Vasco, y el 50% de los admitidos por primera vez en la vida en Murcia, Valencia, Castilla-La Mancha, Navarra y Cataluña. Entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, la cocaína fue la droga que causó un mayor número de admisiones (41,7% frente a 28,3% la heroína), siendo la primera droga en 13 comunidades autónomas, frente a 6 comunidades (incluidas Ceuta y Melilla) en que fue la heroína. El cannabis se situó en tercer lugar en cuanto a la proporción de tratamientos causados (10,2%), aunque si se consideran sólo los tratamientos por primera vez en la vida la proporción asciende hasta 22,3%. En la mayor parte de los tratamientos por cannabis (73,6%) se cita cannabis sin especificar, en un 20,1% resina de la planta (hachís) y en un 5,5% planta triturada (marihuana). La proporción de tratamientos por otras sustancias psicoactivas fue bajo: opiáceos distintos a heroína (2,6%), hipnosedantes (1,3%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (1%), anfetaminas (0,7%), alucinógenos (0,1%) y sustancias volátiles (0,1%). La mayor parte (819) de los tratamientos por opiáceos distintos a heroína (1.180) se atribuyeron a abuso o dependencia de metadona, de los que 694 correspondían a personas que ya habían sido tratadas previamente por la misma sustancia. Es posible que muchas de estas admisiones se refieran a exconsumidores

Figura 2.1.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2002.



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

de heroína que en su día iniciaron un tratamiento de mantenimiento con metadona y ahora realizan un tratamiento para abandonar esta sustancia, por lo que la evolución de los tratamientos por estos opiáceos depende mucho de las prácticas de notificación, y los datos deben ser interpretados con cautela. La segunda categoría de opiáceo diferente a heroína en cuanto al número de tratamientos fue “otros opiáceos sin especificar” (161). Otros opiáceos citados con cierta frecuencia fueron: el opio con 82 admisiones y la codeína o derivados (61).

Los hipnosedantes que motivaron mayor número de tratamientos fueron benzodiazepinas sin especificar (68,6%), alprazolam —Trankimazin^R— (16,0%), otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas sin especificar (4,1%), hipnóticos y sedantes sin especificar (1,5%), zolpidem (1,3%) y flunitrazepam —Rohipnol^R— (1,5%). La precisión de los notificadores a la hora de codificar los derivados de las feniletilaminas no parece elevada. De hecho, las sustancias que motivaron con más frecuencia estos tratamientos fueron el MDMA (64,8%) —que probablemente la

mayor parte de las veces es una traducción del término genérico “éxtasis”—, los derivados de las feniletilaminas sin especificar (34,3%) y el MDEA (0,9%). Entre los tratados por anfetaminas, las sustancias que motivaron el tratamiento con más frecuencia fueron las anfetaminas sin especificar (68,7%), sulfato de anfetamina (26,3%), metilamfetamina (2%) y fentermina (1,2%), y entre los alucinógenos los alucinógenos sin especificar (72,1%) y la dietilamida del ácido lisérgico —LSD— (14,7%). No obstante, el peso de las distintas drogas varía mucho según se trate o no de casos con tratamiento previo (Tabla 2.1.1). De hecho, como se indicó, si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, el peso de drogas como la cocaína (41,7%) o el cannabis (22,3%), aumenta, mientras que el de la heroína desciende (28,3%).

Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante en los últimos años, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida a partir de 1992. En cambio, las admisiones a tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir

Tabla 2.1.1. Distribución de los casos con tratamiento previo y de los tratados por primera vez en la vida, según la droga que motiva el tratamiento (porcentajes). España, 2002.

	Con tratamiento previo	Sin tratamiento previo
Opiáceos	80,7	29,4
Heroína	77,3	28,3
Metadona	2,5	0,5
Opiáceos (dif. heroína)	0,9	0,5
Cocaína	15,2	41,7
Cocaína (CLH)	14,2	39,9
Cocaína base	1,0	1,8
Estimulantes	0,6	3,7
Anfetaminas	0,3	1,4
MDMA y similares	0,2	2,1
Otros estimulantes	0,1	0,2
Hipnóticos y sedantes	0,9	2,0
Barbitúricos	0,0	0,0
Benzodiazepinas	0,8	1,8
Otros hipnosedantes	0,1	0,1
Alucinógenos	0,0	0,3
LSD	0,0	0,1
Otros alucinógenos	0,0	0,2
Inhalantes volátiles	0,0	0,2
Cannabis	2,4	22,3
Otras sustancias	0,1	0,4

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

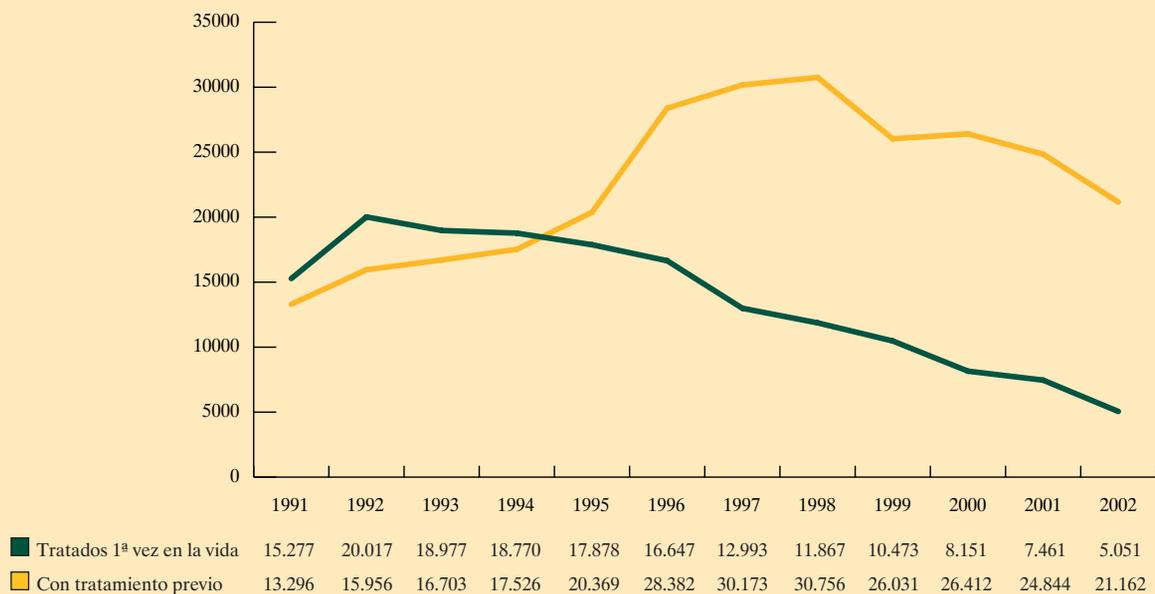
de 1998 (Figura 2.1.2). Por lo que respecta a la evolución de las admisiones a tratamiento por cocaína, se constata un aumento suave entre 1991 y 1995 y un fuerte aumento entre 1996 y 1999. Sin embargo, entre 1999 (8.977 admisiones) y 2001 (9.367), se observó una cierta estabilización, para volver a ascender a partir de dicho año (11.904 en 2002) (Figura 2.1.3). El número de admisiones a tratamiento por cannabis se multiplicó por tres entre 1996 y 2002 (Figura 2.1.4). También aumentó considerablemente el número de tratamientos por hipnosedantes (Figura 2.1.5). En el mismo período el número de admisiones por éxtasis ha aumentado, mientras que el número de admitidos por anfetaminas o alucinógenos ha permanecido relativamente estable (Figura 2.1.6).

La gran mayoría (84,7%) de los admitidos a tratamiento en 2002 fueron varones (Tabla 2.1.2). La proporción más alta de varones se observó entre los tratados por cannabis (89,2%)

y cocaína (87,2%), y la más baja entre los tratados por hipnosedantes (60,9%) (Tabla 2.1.3).

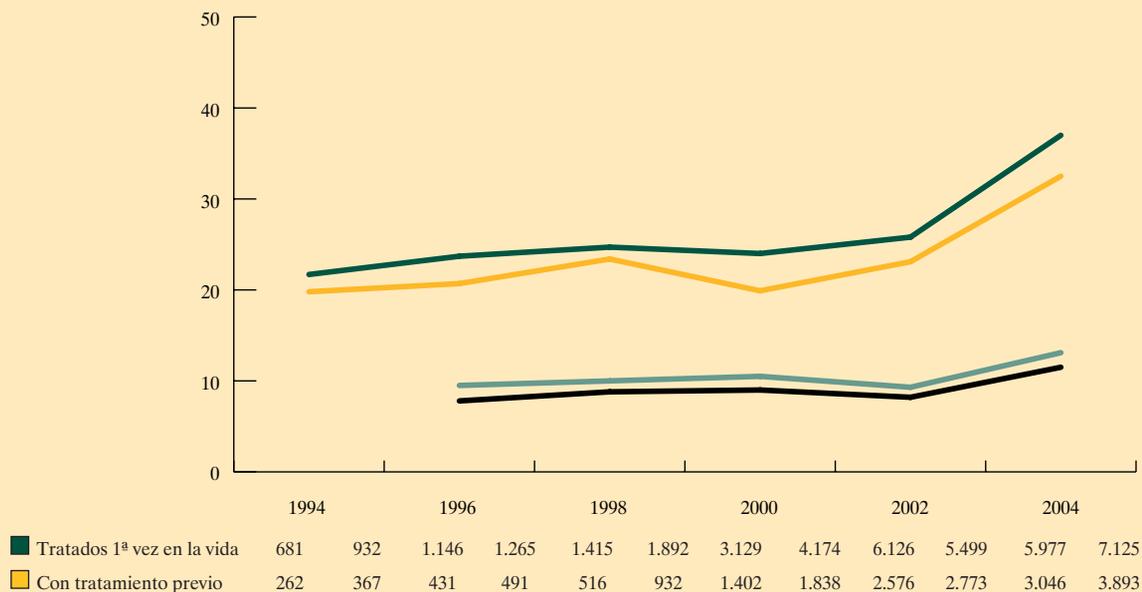
La edad media de los tratados en 2002 fue 31,4 años (28,4 en los tratados por primera vez y 33,3 años en los tratados previamente) (Tabla 2.1.2). Las edades medias más bajas se observaron en los tratados por sustancias volátiles (20,4 años), éxtasis (22,1) y cannabis (23,9), y las más altas entre los tratados por hipnosedantes (37,1 años) y heroína (33,5 años) (Tabla 2.1.3). Entre los menores de 18 años, la sustancia que provocó un mayor número de tratamientos fue el cannabis (59,9%), seguida de la cocaína (19,9%) (Figura 2.1.7). La edad media de los admitidos a tratamiento ha aumentado mucho entre 1991 y 2002. Así, entre los tratados por heroína primera vez en la vida ha pasado de 25,7 años en 1991 a 31,9 años en 2002 (Figura 2.1.8) y entre los tratados por cocaína por primera vez de 26,6 a 28,8 años (Figura 2.1.9).

Figura 2.1.2. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína (números absolutos) en España, 1991-2002.



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

Figura 2.1.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína (números absolutos) en España, 1991-2002.



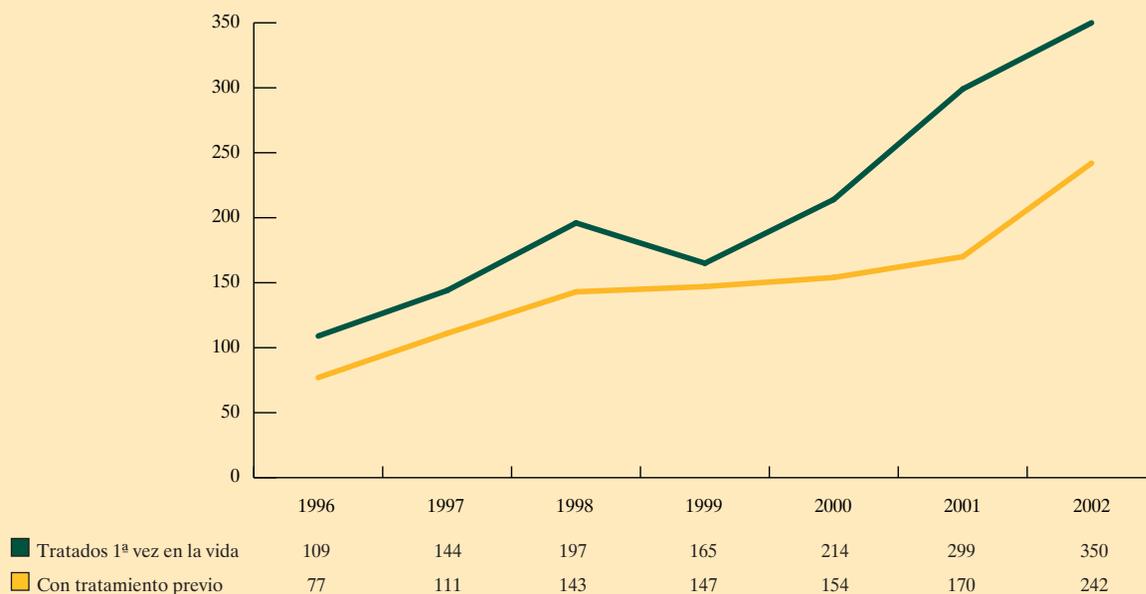
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 2.1.4. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2002.



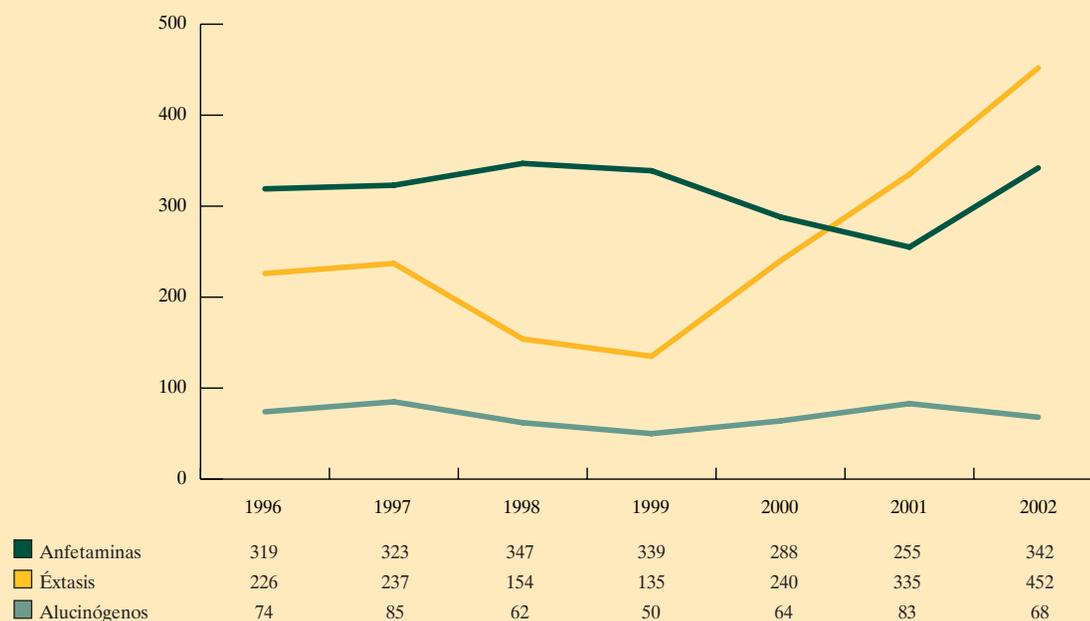
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 2.1.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2002.



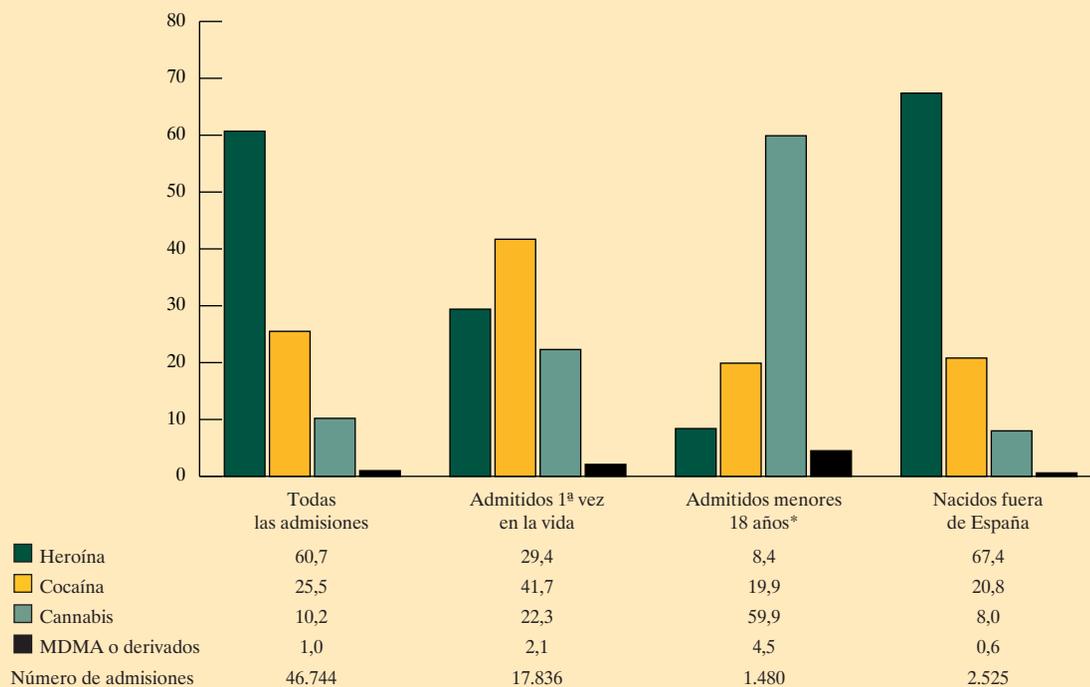
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos) en España, 1996-2002.



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

Figura 2.1.7. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (porcentajes) en España, 2002.



* Todos los casos admitidos a tratamiento menores de 18 años.

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

Tabla 2.1.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo y sexo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 2002.

	Total	Tto. Previo*		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº admisiones a tto. notificadas	46.744	27.371	17.836	39.566	7.140
Tratado por primera vez por la droga principal (%)	39,5			39,5	39,3
Previamente admitidos a tto. por la droga principal (%)	60,5			60,5	60,7
Edad media (años)	31,43	33,33	28,37	31,47	31,22
Sexo (%)					
Hombres	84,7	84,7	84,8		
Mujeres	15,3	15,3	15,2		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	11,9	13,3	9,7	11,8	12,5
Enseñanza Primaria	67,3	68,3	66,2	68,3	61,5
Enseñanza secundaria	17,5	15,7	20,0	16,9	20,9
Estudios Universitarios	3,3	2,7	4,1	3,0	5,1
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	38,9	32,8	48,4	41,3	25,4
Parado no habiendo trabajado	7,1	7,7	5,9	6,2	11,8
Parado habiendo trabajado	36,5	42,6	27,8	36,3	37,9
Otros	17,5	16,9	17,9	16,2	24,9
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
1. Opiáceos	60,7	80,7	29,4	59,9	64,8
11. Heroína	58,2	77,3	28,3	57,6	61,0
12. Metadona	1,8	2,5	0,5	1,6	2,5
13. Otros Opiáceos	0,8	0,9	0,5	0,7	1,3
2. Cocaína	25,5	15,2	41,7	26,2	21,4
21. Cocaína CIH	24,2	14,2	39,9	25,0	20,2
22. Base cocaína	1,2	1,0	1,8	1,3	1,2
3. Estimulantes	1,8	0,6	3,7	1,7	2,5
31. Anfetaminas	0,7	0,3	1,4	0,7	1,1
32. MDMA y derivados	1,0	0,2	2,1	0,9	1,2
33. Otros estimulantes	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
4. Hipnosedantes	1,3	0,9	2,0	1,0	3,4
41. Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	1,2	0,8	1,8	0,9	3,1
43. Otros hipnosedantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
5. Alucinógenos	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2
51. LSD	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
52. Otros Alucinógenos	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2
6. Inhalantes Volátiles	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1
7. Cannabis	10,2	2,4	22,3	10,8	7,2
9. Otras Sustancias	0,3	0,1	0,4	0,2	0,4
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,03	20,89	21,26	20,96	21,44
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,0	5,2	7,1	5,2	10,2
Pulmonar	53,4	55,1	50,5	53,6	52,8
Intranasal	22,2	13,7	35,4	22,5	20,4
Parenteral	15,5	21,5	6,2	15,7	14,4
Otras	3,0	4,5	0,8	3,1	2,2
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	38,4	54,0	15,5	38,4	38,4
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	20,5	27,5	10,1	20,6	19,4
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	14,7	19,2	8,0	14,9	13,5
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	14,9	20,6	5,0	14,1	19,2
Negativo (análisis últimos 6 meses)	26,0	27,0	24,2	25,7	27,7
Negativo (sin fecha análisis)	26,9	32,0	18,0	27,3	24,8
Sin análisis o resultado desconocido	32,3	20,3	52,8	32,9	28,4
UDVPs alguna vez en la vida con Anti-VIH positivo**	36,2	37,2	29,7	35,0	43,3

* 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.

** Porcentaje calculado sobre el número de casos que se han realizado la prueba y conocen el resultado.

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

Tabla 2.1.3. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por la que es admitido a tratamiento (porcentajes y medias). España, 2002.

	1.Opiáceos	11.Heroína	12.Metadona	13.Otros opiáceos	2.Cocaína
Nº admisiones a tto. notificadas	28.366	27.186	819	361	11.904
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)					
Sí	80,8	80,7	87,8	70,9	35,8
No	19,2	19,3	12,2	29,1	64,2
Edad media (años)	33,58	33,54	34,54	34,45	29,77
Sexo (%)					
Hombres	83,7	84,0	77,9	73,8	87,2
Mujeres	16,3	16,0	22,1	26,2	12,8
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	15,4	15,6	10,1	15,9	6,7
Enseñanza Primaria	68,1	68,2	70,6	59,2	66,5
Enseñanza secundaria	14,1	13,9	17,2	19,6	22,8
Estudios Universitarios	2,3	2,3	2,0	5,3	4,1
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	30,0	29,6	36,1	41,9	57,9
Parado no habiendo trabajado	8,4	8,5	4,5	7,9	4,4
Parado habiendo trabajado	43,7	43,9	41,6	31,7	27,4
Otros	18,0	18,0	17,8	18,5	10,3
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,06	20,89	25,98	24,38	21,89
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	4,3	1,2	92,9	34,6	0,9
Pulmonar	62,3	64,5	2,7	34,3	22,5
Intranasal	5,6	5,8	0,4	6,9	70,8
Parenteral	23,5	24,2	1,1	23,2	4,7
Otras	4,3	4,3	2,9	0,9	1,1
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento* (%)					
1. Opiáceos	10,6	10,3	27,2	18,0	12,8
11. Heroína	0,5	–	26,3	13,7	11,7
12. Metadona	6,6	6,7	–	2,2	0,8
13. Otros Opiáceos	3,5	3,6	,9	–	0,3
2. Cocaína	75,9	76,7	43,0	38,8	0,5
21. Cocaína CIH	70,2	71,0	37,1	37,4	0,4
22. Base cocaína	5,7	5,7	5,8	1,4	0,1
3. Estimulantes	3,3	3,3	0,3	5,8	17,5
31. Anfetaminas	1,8	1,9	0,3	2,9	6,6
32. MDMA y Derivados	1,2	1,2	0,0	2,2	11,8
33. Otros estimulantes	0,3	0,3	0,0	0,7	0,2
4. Hipnóticos y sedantes	21,1	20,9	27,5	30,2	7,5
41. Barbitúricos	0,3	0,3	0,0	5,0	0,1
42. Benzodiazepinas	18,9	18,7	26,3	23,7	7,0
43. Otros hiposedantes	2,0	2,0	1,2	2,2	0,5
5. Alucinógenos	1,0	1,0	0,0	0,7	3,5
51. LSD	0,2	0,2	0,0	0,0	0,7
52. Otros alucinógenos	0,9	0,9	0,0	0,7	2,8
6. Inhalantes volátiles	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3
7. Cannabis	35,7	35,8	32,5	29,5	49,8
8. Alcohol	25,6	25,5	26,6	30,9	65,3
9. Otras Sustancias	2,3	2,3	0,0	2,2	2,3
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	57,2	56,9	67,0	57,5	14,1
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	30,0	30,2	23,0	35,7	9,0
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	21,6	22,0	9,7	22,7	6,4
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	21,9	21,7	29,0	13,7	3,9
Negativo(análisis últimos 6 meses)	27,3	27,4	22,5	27,7	27,6
Negativo(sin fecha análisis)	30,9	30,7	39,1	29,7	22,4
Sin análisis o resultado desconocido	19,9	20,1	9,5	28,9	46,1
UDVPs alguna vez en la vida con anti-VIH positivo** (%)	37,3	37,3	39,4	19,4	27,1

Tabla 2.1.3. Continuación.

	21.Cocaína CIH	22.Base cocaína	3.Estimulantes	31.Anfetaminas
Nº admisiones a tto. notificadas	11.325	579	850	342
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)				
Sí	35,3	45,6	19,3	23,4
No	64,7	54,4	80,7	76,6
Edad media (años)	29,68	31,52	24,27	25,81
Sexo (%)				
Hombres	87,3	85,6	79,3	77,2
Mujeres	12,7	14,4	20,7	22,8
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	6,5	10,1	5,3	4,8
Enseñanza primaria	66,2	73,3	67,6	64,2
Enseñanza secundaria	23,3	13,2	21,5	22,7
Estudios universitarios	4,1	3,3	5,7	8,4
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)				
Trabajando	59,0	36,3	49,4	48,5
Parado no habiendo trabajado	4,4	3,8	8,1	12,1
Parado habiendo trabajado	26,2	51,0	24,5	20,7
Otros	10,4	8,9	18,0	18,6
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,80	23,68	18,91	19,04
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)				
Oral	0,9	0,5	72,9	49,4
Pulmonar	19,7	76,6	6,1	9,6
Intranasal	73,5	17,7	18,4	38,0
Parenteral	4,9	0,5	1,1	2,8
Otras	1,0	4,6	1,5	0,3
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento* (%)				
1. Opiáceos	12,3	24,0	4,4	7,2
11. Heroína	11,3	19,6	3,3	4,9
12. Metadona	0,6	4,2	0,0	0,0
13. Otros Opiáceos	0,3	0,3	1,1	2,3
2. Cocaína	0,4	1,1	48,8	50,6
21. Cocaína CIH	–	1,1	48,3	50,2
22. Base cocaína	0,1	–	0,5	0,4
3. Estimulantes	18,0	5,9	17,9	22,6
31. Anfetaminas	6,9	1,1	7,6	–
32. MDMA y Derivados	12,1	4,7	10,1	21,9
33. Otros estimulantes	0,2	0,0	0,3	0,4
4. Hipnóticos y sedantes	7,4	10,9	3,2	3,4
41. Barbitúricos	0,1	0,3	0,6	0,8
42. Benzodiazepinas	6,9	9,5	2,5	2,6
43. Otros hiposedantes	0,5	1,1	0,3	0,4
5. Alucinógenos	3,6	0,8	8,4	11,7
51. LSD	0,7	0,0	2,9	4,2
52. Otros alucinógenos	2,9	0,8	5,9	7,9
6. Inhalantes volátiles	0,3	0,0	0,5	0,0
7. Cannabis	49,6	54,2	63,4	57,4
8. Alcohol	66,1	46,4	52,1	49,8
9. Otras Sustancias	2,4	1,1	1,7	1,5
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	13,9	16,9	8,4	11,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	9,2	5,1	5,0	7,9
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	6,6	2,6	3,6	5,8
Estado serológico frente al VIH (%)				
Positivo	3,8	4,9	1,9	1,7
Negativo (análisis últimos 6 meses)	28,2	15,9	22,9	25,0
Negativo (sin fecha análisis)	22,0	29,7	16,2	17,1
Sin análisis o resultado desconocido	46,0	49,5	59,0	56,3
UDVPs alguna vez en la vida con anti-VIH positivo** (%)	27,5	22,1	26,9	28,6

Tabla 2.1.3. Continuación.

	32.MDMA y derivados	33.Otros estimul.	4.Hipnosedantes	41.Barbitúricos
Nº admisiones a tto. notificadas	452	56	617	9
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)				
Sí	15,1	30,0	40,9	62,5
No	84,9	70,0	59,1	37,5
Edad media (años)	22,13	32,16	34,75	35,14
Sexo (%)				
Hombres	80,8	80,4	60,9	66,7
Mujeres	19,2	19,6	39,1	33,3
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	4,3	17,3	15,8	0,0
Enseñanza primaria	70,6	63,5	59,2	75,0
Enseñanza secundaria	21,3	15,4	17,2	12,5
Estudios universitarios	3,8	3,8	7,8	12,5
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)				
Trabajando	50,7	44,4	28,2	50,0
Parado no habiendo trabajado	5,4	5,6	8,7	0,0
Parado habiendo trabajado	26,9	27,8	32,9	37,5
Otros	17,0	22,2	30,2	12,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	18,05	25,13	26,71	26,13
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)				
Oral	93,6	39,5	96,5	87,5
Pulmonar	1,6	25,6	1,3	12,5
Intranasal	2,3	34,9	0,7	0,0
Parenteral	0,0	0,0	1,0	0,0
Otras	2,5	0,0	0,5	0,0
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento* (%)				
1. Opiáceos	2,1	8,0	22,5	28,6
11. Heroína	1,8	8,0	15,4	28,6
12. Metadona	0,0	0,0	5,5	0,0
13. Otros Opiáceos	0,3	0,0	1,6	0,0
2. Cocaína	49,9	16,0	31,8	42,9
21. Cocaína CIH	49,3	16,0	28,9	42,9
22. Base cocaína	0,6	0,0	2,9	0,0
3. Estimulantes	14,4	16,0	5,8	0,0
31. Anfetaminas	13,5	4,0	1,9	0,0
32. MDMA y Derivados	-	16,0	4,2	0,0
33. Otros estimulantes	0,3	-	0,3	0,0
4. Hipnóticos y sedantes	2,6	8,0	3,9	14,3
41. Barbitúricos	0,3	4,0	0,0	-
42. Benzodiazepinas	2,3	4,0	1,3	0,0
43. Otros hipnosedantes	0,3	0,0	2,6	14,3
5. Alucinógenos	5,6	12,0	1,3	28,6
51. LSD	1,5	8,0	0,6	14,3
52. Otros alucinógenos	4,4	4,0	0,6	14,3
6. Inhalantes volátiles	0,9	0,0	0,3	0,0
7. Cannabis	68,9	52,0	42,8	42,9
8. Alcohol	54,3	48,0	56,3	57,1
9. Otras Sustancias	0,9	16,0	4,8	0,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	5,2	14,0	19,0	0,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	3,0	2,3	5,1	0,0
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	1,9	2,3	2,5	0,0
Estado serológico frente al VIH (%)				
Positivo	1,2	9,5	9,1	20,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19,9	35,7	21,4	0,0
Negativo (sin fecha análisis)	16,1	11,9	23,2	20,0
Sin análisis o resultado desconocido	62,8	42,9	46,3	60,0
UDVPs alguna vez en la vida con anti-VIH positivo** (%)	12,5	50,0	29,9	0,0

Tabla 2.1.3. Continuación.

	42.Benzodiazepinas	43.Otros hipnosed.	5.Alucinógenos	51.LSD
Nº admisiones a tto. notificadas	565	43	68	10
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)				
Sí	39,6	53,7	18,2	0,0
No	60,4	46,3	81,8	100,0
Edad media (años)	34,58	37,13	24,51	27,37
Sexo (%)				
Hombres	60,7	62,8	79,4	70,0
Mujeres	39,3	37,2	20,6	30,0
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	16,4	10,0	1,5	10,0
Enseñanza primaria	59,8	47,5	53,7	60,0
Enseñanza secundaria	17,3	17,5	41,8	30,0
Estudios universitarios	6,5	25,0	3,0	0,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)				
Trabajando	28,7	17,1	33,3	55,6
Parado no habiendo trabajado	8,7	9,8	9,1	0,0
Parado habiendo trabajado	31,6	48,8	30,3	11,1
Otros	30,9	24,4	27,3	33,3
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	26,63	28,6	18,66	20,33
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)				
Oral	96,8	95,0	89,2	100,0
Pulmonar	1,1	2,5	4,6	0,0
Intranasal	0,5	2,5	4,6	0,0
Parenteral	1,1	0,0	1,5	0,0
Otras	0,5	0,0	0,0	0,0
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento* (%)				
1. Opiáceos	22,0	27,8	11,5	0,0
11. Heroína	14,7	22,2	11,5	0,0
12. Metadona	5,6	5,6	0,0	0,0
13. Otros Opiáceos	1,7	0,0	0,0	0,0
2. Cocaína	32,2	22,2	46,2	40,0
21. Cocaína CIH	29,4	16,7	46,2	40,0
22. Base cocaína	2,8	5,6	0,0	0,0
3. Estimulantes	5,9	5,6	28,8	40,0
31. Anfetaminas	1,7	5,6	13,5	40,0
32. MDMA y Derivados	4,5	0,0	9,6	0,0
33. Otros estimulantes	0,3	0,0	5,8	0,0
4. Hipnóticos y sedantes	1,7	33,3	3,8	0,0
41. Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	–	11,1	3,8	0,0
43. Otros hiposedantes	1,0	–	0,0	0,0
5. Alucinógenos	0,7	0,0	0,0	0,0
51. LSD	0,3	0,0	0,0	–
52. Otros alucinógenos	0,3	0,0	0,0	0,0
6. Inhalantes volátiles	0,3	0,0	0,0	0,0
7. Cannabis	43,7	27,8	69,2	80,0
8. Alcohol	57,3	38,9	63,5	40,0
9. Otras Sustancias	4,9	5,6	5,8	0,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	19,5	16,1	2,0	0,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	5,5	0,0	2,0	0,0
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	2,7	0,0	2,0	0,0
Estado serológico frente al VIH (%)				
Positivo	9,6	0,0	3,3	0,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,4	25,0	38,3	22,2
Negativo (sin fecha análisis)	22,6	31,3	8,3	0,0
Sin análisis o resultado desconocido	46,3	43,8	50,0	77,8
UDVPs alguna vez en la vida con anti-VIH positivo** (%)	30,7	0,0	0,0	0,0

Tabla 2.1.3. Continuación.

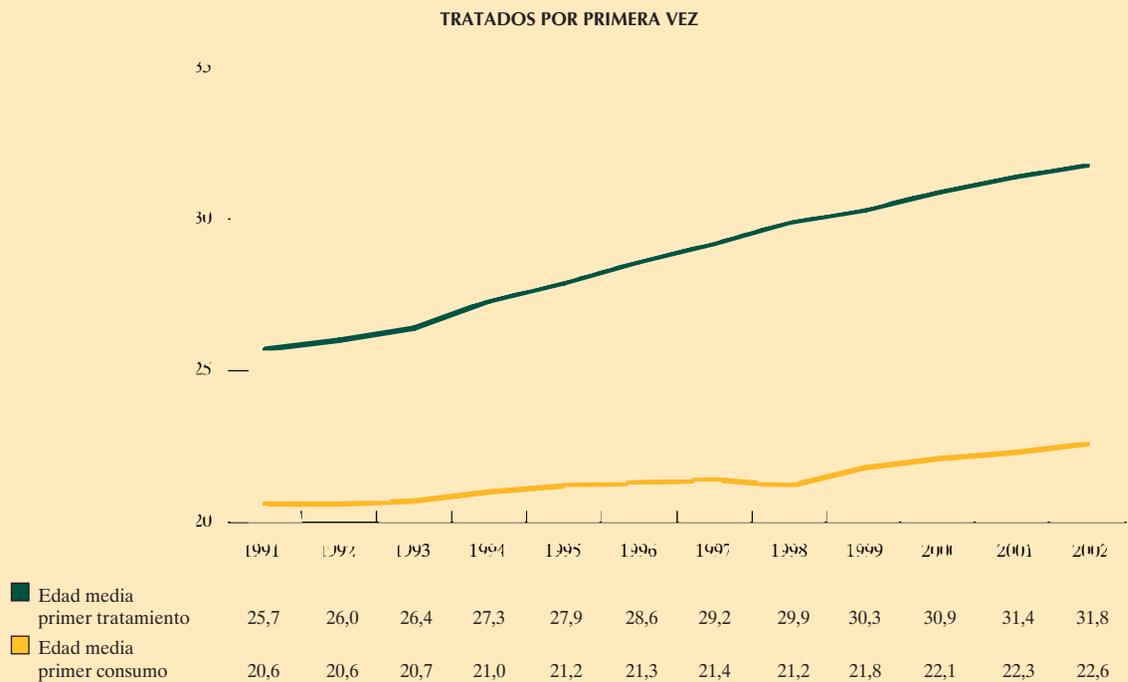
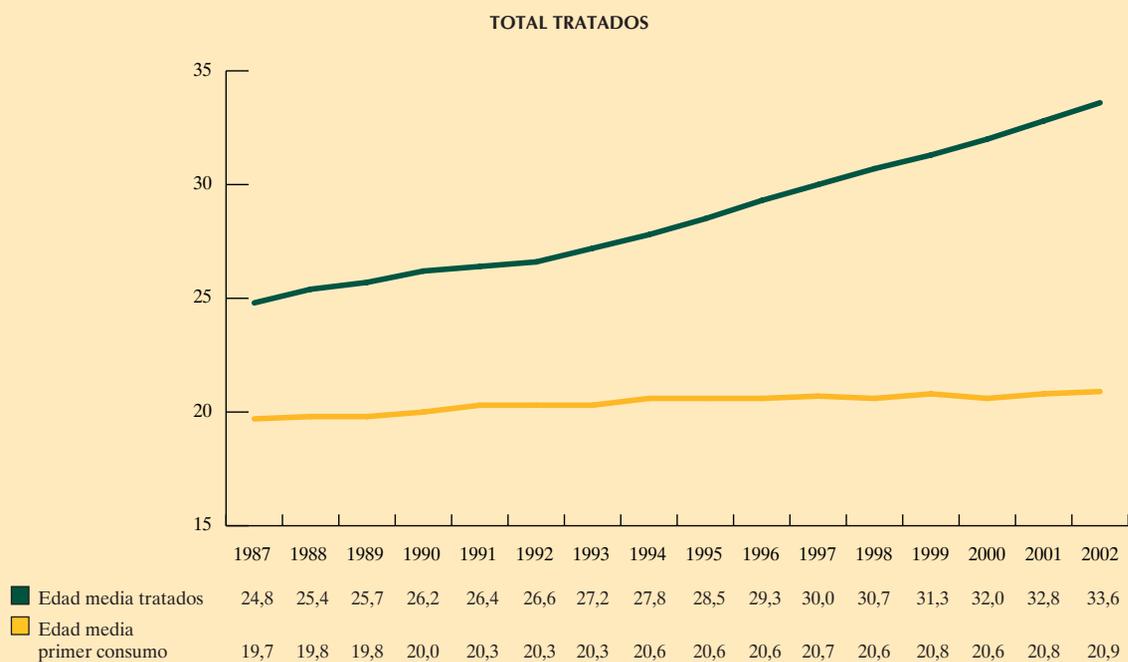
	43.Otros alucinógenos	6.1.Volátiles	7.Cannabis	9.Otras sustancias
Nº admisiones a tto. notificadas	58	45	4.772	122
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)				
Sí	21,4	16,3	14,3	32,1
No	78,6	83,7	85,7	67,9
Edad media (años)	24,01	20,38	23,89	32,25
Sexo (%)				
Hombres	81,0	77,8	89,2	75,4
Mujeres	19,0	22,2	10,8	24,6
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	0,0	31,1	4,9	5,4
Enseñanza primaria	52,6	62,2	65,7	61,6
Enseñanza secundaria	43,9	2,2	23,6	26,8
Estudios universitarios	3,5	4,4	5,7	6,3
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)				
Trabajando	29,8	14,0	43,3	44,3
Parado no habiendo trabajado	10,5	11,6	5,9	7,0
Parado habiendo trabajado	33,3	23,3	20,7	25,2
Otros	26,3	51,2	30,1	23,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	18,38	16,70	18,37	23,25
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)				
Oral	87,3	6,7	2,8	45,5
Pulmonar	5,5	86,7	96,9	29,5
Intranasal	5,5	6,7	0,1	1,1
Parenteral	1,8	0,0	0,0	2,3
Otras	0,0	0,0	0,1	21,6
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento* (%)				
1. Opiáceos	12,8	11,5	5,2	8,1
11. Heroína	12,8	11,5	4,4	8,1
12. Metadona	0,0	0,0	0,3	0,0
13. Otros Opiáceos	0,0	0,0	0,4	0,0
2. Cocaína	46,8	26,9	47,0	35,1
21. Cocaína CIH	46,8	26,9	46,4	29,7
22. Base cocaína	0,0	0,0	0,6	5,4
3. Estimulantes	27,7	3,8	20,5	2,7
31. Anfetaminas	10,6	3,8	7,5	0,0
32. MDMA y Derivados	10,6	3,8	14,2	2,7
33. Otros estimulantes	6,4	0,0	0,7	0,0
4. Hipnóticos y sedantes	4,3	11,5	3,9	8,1
41. Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	4,3	11,5	3,6	8,1
43. Otros hiposedantes	0,0	0,0	0,3	0,0
5. Alucinógenos	0,0	0,0	5,3	2,7
51. LSD	0,0	0,0	0,8	0,0
52. Otros alucinógenos	-	0,0	4,5	2,7
6. Inhalantes volátiles	0,0	0,0	0,6	0,0
7. Cannabis	68,1	84,6	0,6	43,2
8. Alcohol	66,0	53,8	65,7	51,4
9. Otras Sustancias	6,4	7,7	3,8	0,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	2,5	2,0	0,0	2,5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,5	2,0	0,0	2,5
Se inyectó drogas en los últimos 30 días	2,5	2,0	0,0	2,5
Estado serológico frente al VIH (%)				
Positivo	3,9	0,0	1,6	2,6
Negativo (análisis últimos 6 meses)	41,2	48,6	13,7	17,1
Negativo (sin fecha análisis)	9,8	14,3	14,9	17,1
Sin análisis o resultado desconocido	45,1	37,1	69,8	63,2
UDVPs alguna vez en la vida con anti-VIH positivo** (%)	0,0	0,0	28,4	40,0

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

** Porcentaje calculado sobre el número de casos que se han realizado la prueba y conocen el resultado.

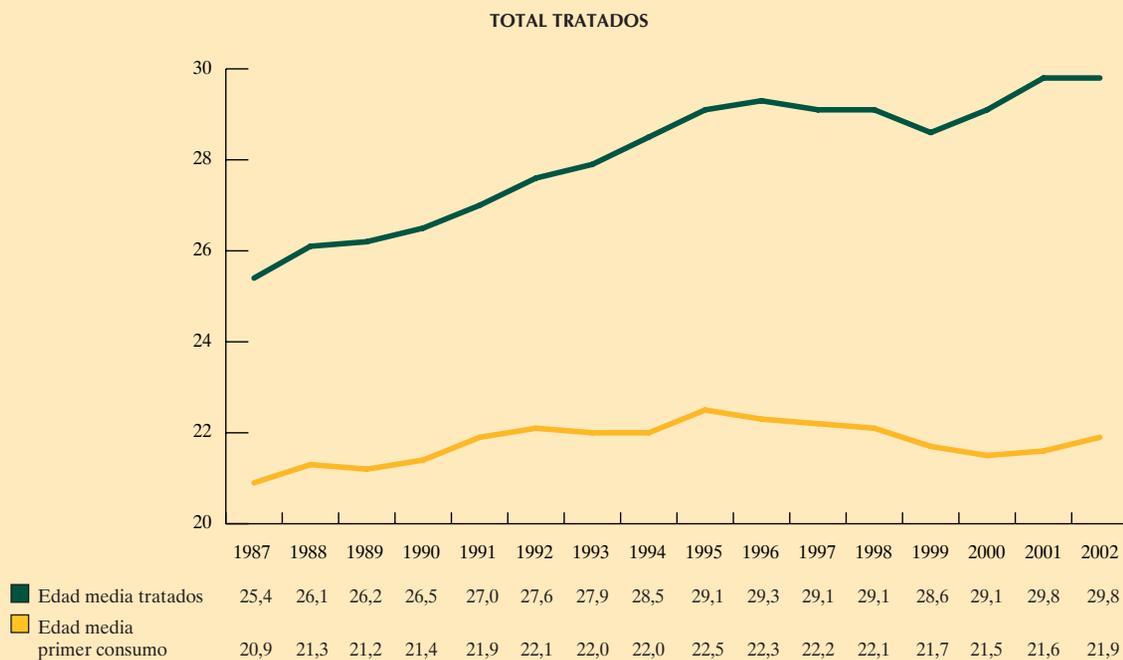
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2.1.8. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína en España, 1987-2002.



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

Figura 2.1.9. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por cocaína en España, 1987-2002.



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

La mayoría de los admitidos a tratamiento en 2002 (79,2%) habían completado un nivel de estudios de enseñanza secundaria de primera etapa (anteriormente EGB) o inferior (Tabla 2.1.2). El nivel de estudios tiende a mejorar ligeramente con el paso del tiempo, pero continuaba presentando diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2002 las mayores proporciones de personas con estudios de enseñanza secundaria de segunda etapa (anteriormente BUP) o superiores completados correspondieron a los tratados por alucinógenos (44,8%), anfetaminas (31,1%) o cannabis (29,3%), y los más bajos a los tratados por inhalables volátiles (6,6%) o heroína (16,2%) (Tabla 2.1.3).

Un 43,6% de los admitidos a tratamiento en 2002 estaban parados, siendo esta proporción más alta entre los que habían sido tratados previamente. Como sucedía con el nivel de estudios, la proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo la cifra más alta a heroína (52,4%) y las más bajas a cannabis (26,6%), éxtasis (32,3%) y anfetaminas (32,8%) (Tablas 2.1.2 y 2.1.3).

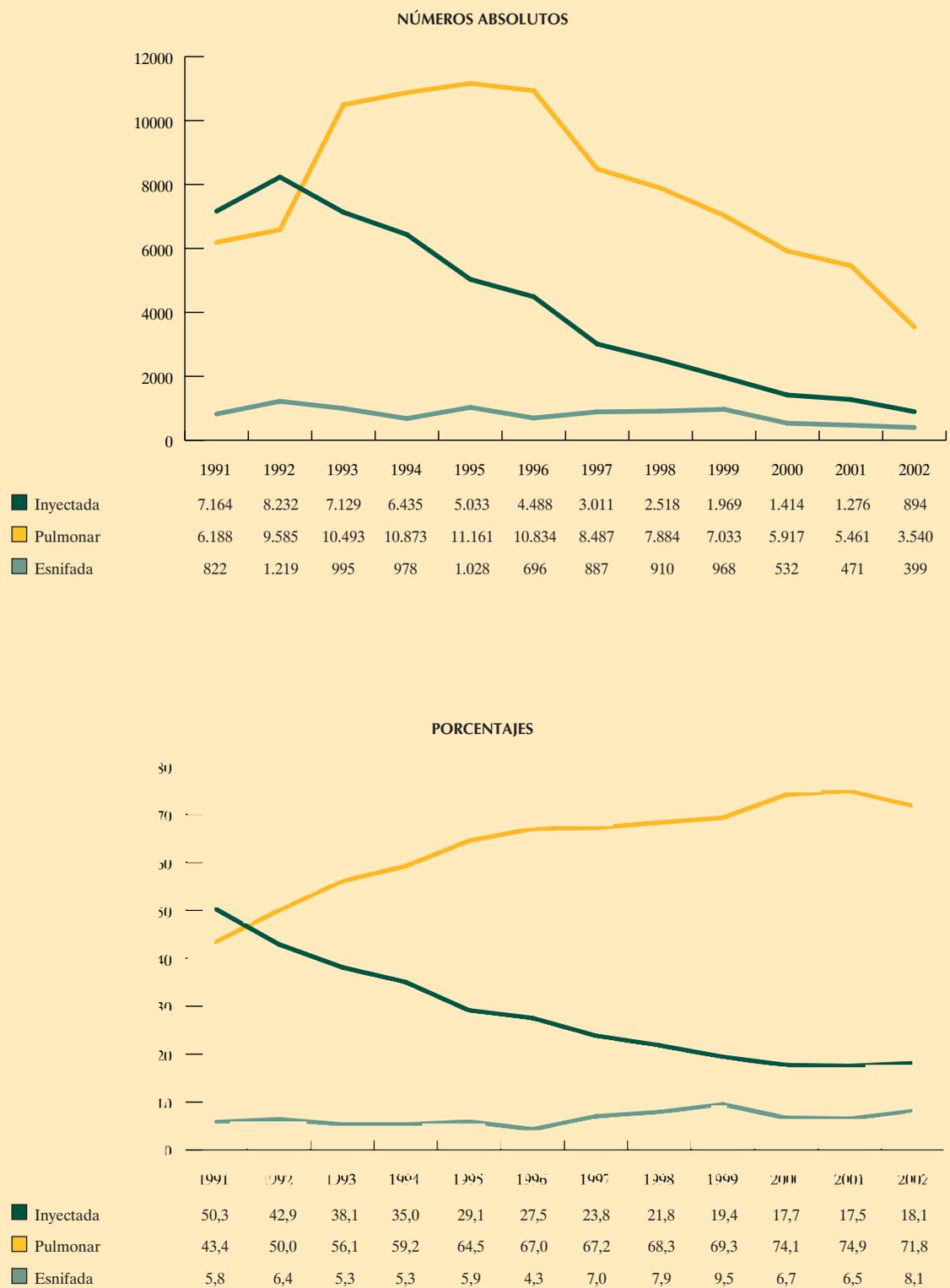
La edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 21,0 años, siendo más alta en los tratados por primera vez (21,3 años) que en los previamente tratados (20,9 años), y en las mujeres (21,4 años) que en los hombres (21,0 años). El 47,0% de los hombres y el 44,0% de las mujeres habían iniciado el consumo de dicha droga antes de los 18 años. Además, un 20,6% de los hombres y un 18,8% de las mujeres lo había hecho entre los 18 y los 20 años. Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades más tempranas a inhalables volátiles (16,7 años), éxtasis (18,1 años) y cannabis (18,4 años), y las más tardías a hipnosedantes (26,7 años) y metadona (26,0 años) (Tablas 2.1.2 y 2.1.3, Figura 2.1.7). En el período 1991-2002 aumentó la edad media de inicio en el consumo de heroína, sobre todo entre los tratados por primera vez, entre los que pasó de 20,6 años en 1991 a 22,6 años en 2002 (Figura 2.1.8). En cambio la evolución de la edad media de inicio en el consumo de los tratados

por cocaína no ha sido tan clara. Aumentó ligeramente entre 1991 y 1995 (pasando en el caso de los tratados por primera vez de 21,9 a 22,6 años), descendió entre 1995 y 2000 (de 22,6 a 21,6 años para los tratados por primera vez), y se ha mantenido prácticamente estabilizada desde entonces (21,8 años en 2001 y 21,7 en 2002) (Figura 2.1.9).

En los tratados por primera vez, el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por esta droga fue de 7,9 años, observándose los más bajos en los tratados por sustancias volátiles (2,3 años), éxtasis (3,8 años) o alucinógenos (4,2 años), y los más altos en los tratados por barbitúricos (13,3 años), heroína (9,7 años) y cocaína (7,4 años). Las mujeres suelen acudir antes a tratamiento (7,0 años) que los hombres (8,1 años).

Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2002, la vía de administración de esta droga predominante durante los 30 días previos a la admisión fue la pulmonar o fumada (“chinos”), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada, y por la intranasal o esnifada. De hecho, la vía fumada fue la más frecuente para el 64,5% de los tratados y la inyectada para el 24,2%. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), este descenso comenzó y fue mucho más intenso en el caso de los inyectores, cuyo número llegó a descender 8 veces entre 1991 y 2002. Ello ha motivado que en la última década se haya producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que consumían esta droga principalmente por vía inyectada pasó de 50,3% en 1991 a 18,1% en 2002, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% a 71,8% (Figura 2.1.10). El análisis por comunidad autónoma confirma esta tendencia. En 1991 la mayoría de las comunidades presentaban alta proporción (>60%) de tratados por primera vez que usaban preferentemente la inyección para consumir heroína, siendo baja dicha proporción sólo en algunas comunidades, como Canarias y

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2002.



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

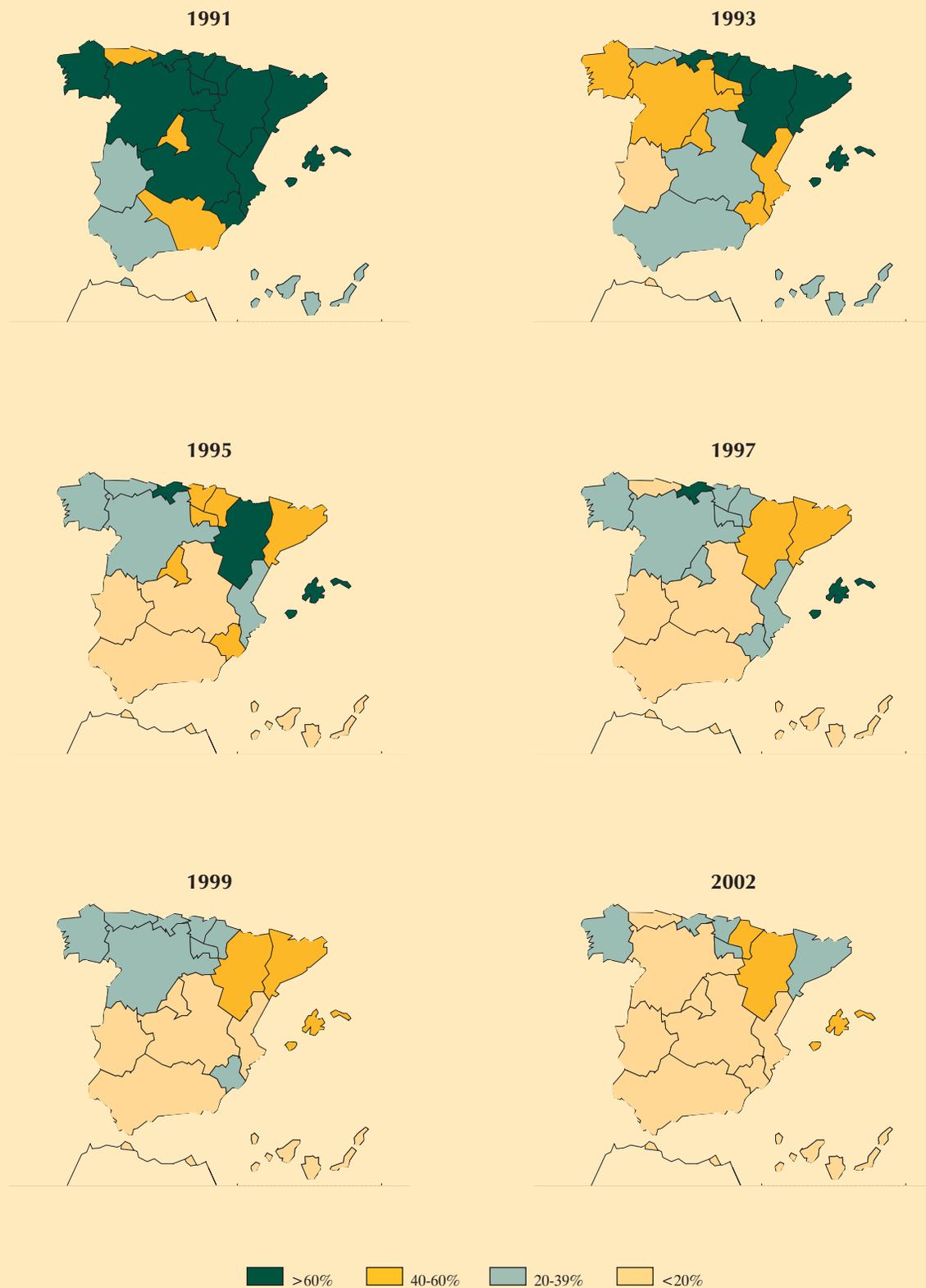
Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2002 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2002 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína entre los tratados por esta droga por primera vez en la vida. La vía fumada predominaba en casi toda España, excepto en algunas comunidades del nordeste (Navarra, Aragón y Baleares). Diez comunidades estaban por debajo del 20% en cuanto a la proporción de sujetos que usaban preferentemente la inyección, y sólo tres estaban por encima del 40%: Navarra (50%), Aragón (46,3%) y Baleares (40,0%) (Figuras 2.1.11 y 2.1.12). La vía intranasal (esnifada) fue la vía principal de consumo de heroína para una proporción relevante de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por esta droga en Cataluña (29,7%), País Vasco (12,2%), Aragón (9,6%), Asturias (9,0%) y Baleares (8,1%).

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2002 la vía predominante de administración de esta droga fue la intranasal o esnifada (70,8%), seguida de la fumada (22,5%) y la inyectada (4,7%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2002 ha aumentado el uso de la vía esnifada, ha disminuido el de la inyectada y se ha mantenido el de la fumada. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por cocaína que usaron esta droga preferentemente por vía esnifada pasó de 55,4% en 1991 a 77% en 2002, la de los que usaron la vía inyectada de 19,2% a 2,1% y la de los que usaron la fumada de 24,4% a 19,2%. Sin embargo, esta conclusión puede ser engañosa. Para comprender mejor la evolución de los tratamientos por cocaína conviene fijarse no sólo en la evolución de las proporciones que usan cada vía de administración sino también en la evolución del número absoluto de tratados que usa cada vía. Así, puede observarse que el aumento espectacular del número de tratamientos por cocaína por pri-

mera vez en la vida entre 1991 y 1999 se debió sobre todo al incremento del número de consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4.777 en 1999 y 5.613 en 2002. Estos datos sugieren también que, a pesar de la estabilidad de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada, en España aparentemente ha aumentado mucho el número de tratados por cocaína consumida por esta vía. De hecho, entre 1991 y 2002 los tratamientos por cocaína fumada se multiplicaron por 10,1 pasando de 139 a 1.403 casos anuales. Sin embargo, el aumento de los tratados por cocaína fumada estaría enmascarado por el aumento simultáneo y de mayor magnitud de los tratados por cocaína esnifada. Así, entre 1991 y 2002 los tratados por cocaína esnifada se multiplicaron por 17,8, mientras los tratados por cocaína fumada se multiplicaban por 10,1 (Figura 2.1.13). A la hora de juzgar estos datos hay que mantener también una cierta cautela porque se ha observado que a menudo los consumidores y los profesionales usan términos como “inhalar”, cuyo significado en términos de vía de absorción de las sustancias administradas no es unívoco, ya que con él unas veces (o unas personas) se refieren a la vía fumada (administración de gases o vapores con absorción broncopulmonar) y otras veces (u otras personas) a la vía esnifada (administración de polvo con absorción nasofaríngea).

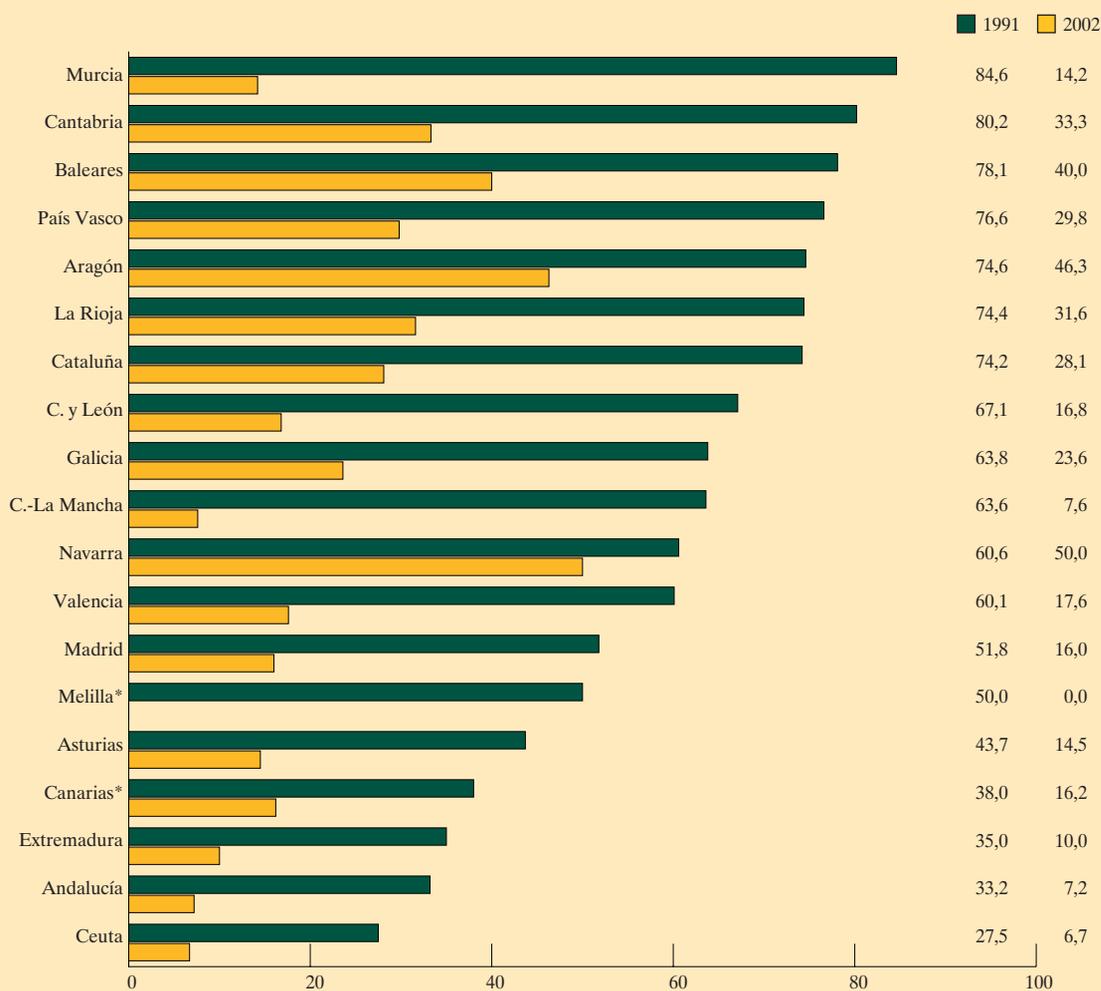
Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motiva el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno el indicador tratamiento incluye la variable “tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó drogas”. Al distribuir los admitidos a tratamiento por heroína en 2002 según esta variable, se observa que un 43,1% no se habían inyectado nunca (nunca-inyectores), un 26,7% se habían inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectores) y un 30,2% se habían inyectado en los 12 meses previos (inyectores recientes). Estas proporciones pueden deducirse de la tabla 2.1.3. Entre 1996 y 2002 descendió la proporción de inyectores recientes entre los tratados por heroína, pasando de un 49,6% en 1996 a un

Figura 2.1.11. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral (%). España, 1991-2002.



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

Figura 2.1.12. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2002.



* En la Comunidad Autónoma de Canarias y en la Ciudad de Melilla se presentan los datos de 1992 en lugar de los de 1991, bien porque en 1991 no se recogieron (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

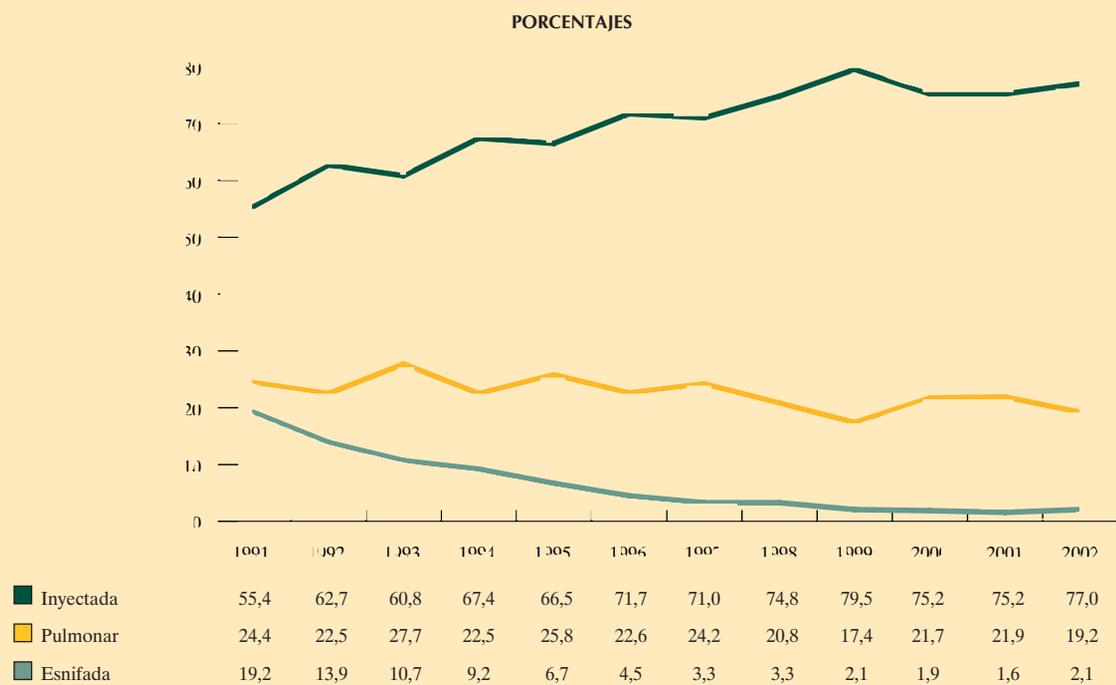
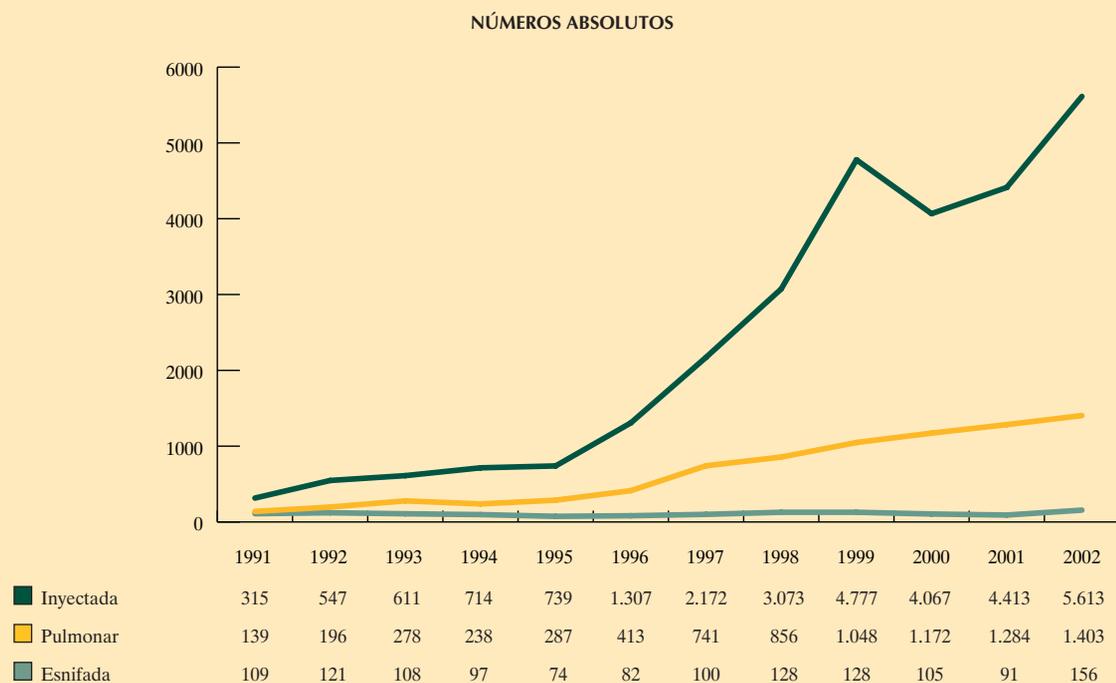
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

30,2% en 2002. Lo mismo sucedió en los tratados por cocaína, donde esta proporción pasó de 20,8% en 1996 a 7,7% en 2001 y 9,2% en 2002. En los próximos años habrá que estar atentos a ver si se confirma el repunte de la inyección de cocaína. Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2002, se encontró una proporción importante de inyectores recientes entre los tratados por metadona

(23%) o por otros opioides distintos a heroína o metadona (35,7%). En los tratados por el resto de las drogas, la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (7,9%), hipnosedantes (5,1%), éxtasis (3%), alucinógenos (2%), inhalables volátiles (2%) y cannabis (0%).

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. La

Figura 2.1.13. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2002.



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

mayor parte de los admitidos a tratamiento en 2002 habían consumido alguna otra droga (drogas secundarias), además de la que motivó el tratamiento (droga principal), en los 30 días previos a la admisión. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias más citadas fueron cocaína (en el 76,7% de los casos), cannabis (35,8%), alcohol (25,5%) e hipnose-dantes (20,9%). Por su parte, entre los tratados por cocaína, las drogas secundarias más citadas fueron alcohol (65,3%), cannabis (49,8%), éxtasis (11,8%) y heroína (11,7%) (Tabla 2.1.3). En el período 1996-2002 disminuyó claramente la proporción de tratados por cocaína que citó consumo de heroína (22,9% en 1996 y 11,7% en 2002) o hipnosedantes (12,4% y 7,4%). En 2002, el alcohol, el cannabis, el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos se citaron con mayor frecuencia en los tratados por primera vez por cocaína que en los previamente tratados por esta droga, mientras que sucedió lo contrario con la heroína y los hipnosedantes.

Un 60,5% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2002 dijeron que habían sido previamente tratados por la misma droga principal. Dicha proporción fue mucho más alta entre los tratados por metadona (87,8%) o por heroína (80,7%) que entre los tratados por otras drogas, donde los previamente tratados eran una minoría: hipnosedantes (40,9%), cocaína (35,8%), anfetaminas (23,4%), alucinógenos (18,2%), sustancias volátiles (16,3%), éxtasis (15,1%) y cannabis (14,3%).

En 2002 la proporción de admitidos a tratamiento para los que se desconocía el estado serológico frente al VIH fue muy importante (32,3%), siendo más alta entre los tratados por primera vez (52,8%) que entre los previamente tratados (20,3%). Los resultados han de tomarse, pues, con bastante cautela. Por otra parte, la proporción de desconocidos difiere mucho según la droga principal y el hecho de haberse o no inyectado drogas, por lo que ha de realizarse un análisis diferenciado según estos factores. En estas circunstancias pueden considerarse dos indicadores: uno sin excluir del denominador a los desconocidos, y que tiene el significado de prevalencia

mínima (al menos ese porcentaje está infectado), y otro excluyéndolos (que podría sobreestimar la prevalencia real, ya que seguramente los más expuestos al riesgo tienen mayor probabilidad de hacerse la prueba). Tomando la prevalencia mínima, como se hace en las Tablas 2.1.2 y 2.1.3, las prevalencias de infección por VIH más altas se encuentran entre los tratados por metadona (29,0%) o por heroína (21,7%), y las más bajas entre los tratados por inhalables volátiles (0%), éxtasis (1,2%) o cannabis (1,6%). Entre los inyectores recientes (se habían inyectado en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) la proporción de sujetos con estado serológico desconocido es bastante menor (27,8%) que entre los que no se inyectan. Por esta razón pueden tomarse las cifras de prevalencia excluyendo a los desconocidos del denominador (que probablemente sobreestiman algo la prevalencia real), como se hace en la Tabla 2.1.4. Procediendo de esta forma, se puede observar que, en el año 2002, un 32% de los inyectores recientes de drogas eran VIH positivos (33,3% de los previamente tratados y 24,3% de los tratados por primera vez). Entre los inyectores recientes, los que habían consumido recientemente opiáceos (incluyendo tanto los tratados por opiáceos como los tratados por otras drogas con mención de consumo de opiáceos en los 30 días previos a la admisión a tratamiento) tenían una prevalencia de VIH+ mayor que los que no los habían consumido (33,0% y 19,3%). Por otra parte, las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (38,9% y 30,9%, respectivamente). Igualmente, los inyectores de mayor edad tenían mayor prevalencia de infección que los más jóvenes (Tabla 2.1.4). En los últimos años la prevalencia de infección por VIH entre los inyectores actuales de drogas ha descendido ligeramente, pasando de 37,1% en 1996 a 32,0% en 2002. Este descenso afecta tanto a los hombres como a las mujeres, y es algo menos acusado entre los inyectores mayores de 34 años (donde ha pasado de 48,9% a 42,8%) que entre los menores de esa edad. De hecho, entre los inyectores de 25-34 años ha pasado de 39,3% a 26,7% y entre los menores de 25 años de 20,3% a 12,1% (Figura 2.1.14).

Tabla 2.1.4. Distribución de los inyectores* admitidos a tratamiento según el estado serológico (números absolutos y porcentajes). España, 2002.

	Inyección en los últimos 12 meses			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tto. previo**		Total	Tto. previo**	
		Sí	No		Sí	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	7.296	5.756	1.440	13.699	11.317	2.220
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	1.687	1.471	195	3.753	3.308	410
Nº de UDVPs con test anti-VIH	5.268	4.414	802	10.357	8.889	1.381
UDVPs con anti-VIH positivo (%)	32,0	33,3	24,3	36,2	37,2	29,7
Hombres	6.274	4.998	1.198	11.675	9.693	1.851
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	1.405	1.224	165	3.086	2.723	335
Nº de UDVPs con test anti-VIH	4.543	3.837	666	8.815	7.601	1.144
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	30,9	31,9	24,8	35,0	35,8	29,3
Mujeres	1.014	753	240	2.009	1.613	366
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	281	246	30	664	582	75
Nº de UDVPs con test anti-VIH	722	574	136	1.534	1.280	237
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	38,9	42,9	22,1	43,3	45,5	31,6
UDVPs <25 años	989	582	391	1.281	809	449
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	67	54	12	102	87	14
Nº de UDVPs con test anti-VIH	555	391	157	761	565	188
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	12,1	13,8	7,6	13,4	15,4	7,4
UDVPs 25-34 años	3.372	2.726	599	6.021	5.033	923
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	656	569	81	1.357	1.202	145
Nº de UDVPs con test anti-VIH	2.460	2.097	340	4.554	3.938	579
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	26,7	27,1	23,8	29,8	30,5	25,0
UDVPs >34 años	2.916	2.435	444	6.363	5.449	841
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	960	844	102	2.287	2.012	251
Nº de UDVPs con test anti-VIH	2.242	1.917	303	5.021	4.367	612
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	42,8	44,0	33,7	45,5	46,1	41,0
UDVPs con menos de 2 años de consumo	226	78	146	314	135	175
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	20	13	7	48	32	16
Nº de UDVPs con test anti-VIH	114	51	63	184	96	86
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	17,5	25,5	11,1	26,1	33,3	18,6
UDVPs con 2 ó más años de consumo	6.819	5.509	1.229	12.988	10.903	1.956
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	1.615	1.418	179	3.608	3.201	379
Nº de UDVPs con test anti-VIH	5.001	4.248	709	9.922	8.602	1.249
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	32,3	33,4	25,2	36,4	37,2	30,3
UDVPs consumidores de opiáceos***	6.617	5.382	1.150	12.474	10.620	1.718
Nº de UDVPs con Anti-VIH positivo	1.616	1.413	182	3.565	3.179	352
Nº de UDVPs con test anti-VIH	4.901	4.171	682	9.591	8.399	1.115
UDVPs con anti-VIH positivo (%)**	33,0	33,9	26,7	37,2	37,8	31,6
UDVPs no consumidores de opiáceos	679	374	290	1.225	697	502
Nº de UDVPs con anti-VIH positivo	71	58	13	188	129	58
Nº de UDVPs con test anti-VIH	367	243	120	766	490	266
UDVPs con anti-VIH positivo (%)	19,3	23,9	10,8	24,5	26,3	21,8

Nota: No están incluidos los datos de la Comunidad de Madrid debido a problemas de calidad en la variable "tiempo desde la última inyección de cualquier sustancias psicoactivas".

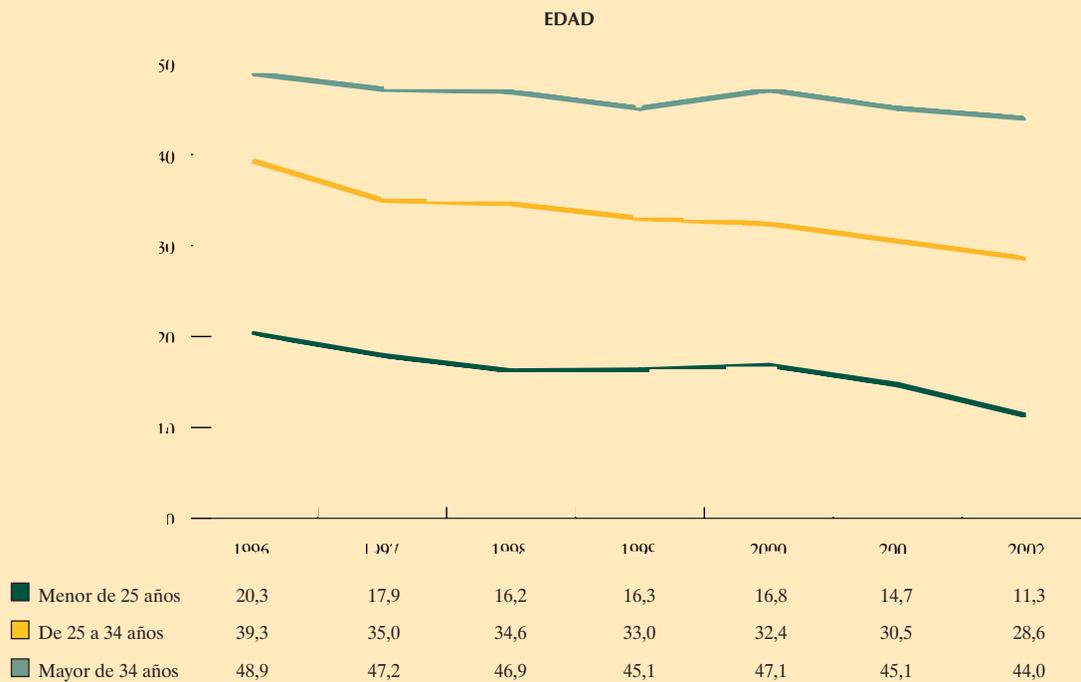
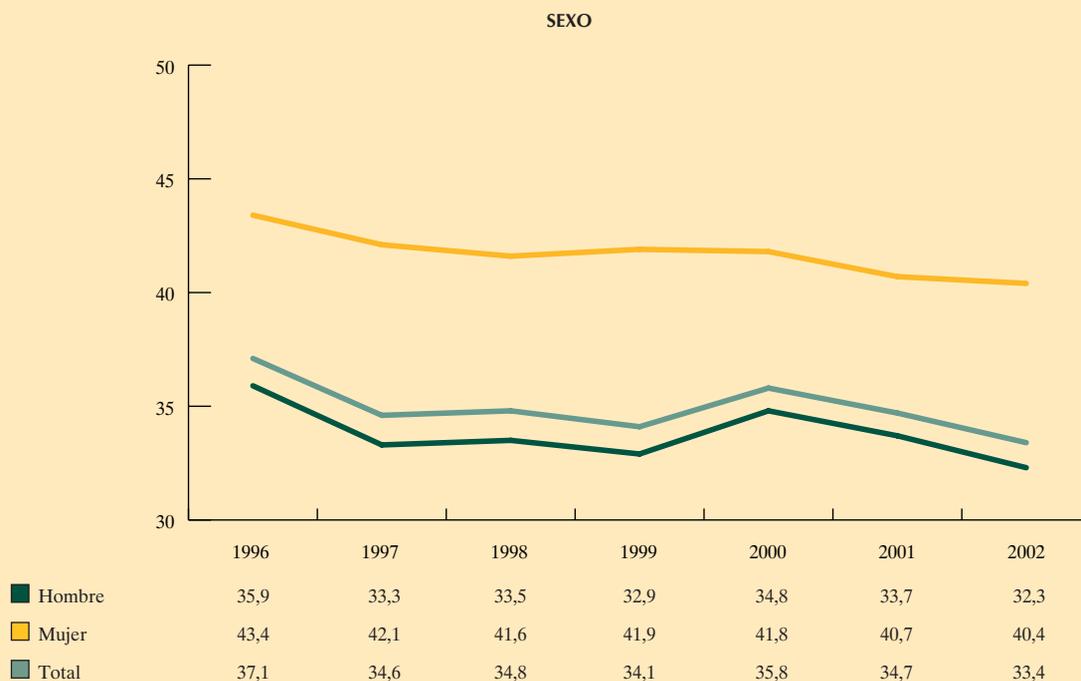
* Consumidores de sustancias psicoactivas por vía parenteral.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que cruzan. La proporción de inyectores que desconocen su estado serológico frente al VIH fue de 15,6% para los inyectores en los últimos 12 meses y 13,3% para los inyectores alguna vez en a vida.

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

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

Figura 2.1.14. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los últimos 12 meses previos al tratamiento, por sexo y grupo de edad. España, 1996-2002.



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

2.2. URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS

En 2002 se recogieron 2.673 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 60 hospitales de 11 comunidades autónomas, limitándose la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente. Se trata de urgencias en cuya historia clínica hay expresiones del médico que permiten al recolector de datos relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna sustancia psicoactiva. En este sentido, es muy probable que los datos tengan problemas de validez porque el recolector, en bastantes ocasiones, ha de decidir basándose en información limitada, ambigua o imprecisa. De hecho, en una proporción importante de urgencias, el recolector no halla elementos suficientes en la historia clínica para decidir si se trata o no de una urgencia relacionada directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Además, es muy probable que los médicos utilicen criterios dispares a la hora de relacionar o no un episodio de urgencia con una droga concreta, y que los recolectores interpreten de forma diferente las expresiones que utilizan los médicos para referirse a esta relación. Por este motivo este indicador se ha modificado a partir de 2003.

Para no cometer errores en la interpretación de los datos hay que señalar también que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo, definición que cambió a comienzos de 1996 para pasar a recoger únicamente las urgencias relacionadas directamente con el consumo una semana de cada mes. Además, la cobertura espacial ha sido inestable en el tiempo. En consecuencia, los datos sobre el número de urgencias no son comparables con los de años anteriores sin realizar un estudio pormenorizado. En cambio, las características de las urgencias pueden compararse tomando ciertas precauciones.

En 2002 las sustancias cuyo consumo se mencionaba más frecuentemente en la historia clínica de las urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fueron cocaína (49,0% de

los episodios), alcohol (39,0%) —a pesar de que sólo se recogió cuando se mencionaba junto a alguna otras drogas—, hipnosedantes (34,1%), heroína (26,8%), cannabis (22,8%) y otros opioides u opioides sin especificar (17,7%). Aparte de las benzodiazepinas no especificadas, los hipnosedantes más citados en las historias clínicas de urgencias fueron: alprazolam (Trakimazin^R), cloracepato dipotásico y lorazepam. Por su parte, el opiáceo diferente a heroína más citado fue la metadona. Al contrario que en 2001, en que se registraron 28 urgencias con mención de gammahidroxibutirato (GHB o "éxtasis líquido"), todas ellas en la ciudad de Barcelona, en 2002 sólo se mencionó esta sustancia en 2 urgencias de esta ciudad.

Con respecto a los años anteriores, se observa una disminución importante de la proporción de menciones de heroína (61,4% en 1996, 40,5% en 2000 y 26,8% en 2002) y un aumento de la proporción de menciones de cocaína, aunque a partir de 1999 se observa una ralentización de la tendencia al aumento de la mención de esta droga (27,3% en 1996, 48,1% en 1999, 45,3% en 2000 y 49,0% en 2002). En cualquier caso, a partir de 1999 la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Tabla 2.2.1 y Figura 2.2.1). Incluso, en 2002 las menciones de alcohol —a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas— y de hipnosedantes superan a las de heroína. En los últimos años se han producido también otros cambios en la mención de drogas en urgencias, que podrían explicarse, entre otros factores, por una mayor tendencia al policonsumo. Así, la mención de hipnosedantes ha pasado de 25,7% en 1996 a 34,1% en 2002, la mención de cannabis de 7,4% a 22,8%, y la de éxtasis de 1,6% a 5,3% (Figura 2.2.2).

Al interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica, y no de que las urgencias hayan sido provocadas por (o estén relacionadas con) el consumo de las mismas. Sin embargo, cuando se consideran exclusivamente las drogas que el médico relaciona con la urgencia, el panorama es

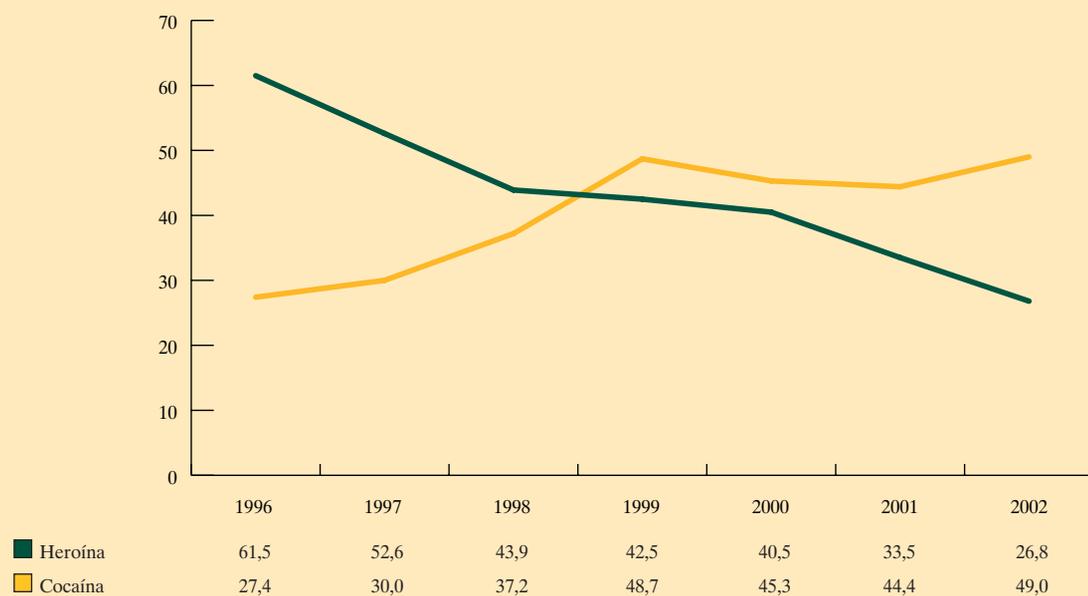
Tabla 2.2.1. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes). España, 1996-2002.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8
Sexo (%)							
Hombres	78,6	79,2	76,9	76,5	72,6	72,9	72,6
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4
Sustancias psicoactivas* (%)							
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5	26,8
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9	17,7
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4	49,0
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6	3,8
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2	6,3
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0	34,1
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4	1,4
S. Volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	0,3
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8	39,0
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8	4,5
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)							
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6	1,8
Diagnóstico (%)							
Sobredosis o intoxicación aguda	34,8	33,0	43,3	44,0	51,6	52,6	56,6
Síndrome abstinencia	37,2	41,7	32,0	28,1	17,3	16,2	11,7
R. orgánica aguda no infecciosa	16,9	16,3	13,4	14,8	19,2	9,6	11,4
Problemas psicopatológico	11,1	9,0	11,4	13,1	11,8	21,6	20,3
Condición legal (%)							
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2
No detenido	85,6	77,6	88,3	90,6	93,6	94,3	94,8
Resolución urgencia (%)							
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0

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

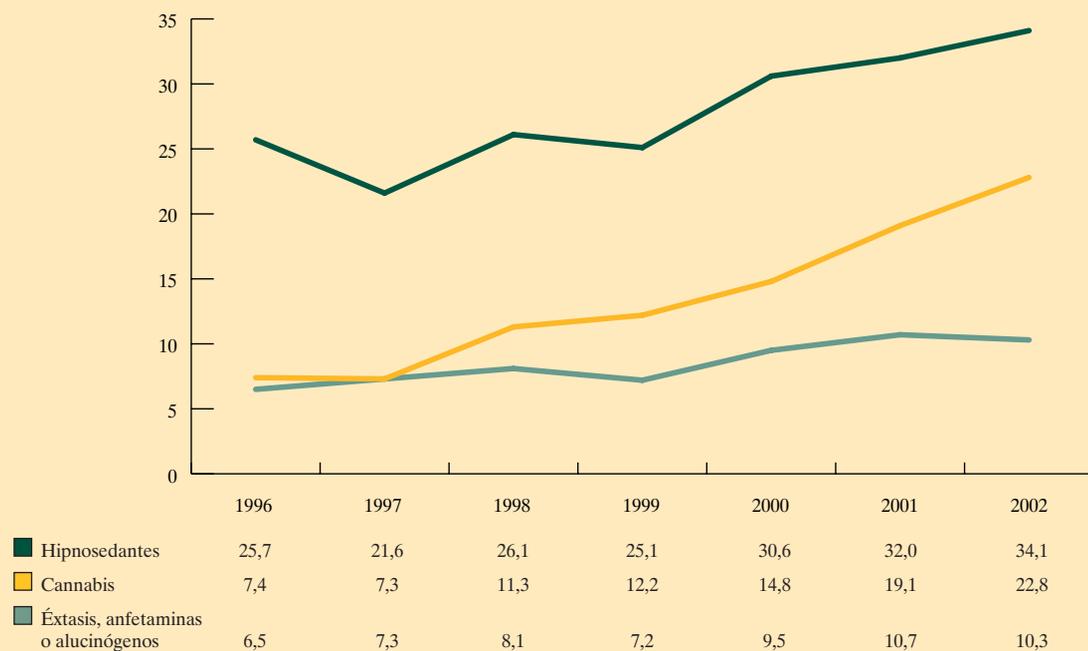
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2.2.1. Evolución de la proporción de urgencias por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas con mención de heroína o cocaína. España, 1996-2002.



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

Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas psicoactivas (%). España, 1996-2002.



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

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según las sustancias mencionadas (número absoluto, media o porcentajes). España, 2002.

	Heroína		Cocaína		MDMA y deriv.		Cannabis		S. volátiles		Otras
	Otros opiáceos	Anfetaminas	Hipnóticos y sedantes	Alucinógenos	Alcohol						
Número de episodios	705	466	1.288	101	166	898	599	38	7	1.027	119
Edad media (años)	31,6	32,8	30,0	25,3	24,2	31,9	26,3	23,9	27,0	29,8	31,4
Sexo (%)											
Hombres	77,4	74,8	77,2	67,0	78,5	61,2	78,3	84,2	100,0	74,5	55,5
Mujeres	22,6	25,2	22,8	33,0	21,5	38,8	21,7	15,8	0,0	25,5	44,5
Diagnóstico (%)											
Sobredosis o intox. aguda	48,3	55,0	51,9	64,6	56,1	71,9	51,8	73,7	71,4	71,2	55,1
Sínd. abstinencia	25,5	23,4	9,0	4,0	2,4	8,9	3,2	0,0	0,0	3,9	4,2
R. orgánica aguda no infecciosa	11,2	7,0	13,7	8,1	9,8	5,2	12,2	0,0	14,3	8,2	11,9
R. psicopatológica aguda	14,9	14,6	25,4	23,2	31,7	14,0	32,8	26,3	14,3	16,7	28,8
Condición legal (%)											
Detenido	9,6	10,3	4,3	1,0	3,0	5,0	3,2	0,0	0,0	2,7	1,7
No detenido	90,4	89,7	95,7	99,0	97,0	95,0	96,8	100,0	100,0	97,3	98,3
Resolución urgencia (%)											
Alta médica	78,0	78,5	80,9	82,0	82,2	83,5	84,5	76,3	57,1	84,3	77,1
Alta voluntaria	9,0	8,8	7,0	6,0	8,6	6,8	5,7	10,5	28,6	8,2	10,1
Ingreso hospitalario	8,8	8,4	7,3	10,0	5,5	6,2	6,2	13,2	14,3	4,7	5,5
Muerte en urgencias	0,1	0,2	0,1	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,0	4,0	4,7	2,0	3,1	3,5	3,6	0,0	0,0	2,8	7,3

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

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

parecido, siendo las sustancias relacionadas con más frecuencia: cocaína (44,7% de las urgencias), alcohol (35,4%), hipnosedantes (30,1%) y heroína (21,4%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias, la suma puede ser superior al 100%. Considerando la evolución durante el período 1996-2002, se aprecian las mismas tendencias que en el caso de las drogas mencionadas con o sin relación con la urgencia (Tabla 2.2.1).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas, hay que tener en cuenta que presentó una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados hay que tomarlos con bastante cautela. En las urgencias con mención de heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (53,3%), seguida de la pulmonar (33,7%) y la intranasal o esnifada (13,9%), y en las urgencias con mención de cocaína, la pulmonar (52,5%), la intranasal (29,2%) y la inyectada (19,6%). No obstante, como se señaló a propósito del tratamiento, la vía “inhalada” se ha interpretado como vía pulmonar cuando muchos profesionales y consumidores la emplean seguramente para referirse a la vía intranasal o esnifada. En el período 1996-2001 en las urgencias con mención de heroína, disminuyó el consumo de esta droga por vía inyectada (62,1% en 1996, 54,6% en 2000 y 42,7% en 2001) y aumentó el consumo por vía pulmonar (36,7% en 1996, 44,2% en 2000 y 43,3% en 2001); sin embargo, en 2002 da la impresión de que se invierten las tendencias y vuelve a aumentar el consumo por vía inyectada. En las urgencias con mención de cocaína, en el período 1996-2002 se observó también una tendencia a disminuir el uso de esta droga por vía inyectada (50,4% en 1996, 21,1% en 2001 y 19,6% en 2002) y a aumentar su uso por vía pulmonar (28,0% en 1996, 47,8% en 2001 y 52,5% en 2002), aunque da la impresión de que a partir de 2001 este proceso se ha ralentizado.

En 2002 la mayor parte de los pacientes con urgencias por drogas seguían siendo varones (72,6%), pero su proporción ha descendido algo (78,6% en 1996). Como en años anteriores las urgencias con mención de hipnosedan-

tes (61,2%) presentan una menor proporción de varones que el resto (Tablas 2.2.1 y 2.2.2). La edad media de las personas con urgencias por drogas fue 29,8 años, con tendencia al aumento en el período 1996-2000, y tendencia a la estabilidad posteriormente (27,8 años en 1996, 30,3 años en 2000, 29,8 años en 2001 y 29,8 años en 2002). La edad media más baja se observa en las urgencias con mención de alucinógenos (23,9 años), éxtasis (24,2 años) y anfetaminas (25,3 años) (Tablas 2.2.1 y 2.2.2). La mayor parte de las urgencias siguen resolviéndose con alta médica (82,1%), sin que se observen cambios importantes a lo largo de los años.

2.3. INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Aunque el consumo de drogas, especialmente por vía parenteral, puede facilitar la adquisición y transmisión de bastantes agentes infecciosos, a continuación se abordan sólo la infección por VIH y por los virus de la hepatitis, que son las infecciones relacionadas con el consumo de drogas con una mayor trascendencia sanitaria en nuestro medio.

Sida e infección por VIH en consumidores de drogas

■ Casos de sida relacionados con la inyección de drogas (Registros de casos de sida)

Desde la segunda mitad de los años ochenta, el sida y la infección por VIH ha sido uno de los principales problemas asociados con el uso de drogas en España. Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, hasta el 30 de junio de 2004 se habían diagnosticado en España un total de 68.788 casos de sida, de los que 43.839 (63,7%) estaban relacionados con la inyección de drogas. Se estima que en 2003 se diagnosticaron en España 2.190 nuevos casos de sida (datos corregidos por retraso en la notificación), de los que un 49,0% (50,5% entre los hombres y 43,0% entre las mujeres) se atribuyeron a la inyección de drogas. Esta proporción ha descendido en los últimos años, tras el

máximo alcanzado en 1990 (69,6%), y paralelamente ha aumentado la proporción atribuible a relaciones heterosexuales.

El número anual de nuevos diagnósticos de sida asociados a la inyección (incidencia anual) ha descendido de forma importante entre 1994 y 2003. Sin embargo, a partir de 2001 parece haberse ralentizado el ritmo de descenso (Figura 2.3.1). El descenso 1994-2003 puede atribuirse al conjunto de los avances de la lucha contra el sida (tratamientos de mantenimiento con metadona, prevención de conductas de riesgo de inyección, diagnóstico precoz, nuevos tratamientos antirretrovirales, etc.) y al abandono de la inyección como forma mayoritaria de administración de la heroína.

En 2003 continuaban existiendo importantes diferencias interautonómicas en el número de casos diagnosticados por millón de habitantes, siendo Melilla (45,1 casos por millón de habitantes), Madrid (24,9/1000000), Baleares (21,3/1000000) y Andalucía (21,1/1000000), las comunidades autónomas con tasas más elevadas, y Canarias (5,7/1000000), Castilla-La Mancha (7,8/1000000) y Aragón (8,2/1000000), las comunidades con tasas más bajas (Figura 2.3.2). Según el sistema europeo de monitorización del VIH/Sida (www.eurohiv.org), España y Portugal siguen siendo los países europeos con mayor incidencia de sida asociado a la inyección de drogas. En 2002 Portugal presentó una tasa de casos de sida diagnosticados en inyectores de drogas de 38 casos por millón de habitantes, seguido por España (30/1000000), Ucrania (22/1000000) e Italia (11/1000000).

A la hora de interpretar los datos procedentes del Registro Nacional de Sida hay que tener en cuenta que este registro es acumulativo y sufre un cierto retraso en la notificación, por lo que las cifras pueden sufrir algunas modificaciones posteriormente. Además, no debe olvidarse que contabiliza solamente los nuevos casos de sida diagnosticados en cada período y no las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El sida suele ser una consecuencia tardía de la infección por VIH. Por lo tanto, los datos de este registro pueden no reflejar la incidencia actual de nuevas infecciones por el VIH.

■ Registros de nuevas infecciones por VIH y estudios de incidencia

Para paliar los problemas de los registros de casos de sida, algunas comunidades autónomas han puesto en marcha sistemas de registro de nuevas infecciones por VIH. Los datos de estos registros indican que en Navarra y La Rioja la incidencia de nuevas infecciones en inyectores de drogas, tras el máximo alcanzado en la segunda mitad de los ochenta (con más de 200 nuevos infectados cada año) disminuyó rápidamente hasta 1996, año a partir del cual se observan signos de estabilización o descenso muy lento. En la actualidad, el número de nuevos infectados que son inyectores de drogas es inferior a 20, siendo superados claramente en número por los nuevos infectados a través de relaciones sexuales (www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm).

Por su parte, en la cohorte de nuevos infectados de la Corona Metropolitana Suroeste de Madrid (COMESSEM) se aprecia también una gran caída de la incidencia de la infección por VIH relacionada con la inyección de drogas, pasando de 465 casos anuales en 1991 a 26 en 2002 (www.comadrid.es/sanidad/salud/vigilancia/boletin). Por otra parte, la proporción que supusieron los inyectores de drogas sobre el total de nuevos infectados por el VIH varió bastante según área geográfica: 27% en Navarra (2000-2001), 56% en La Rioja (2000-2001), 16% en Canarias (2000-2001) y 28,7% en Madrid (2001). Esta proporción está también en franco descenso. Así, por ejemplo, en Madrid había caído ya hasta un 10,5% en 2003.

Por lo que respecta a la tasa de seroconversión al VIH entre personas con evidencias de una prueba reciente negativa, apenas se dispone de estudios recientes en España. Según el Proyecto EPI-VIH, en una red de 20 centros de diagnóstico de VIH y enfermedades de transmisión sexual, la tasa de seroconversión por 100 personas-año de seguimiento entre los inyectores o exinyectores de drogas VIH negativos que acudieron nuevamente a hacerse el test VIH en el período 2000-2003 fue de un 6,2% (n=1494) (www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm).

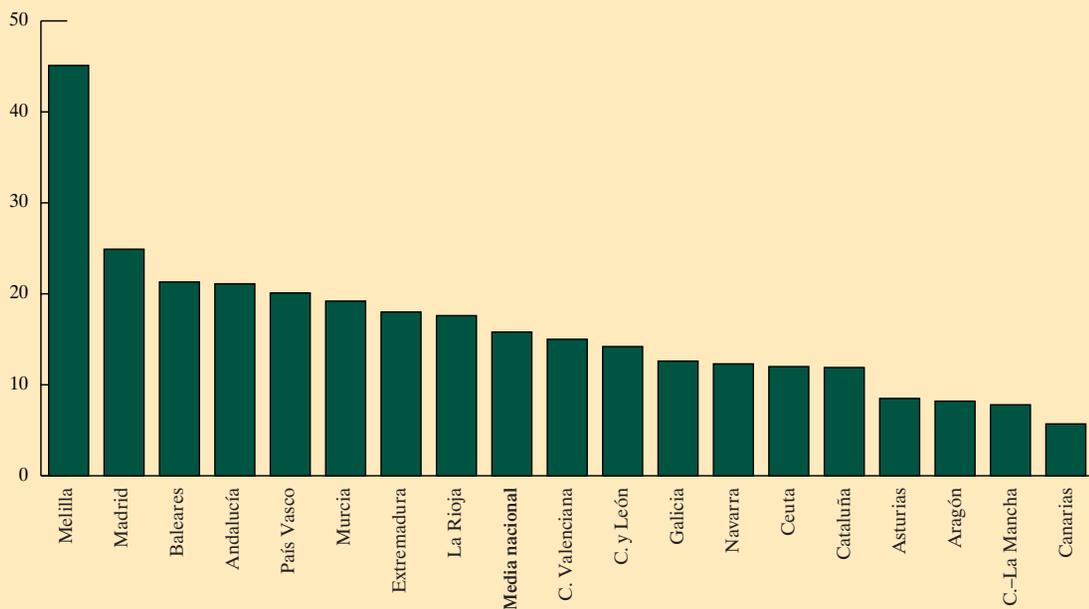
Figura 2.3.1. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (número). España, 1986-2003*.



* Fecha de actualización: 30 de junio de 2004. Datos corregidos por retraso en la notificación.

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

Figura 2.3.2. Casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa diagnosticados en 2003, según comunidad autónoma (tasa por millón de habitantes)*.



* Fecha de actualización: 30 de junio de 2004. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

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

La simulación del comportamiento de la epidemia con modelos matemáticos permite estimar que la transmisión del VIH en inyectores de drogas se habría producido de forma abrupta en la década de los ochenta (alcanzando la máxima incidencia entre 1985 y 1987, con cifras de 12.000-15.000 nuevas infecciones anuales en inyectores). A partir de entonces se habría producido un descenso mantenido de la incidencia, más lento en los últimos años, hasta cifras de menos de 1.000 nuevas infecciones anuales a finales de los noventa.

Un estudio de cohortes de consumidores de heroína de 30 años o menos realizado en Madrid y Barcelona entre 2001 y 2004 y presentado recientemente indica que la incidencia de infección por VIH entre los inyectores era de 3,2 por 100 personas-año —PA— de seguimiento (n=204 y 248 PA de seguimiento). Sin embargo, entre los no inyectores (n=135 y 160,4 PA de seguimiento) no se detectó ninguna seroconversión (De la Fuente et al. *VIII Congreso Nacional sobre el Sida*, Madrid, noviembre 2004).

■ Estudios de prevalencia de infección por VIH en inyectores

Hay pocos estudios que reflejen con claridad la evolución de la prevalencia de infección por VIH en inyectores de drogas. La mayor parte de los estudios son puntuales o referidos a muestras o áreas pequeñas. Aquí sólo se recogen aquellos realizados sobre muestras o en áreas geográficas relativamente amplias. Recientemente se han publicado datos de infección por VIH en personas que han acudido en primera visita a realizarse el test serológico frente a VIH en diez centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH ubicados en nueve ciudades diferentes (Proyecto EPI-VIH). El número de inyectores de drogas a los que se ha realizado análisis ha descendido enormemente, pasando de 830 en 1992 a 127 en 2002; mientras que la prevalencia de infección por VIH en este grupo pasó de 38,4% en 1992 a 14,2% en 2002. Hay que tener en cuenta que las cifras de infección en personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba subestiman la prevalencia real

porque habitualmente no incluyen a las personas que ya saben que están infectadas. Sin embargo, pueden ser sensibles para detectar cambios temporales en la transmisión del VIH (www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm).

Por otra parte, el indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas del OED muestra que en los últimos años la prevalencia de infección por VIH entre los inyectores recientes (se habían inyectado en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) ha descendido ligeramente, pasando de 37,1% en 1996 a 32,0% en 2002. Este descenso afecta tanto a los hombres como a las mujeres, y es algo menos acusado entre los inyectores mayores de 34 años (donde ha pasado de 48,9% a 42,8%) que entre los de 25-34 años (entre los que ha pasado de 39,3% a 26,7%) y los menores de 25 años (entre los que ha pasado de 20,3% a 12,1%). Además, los datos de 2002 indican que las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (38,9% y 30,9%, respectivamente). No obstante, a la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que en un 29,2% de los inyectores admitidos a tratamiento se desconocía el estado serológico frente a VIH (Figura 2.1.14).

■ Conclusiones

Aunque en los últimos años se ha producido en España un descenso importante de algunos indicadores de infección por VIH relacionados con la inyección de drogas, como el número de nuevas infecciones por VIH o el número de casos de sida diagnosticados en inyectores de drogas, la prevalencia de infección VIH entre los inyectores sigue siendo extraordinariamente elevada en relación a otros países europeos y ha descendido bastante poco en los últimos años, debido sobre todo a la mayor supervivencia de los infectados tratados con terapias anti-retrovirales de alta actividad. Esta situación junto al hecho de que, según algunos estudios puntuales, la prevalencia de conductas de riesgo entre los inyectores (uso de material de inyección previamente usado por otros, relaciones vaginales o anales sin preservativo) siga

siendo bastante alta, sugiere que han de mantenerse los programas preventivos y de reducción del daño que han venido desarrollándose en los últimos años, porque ante eventuales aumentos futuros del número de inyectores o de la prevalencia de conductas de riesgo en este grupo puede iniciarse una nueva expansión de la epidemia de VIH ligada a la inyección de drogas. De hecho, el estudio de cohortes realizado recientemente en Madrid y Barcelona, demuestra que entre los jóvenes inyectores de drogas se siguen produciendo nuevas infecciones por el VIH, con una tasa que podría rondar el 3% anual.

Hepatitis en consumidores de drogas

Las infecciones por los virus de la hepatitis tienen una repercusión importante en la salud de los consumidores de drogas, especialmente entre los inyectores. Sin embargo, en España en los últimos veinte años estas repercusiones han resultado eclipsadas por la enorme magnitud de los problemas relacionados con la infección por VIH. La disminución de los problemas por VIH está permitiendo que emerjan los relacionados con la infección por los virus de la hepatitis y que se les preste mayor atención. De hecho, hay indicios de que en algunos grupos de consumidores de heroína en España la mortalidad por hepatitis o enfermedades relacionadas puede ser ya tan elevada como la mortalidad por VIH. La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ha estado siempre muy extendida entre los inyectores de drogas y otros consumidores de drogas problemáticos, a pesar de que desde 1982 se ha recomendado la vacunación selectiva frente a VHB de las personas con prácticas de riesgo. Aunque hay muy pocos estudios recientes sobre esta cuestión, puede estimarse que actualmente la infección sigue relativamente extendida (con prevalencias de infección que podrían situarse entre el 20% y el 40% para el conjunto de los consumidores de heroína, y entre el 40% y el 60% para los inyectores de drogas). Sin embargo, los programas específicos de vacunación frente a VHB en adolescentes, que comenzaron en 1991-1995 con una cobertura aproximada del 80%, y la introducción de esta vacuna en el

calendario de vacunación infantil van a contribuir sin duda a controlar el problema a medio plazo. Por este motivo, actualmente preocupa la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), que además de no contar con una vacuna efectiva, es la más extendida entre los consumidores de drogas. Se trata de una infección que a menudo es asintomática u oligosintomática en su estadio agudo por lo que en un 66%-80% de los casos no se diagnostica, y que además evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica, a menudo también poco sintomática. El problema principal es que en al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas por VHC evolucionan a una enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado y conducen a una muerte prematura. La inyección de drogas es el principal factor de riesgo de infección por VHC, llegando a estar presente hasta en el 90% de los casos de hepatitis C notificados en algunos países europeos.

Los trabajos realizados en Europa en el período 1996-2002 indican que la prevalencia de infección por VHC entre inyectores de drogas es extremadamente alta (mediana de 68,4%), sin que se observen descensos importantes en este índice, por lo que aunque descienda el número de inyectores, es posible que en los próximos años esta infección ocasione importantes costes sociosanitarios en muchos países. Recientemente, se ha estimado que el coste medio del tratamiento de una hepatitis C a lo largo de la vida en Europa puede situarse entre 13.000 y 26.000 euros, siendo en España el coste anual por paciente tratado con interferon alfa 3.500 euros y con ribavirina 9.050 euros (www.emcdda.eu.int, *EMCDDA Monographs* 7).

En España no hay mucha información reciente sobre prevalencia de infección por VHC en consumidores de drogas. De acuerdo con los últimos trabajos publicados, puede estimarse que la prevalencia se sitúa entre un 50% y un 70% en el conjunto de los consumidores de heroína, y entre un 65% y un 85% en los inyectores de drogas. De hecho, en un estudio realizado en 2002-2003 en Madrid y Barcelona sobre 385 consumidores de heroína de 30 años o menos (proyecto ITINERE) se observaron prevalencias de 63,8% y 59,7%, respectiva-

mente (Bassani et al. *Medicina Clínica* 2004; 122: 570-572). Por otra parte, en un trabajo sobre 158 nuevos inyectores con menos de 2 años de antigüedad en la inyección, que acudieron a dos hospitales de Barcelona entre 1996 y 2002, se encontró una prevalencia mediana de un 55,6% (intervalo intercuartílico: 50%-68%) (www.emcdda.eu.int, *EMCDDA Monographs* 7). Un problema añadido es el alto nivel de coinfección entre VHC, VHB y VIH que se produce en estas poblaciones. Aunque los estudios indican que en España la prevalencia de infección por VHC en los inyectores de drogas apenas ha disminuido en la última década, el número de inyectores y consumidores de drogas infectados tiene que haber disminuido bastante por la disminución del número de inyectores.

La prevención de la infección por VHC entre los inyectores y consumidores de drogas es difícil porque se trata de un virus muy infectivo que, como se indicó, a menudo es asintomático, y que puede transmitirse no sólo por usar jeringas o agujas usadas por otros sino por compartir otro material de inyección contaminado como droga diluida, recipientes para cocinar la droga, algodones, agua, etc. Esto significa que las medidas preventivas desarrolladas para prevenir la infección por VIH (programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringas, etc.) deben ser intensificadas. Teniendo en cuenta que la gran mayoría de los consumidores se infectan por vía sanguínea y que la infección se produce generalmente en los primeros años de inyección, los programas dirigidos a evitar el consumo por vía parenteral adquieren en este contexto gran relevancia.

Por otra parte, no debe olvidarse que a menudo se ha detectado un elevado nivel de infección en grupos de consumidores de drogas problemáticos que no refieren historia de inyección. Esto indica que pueden existir otras vías o formas de transmisión distintas de la inyección de drogas. De hecho, algunos estudios han sugerido que el virus podría transmitirse por compartir pipas o canutos para esnifar contaminados con sangre, aunque las evidencias no permiten establecer conclusiones firmes.

2.4. MORTALIDAD RELACIONADA CON LAS DROGAS

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

El indicador “mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas” del Plan Nacional sobre Drogas recoge información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco) en personas de 15-49 años. Se habla de reacción aguda y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica. En realidad en estas muertes pueden estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo, que sobrepasan ampliamente el concepto de sobredosis farmacológica. A veces incluso la muerte puede sobrevenir por una complicación derivada del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, una muerte por convulsiones desarrolladas durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

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

Un caso se selecciona y se incluye en el registro si cumple alguno de los cuatro criterios de inclusión siguientes:

1. Evidencias de consumo reciente de drogas psicoactivas. Estas evidencias pueden ser de varios tipos:
 - Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc.).
 - Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas (venopunciones recientes, presencia de restos

de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago, etc., olor a disolvente en el cabello, el aliento y la ropa, etc.).

- Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento (jeringuilla u otros útiles de inyección, papel de aluminio, pipa, bote de pastillas, botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc.).
 - Consumo reciente (7 días anteriores a la muerte) referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje medicolegal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
 3. Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva.
 4. Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva.

De acuerdo con la definición establecida inicialmente se excluyen los siguientes tipos de muertes:

1. Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados. Sin embargo, la no-realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable.
2. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo no se excluirán las muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, siempre que cumplan los criterios de inclusión.
3. Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de una droga psicoactiva ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte.

Por este motivo se descartarán las muertes por las siguientes causas:

- a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (sida, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
- b. Homicidio, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas o se haya producido en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas. También se excluyen las muertes por homicidio mediante el empleo de sustancias psicoactivas.
- c. Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc.) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
- d. Suicidio de cualquier tipo (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc.), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
- e. Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- f. Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.
- g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

En 2002 se recogieron 496 muertes por reacción aguda tras el consumo sustancias psicoactivas procedentes de 119 partidos judiciales, con una población de 19.800.071 habitantes (48,5% de la población española).

La distribución de estas muertes según área geográfica se muestra en la siguiente Tabla 2.4.1.

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas* en varias ciudades** españolas, según el año de fallecimiento. España, 1990-2002.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Badajoz	1	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3	1	0
Barcelona	132	159	160	151	125	150	148	130	113	121	101	89	74
Barakaldo	-	15	8	11	10	9	7	10	11	10	6	7	6
Bilbao	23	25	40	26	32	39	43	21	20	17	13	20	9
Cartagena	5	4	8	3	8	10	14	6	0	7	4	3	-
Coruña (A)	-	-	-	7	6	10	14	11	9	13	21	9	5
Donostia-San Sebastián	-	12	6	15	13	12	12	10	18	11	10	5	10
Getafe	-	3	5	1	3	3	2	3	0	2	2	3	1
Granada	-	28	29	19	14	22	9	-	-	-	-	13	12
Leganés	-	7	0	5	8	4	2	2	1	1	1	6	1
Lugo	-	-	-	2	0	0	2	1	6	3	1	0	2
Madrid	227	285	255	179	146	132	140	122	98	90	106	93	83
Majadahonda	-	5	4	1	2	2	1	2	0	1	4	2	3
Málaga	-	20	20	15	9	7	12	-	-	-	-	19	11
Murcia	5	14	9	6	9	3	4	14	12	9	-	4	-
Ourense	-	-	-	2	6	3	5	5	1	2	2	7	6
Palma de Mallorca	0	22	27	31	31	37	38	51	38	42	50	41	44
Palmas de Gran Canaria	-	1	14	13	7	4	7	-	-	7	4	5	4
Pamplona/Iruña	-	18	13	9	10	12	9	6	7	5	12	7	21
Ponferrada	-	1	5	6	3	4	1	2	4	3	1	0	4
Pontevedra	-	-	-	10	11	4	5	6	4	7	7	5	4
Ribeira	-	-	-	0	3	5	1	3	4	4	0	1	3
Santiago de Compostela	-	-	-	8	6	3	7	7	5	7	2	3	5
Sevilla	11	26	20	23	17	21	40	-	-	-	-	27	28
Valencia	38	50	74	47	52	35	32	25	23	14	19	23	26
Valladolid	-	9	14	8	20	11	15	15	12	13	13	6	7
Vigo	-	-	-	16	26	8	17	19	22	15	8	5	12
Zaragoza	24	34	9	18	16	18	27	24	17	16	16	16	12

* 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).

La gran mayoría de las muertes se obtuvieron de los Institutos Anatómico Forenses (IAF), aunque algunas fueron registradas por médicos forenses agrupados en otras entidades (clínicas forenses) o por forenses individuales. Los resultados de los análisis toxicológicos se obtuvieron principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante se recogió en otros laboratorios forenses o toxicológicos. La calidad de la información ha aumentado de forma importante en los últimos años. De hecho, la proporción de casos con resultados de análisis toxicológicos disponibles fue de un 65,9% en 1993, 82,1% en 1995, 88,1% en 1998, 97,7% en 2000, 96,6% en 2001 y 98,6% en 2002.

Del conjunto de fallecidos un 88,3% eran varones. Su edad media fue de 34,7 años. La mayoría de los que tenían información sobre el estado civil estaban solteros (67,9%), aunque la proporción de fallecidos con estado civil desconocido alcanzó el 39,1%. Un 2,5% presentaban fuertes evidencias de suicidio y un 2,0% algún indicio o sospecha. Un 47,2% de los casos con información para esta variable presentaban signos recientes de venopunción, lo que sugiere que casi la mitad murieron tras inyectarse drogas (aunque la proporción de resultados desconocidos para esta variable fue muy elevada, 36,3%). Un 47,3% de los fallecidos con resultados serológicos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) fueron seropositivos, aunque la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable fue muy elevada (62,1%) (Tabla 2.4.2).

Como en años anteriores, en 2002 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando ampliamente los opioides o sus metabolitos.

De hecho, entre los casos con análisis toxicológico disponibles, un 83,6% fueron positivos a opioides, 53,8% a cocaína, 52,8% a benzodiazepinas, 42,9% a alcohol y 20,2% a cannabis. El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 5% (Figura 2.4.1 y Tabla 2.4.3). Se encontró una proporción muy alta de analíticas positivas a cocaína en Valencia (92,3%), Murcia (76,5%) y Palma de Mallorca (69,8%).

En 2002 se registraron 53 muertes (11,3%) en cuyos análisis toxicológicos se detectó cocaína y no opiáceos. De ellas, en 13 (2,6%) se detectó exclusivamente cocaína, en 18 sólo cocaína y alcohol, y en el resto cocaína y otras combinaciones de drogas. A título comparativo, la proporción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1%. Las cifras de muertes por cocaína, sin embargo, pueden no representar adecuadamente la realidad porque una proporción importante (y desconocida) de las mismas pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense.

Aunque se detectó cannabis en una proporción de muertes relativamente elevada, nada permite suponer que esta droga ha contribuido a la muerte. De hecho en 2002 no se registró ninguna muerte por reacción aguda a drogas en que se detectara exclusivamente cannabis. Tampoco se registró ninguna muerte en que se detectara exclusivamente MDMA u otro derivado de las feniletilaminas. En cambio, se registró un fallecido en que se detectaron exclusivamente anfetaminas.

Se aprecian algunas diferencias geográficas importantes en cuanto a la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Así, las ciudades de Palma de Mallorca (13,2 muertes/100.000 habitantes) muestra una tasa de muerte RASUPSI extraordinariamente alta en relación al resto de las áreas monitorizadas. Habría que estudiar detalladamente las causas de esta situación, aunque probablemente se relaciona con el gran predominio de la vía inyectada para consumir la heroína en esta ciudad. El resto de las áreas muestran tasas por debajo del 5%, siendo Barcelona (4,9/100.000), y Galicia (4,1/100.000) las únicas que se sitúan entre el 4% y el 5%. donde las tasas son menores 3,5/100.000.

Aunque en las ciudades con un número pequeño de casos, el número anual de muertes puede variar por efecto del azar, si se observa la serie desde 1990 se puede apreciar que en la gran mayoría de las áreas monitorizadas el número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido de forma importante en los últimos años, siendo en este sentido la ciudad de Palma una excepción (22

Tabla 2.4.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes). España, 2002.

	Seis ciudades*	Otras áreas**	Total
Número de fallecidos	232	264	496
Sexo (%)			
Varones	87,9	88,6	88,3
Mujeres	12,1	11,4	11,7
Edad media (años)	35,5	34,0	34,7
Grupo de edad (años)			
15-19	1,7	0,8	1,2
20-24	6,1	9,5	7,9
25-29	11,4	14,2	12,9
30-34	22,7	28,1	25,5
35-39	28,8	25,3	27,0
40-44	19,7	14,6	17,0
≥ 45	9,6	7,5	8,5
Estado civil (%)			
Soltero	70,1	65,5	67,9
Casado	11,5	17,2	14,2
Separado/Divorciado	16,6	15,2	15,9
Viudo	1,9	2,1	2,0
Procedencia del cadáver (%)			
Domicilio	52,9	60,5	56,8
Hotel-Pensión	2,7	4,2	3,5
Calle	26,0	17,2	21,5
Local público	0,9	2,9	2,0
Hospital	9,9	4,2	6,9
Cárcel	3,1	2,1	2,6
Otra	4,5	8,8	6,7
Evidencias de consumo reciente (%)			
Sí	84,7	86,7	85,8
No	15,3	13,3	14,2
Evidencia de suicidio (%)			
Fuerte evidencia	1,8	3,1	2,5
Indicios/sospecha	0,5	3,6	2,0
Ninguna evidencia	97,7	93,3	95,5
Signos recientes venopunción (%)			
Sí	47,8	46,7	47,2
No	52,2	53,3	52,8
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)			
Sí	64,8	21,2	42,2
No	35,2	78,8	57,8
Anticuerpos anti-VIH (%)			
Positivo	51,0	43,3	47,3
Negativo	49,0	56,7	52,7

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

** Datos de todas las áreas monitorizadas por el indicador, excluyendo las seis grandes ciudades citadas anteriormente.

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

Tabla 2.4.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de fallecidos por reacción aguda, según área geográfica de fallecimiento (números absolutos y porcentajes). España, 2002.

	Andalucía ^a		Zaragoza ^b		P. Mallorca ^c		Canarias ^g		Barcelona ^d		C. Valenciana ^e	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	55	87,3	12	100,0	34	79,1	28	70,0	57	82,6	21	80,8
Cocaína	40	63,5	0	0,0	30	69,8	21	52,5	40	58,0	24	92,3
Barbitúricos	2	3,2	0	0,0	4	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepinas	45	71,4	0	0,0	25	58,1	16	40,0	27	39,1	16	61,5
Anfetaminas	0	0,0	0	0,0	4	9,3	1	2,5	0	0,0	2	7,7
MDMA y derivados	3	4,8	0	0,0	1	2,3	1	2,5	3	4,3	0	0,0
Cannabis	11	17,5	0	0,0	18	41,9	4	10,0	29	42,0	7	26,9
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S. Volátiles	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Alcohol	20	31,7	0	0,0	32	74,4	4	10,0	32	46,4	5	19,2
Total	63		12		43		40		69		26	

	País Vasco ^g		Galicia ^g		C. Madrid ^f		R. Murcia ^g		Otros ^h		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	30	88,2	50	89,3	77	79,4	14	82,4	32	100,0	410	83,6
Cocaína	13	38,2	29	51,8	48	49,5	13	76,5	7	21,9	265	53,8
Barbitúricos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,4
Benzodiazepinas	21	61,8	31	55,4	52	53,6	12	70,6	13	40,6	258	52,8
Anfetaminas	2	5,9	1	1,8	3	3,1	1	5,9	0	0,0	14	3,3
MDMA y derivados	3	8,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	12	2,5
Cannabis	8	23,5	18	32,1	2	2,1	1	5,9	2	6,3	100	20,2
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	2	0,4
S. Volátiles	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	3	0,6
Alcohol	7	20,6	28	50,0	61	62,9	6	35,3	13	40,6	208	42,9
Total	34		56		97		17		32		489	

Nota: Sólo se dispone de los análisis toxicológicos realizados al 97% de los fallecidos. Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas (489) 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. Incluye los PPJJ de las provincias de Sevilla, Granada y Málaga.

b. Sólo incluye el Partido Judicial de Zaragoza.

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

d. Sólo incluye el Partido Judicial de Barcelona.

e. Sólo incluye el Partido Judicial de Valencia.

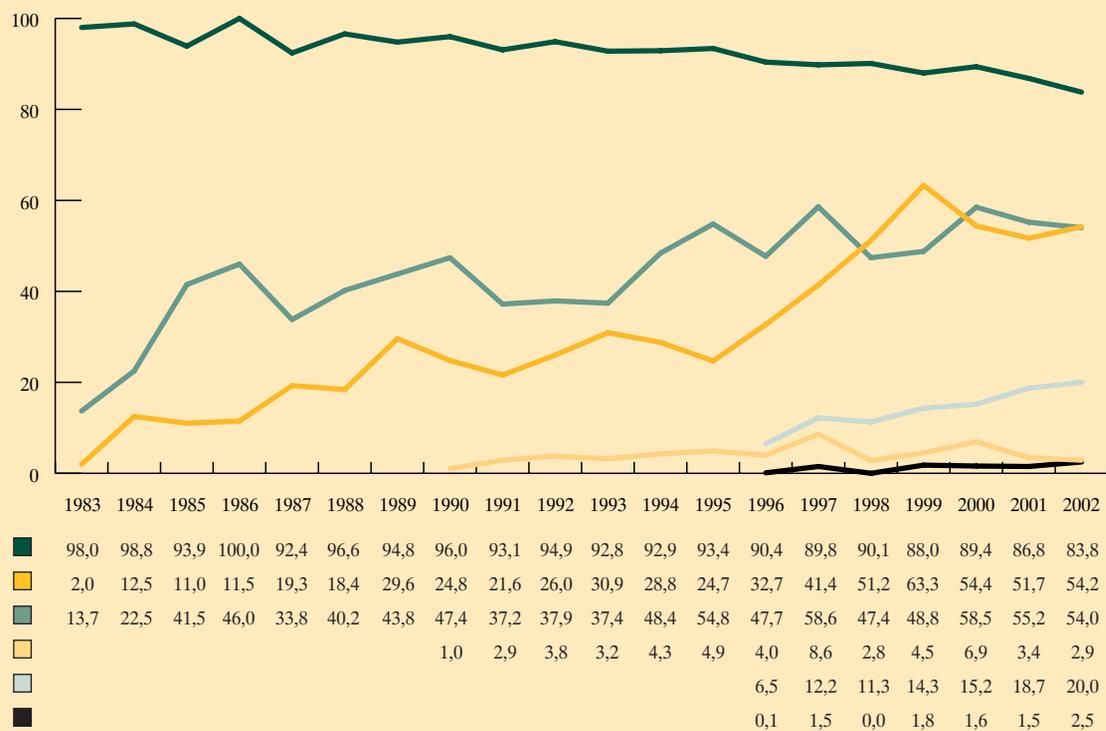
f. Incluye el Partido Judicial del municipio de Madrid u otros Partidos Judiciales de la Comunidad de Madrid.

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

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

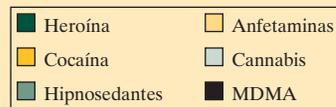
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

Figura 2.4.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cada droga. España*, 1983-2002.



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

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



muertes en 1991, 37 en 1995, 42 en 1999, 47 en 2000, 41 en 2001 y 44 en 2002) (Tabla 2.4.1). Si nos referimos sólo a las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína en las seis grandes ciudades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza), para las que se dispone de una serie temporal más larga, se puede apreciar que su número aumentó de forma continua entre 1983 y 1991, y descendió posteriormente (Figura 2.4.2).

La proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran opioides o sus metabolitos (atribuibles en su gran mayoría al consumo de heroína) apenas ha descendido en los últimos años (90,4% en 1996 y 83,6% en 2002). Lo que sí ha disminuido de forma acentuada, seguramente por el aumento de la tendencia al policonsumo, es la propor-

ción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides, pasando de 21,6% en el período 1983-1989 a 9,1% en 1998-2001 (Figura 2.4.3). Por otra parte, ha aumentado progresivamente la edad media de los muertos en que están implicados los opioides, pasando de 25,1 años en 1983 a 34,7 años en 2001.

Por lo que respecta a la metadona, aunque su presencia aislada sigue siendo escasa, en los últimos años ha aumentado considerablemente su presencia en las muertes en que se detectan opioides o cocaína (Tabla 2.4.4).

Al contrario de lo que sucede con los opioides, la proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran cocaína o sus metabolitos ha aumentado considerablemente desde 1983, especialmente entre 1995 y 1999

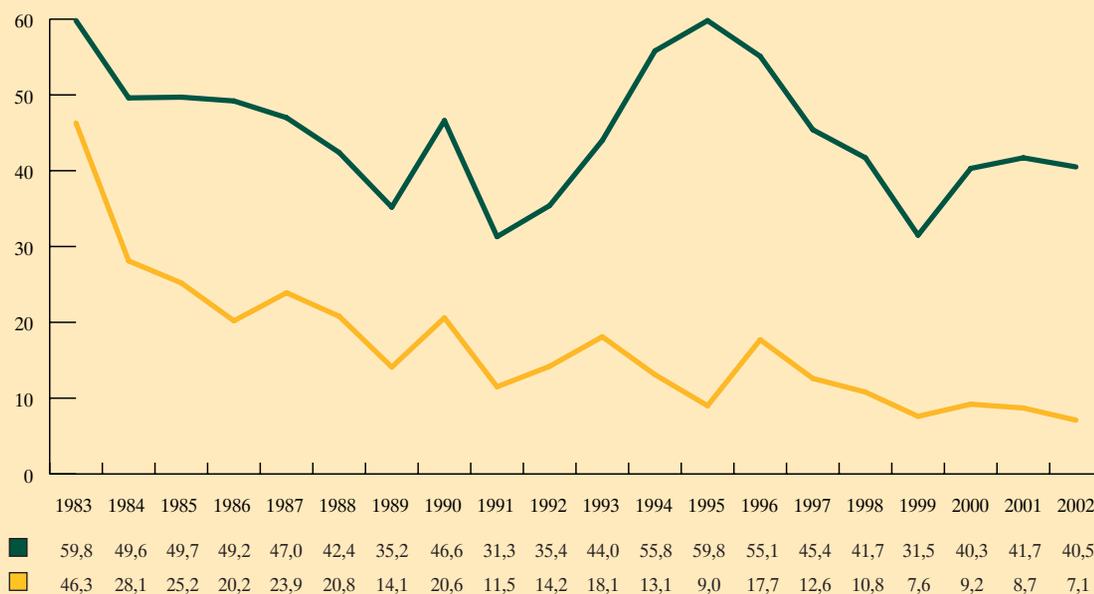
Figura 2.4.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en seis grandes ciudades* españolas, 1983-2002.



* Las muertes corresponden al conjunto de los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. Para Sevilla los datos del período 1997-2000 son estimados.

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

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente opiáceos y opiáceos sin cocaína. España*, 1983-2002.



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

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

■ Opiáceos y no cocaína
■ Sólo opiáceos

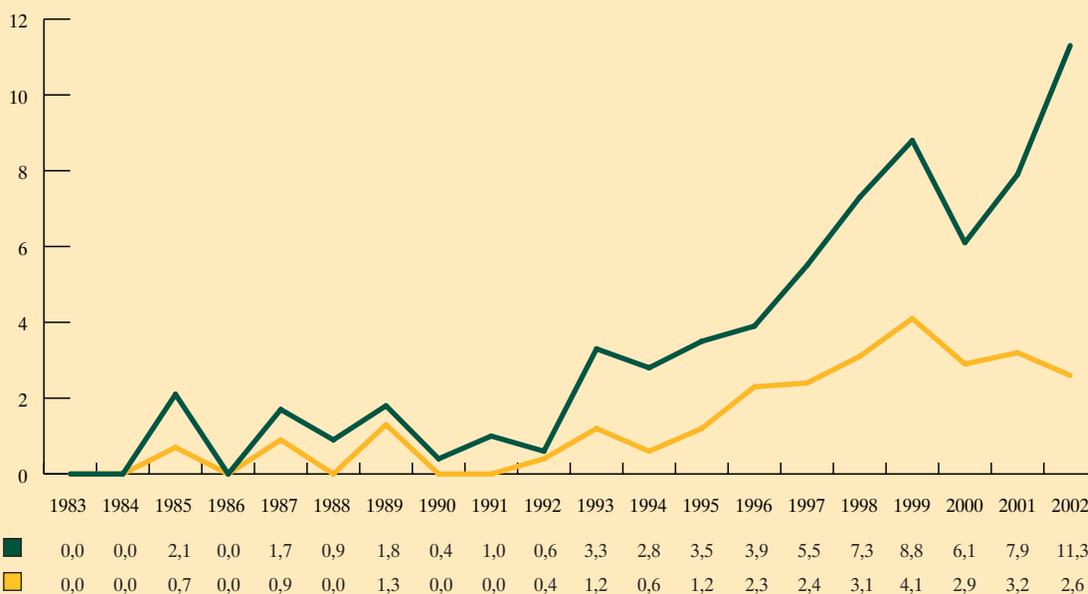
(Figura 2.4.1). Han aumentado tanto la proporción de casos en que se encuentra exclusivamente cocaína (que pasó de 0,6% en el período 1983-1989 a 3,2% en 2001 y 2,6% en 2002) como la proporción en que se detecta cocaína y no opiáceos (que pasó de 1,2% en el período 1983-1989 a 7,9% en 2001 y 11,3% en 2002) (Figura 2.4.4).

En los últimos años ha aumentado también la proporción de muertes en que se detectan benzodiazepinas o sus metabolitos (29,7% en 1987, 43,8% en 1996 y 52,7% en 2001), y la proporción en que se detecta cannabis (pasando de 6,5% en 1996 a 18,7% en 2001). En cambio, no se aprecia una tendencia clara en el caso de las anfetaminas y el éxtasis (Figura 2.4.1).

Tabla 2.4.4. Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (RASUPSI) en España, 1996-2002.

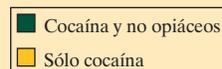
Año	% de muertes RASUPSI en que se detecta sólo metadona	% de muertes RASUPSI con opiáceos en que se detecta metadona	% de muertes RASUPSI con cocaína en que se detecta metadona
1996	1,5	15,8	11,9
1997	0,9	15,5	11,2
1998	0,9	18,8	14,3
1999	0,4	26,3	19,0
2000	1,2	28,1	22,5
2001	2,7	40,1	28,5
2002	1,8	41,7	20,2

Figura 2.4.4. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente cocaína o cocaína sin opiáceos. España*, 1983-2002.



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

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



Por su parte, la proporción de muertos por reacción aguda a drogas en que el forense aprecia signos recientes de venopunción ha pasado de 89,6% en 1996 a 75,3% en 1999, 55,2% en 2001 y 47,2% en 2002, aunque la validez de este indicador probablemente no es elevada. Otro indicador que nos puede dar una cierta idea del comportamiento de la epidemia de VIH/Sida entre los inyectores es la evolución de la prevalencia de infección por VIH entre los muertos por reacción aguda a opiáceos o cocaína (la mayoría de ellos inyectores). Esta prevalencia mostró una tendencia descendente entre 1996 y 2000, pasando de 52,3% en 1996 a 48,1% en 1999, y 47,1% en 2000, y en los dos últimos años muestra una tendencia a la estabilidad (49,2% en 2001 y 47,3% en 2002). Estas cifras, sin embargo, pueden estar afectadas por variaciones de la cobertura del indicador y de la proporción de fallecidos en que se realiza el test. En Madrid, donde estos factores pueden considerarse más estables, se aprecia un descenso continuado entre 1988 y 2001, pasando de 76% en 1988 a 48% en 1996, 42% en 2001 y 41,7% en 2002.

Estimación del número de muertes relacionadas con el consumo de drogas ilegales en España

El consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas, pero su repercusión en la mortalidad general de la población no se refleja adecuadamente en las estadísticas de mortalidad que se manejan habitualmente, y hay que recurrir a estimaciones para cuantificarla.

Las drogas ilegales pueden contribuir a la muerte por mecanismos directos o indirectos. Las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (DRD), también llamadas muertes por “sobredosis”, por reacción aguda o por intoxicación aguda, ocurren siempre poco después del consumo, sin que entre ambos eventos se identifiquen otros problemas o patologías como responsables directos de la muerte. Las indirectamente relacionadas con las drogas, en cambio, pueden ocurrir bastante después del consumo, y están causadas directamente por problemas o pato-

logías debidos al uso de drogas, como infecciones por VIH, hepatitis, accidentes u otras enfermedades crónicas.

Las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (IRD) son imposibles de estimar en el estado actual de conocimientos, ya que en el RGM (Registro General de Mortalidad) están englobadas en categorías de muerte (hepatitis B o C, cirrosis hepáticas no alcohólicas, accidentes, etc.) en las que se desconoce qué proporción puede atribuirse a drogas ilegales, salvo en las muertes por VIH, donde dicha proporción puede estimarse a partir del registro de casos de sida.

Por otra parte, en España las muertes DRD no se pueden obtener directamente del Registro General de Mortalidad porque los estudios previos indican que las subestima de forma importante. Esta subestimación ha podido detectarse porque en un área amplia funciona desde 1983 un registro específico (RE), basado en informes forenses y toxicológicos, que se considera que ofrece información de mayor calidad. En concreto, un estudio referido al período 1984-1993 (Brugal et al. *Gac Sanit* 1999; 13(2):82-87) demostró que el RGM registró sólo 1.285 muertes relacionadas con las drogas entre la población de 15-49 años de seis grandes ciudades españolas mientras que el indicador mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas registró 3.491 (2,7 veces más). En 1999-2000, se realizó una nueva evaluación, en un área mucho más amplia constituida por 4 comunidades autónomas (Comunidad de Madrid, Región de Murcia, País Vasco y Galicia) y 11 ciudades (Badajoz, Barcelona, Cáceres, Las Palmas de Gran Canaria, Palma de Mallorca, Pamplona, Ponferrada, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza) y se comprobó que la situación había mejorado sensiblemente, pero que el RGM continuaba infraestimando en cierta medida las muertes directamente relacionadas con las drogas. De hecho, el Registro Específico del OED registró en ese área 1,28 (1999) y 1,44 (2000) veces más muertes que el RGM. Este desajuste se ha atribuido a que con frecuencia en el RGM las muertes directamente relacionadas con las drogas y por otras “causas externas” no se registran y codifican adecuadamente. Estas muertes precisan de

un estudio y un dictamen del juez y del médico forense, para establecer su causa, pero a menudo los resultados definitivos del estudio médico-legal no se incorporan al Boletín Estadístico de Defunción (BED) ni sirven para corregir la causa de muerte que figura inicialmente en este documento. En consecuencia, si antes de codificar estas causas de muerte según la CIE, no se recupera la información del estudio médico-legal, no podrán incluirse en las rúbricas adecuadas y resultarán infraestimadas en el RGM.

A continuación se estima la mortalidad relacionada con el consumo de drogas ilegales en toda España y su impacto en la mortalidad general de la población, considerando exclusivamente las muertes directamente relacionadas con las drogas y las muertes por infección por VIH relacionadas con la inyección de drogas. En consecuencia, las cifras resultantes infraestimarán las cifras reales. Es necesario advertir que en la presente estimación se incluyen sólo las muertes relacionadas con el consumo de drogas de comercio ilegal, como opiáceos, cocaína, anfetaminas, cannabis y alucinógenos, y se excluyen las muertes relacionadas con tabaco, alcohol, medicamentos hipnosedantes e inhalables volátiles, salvo que la muerte esté causada por alguna de las drogas ilegales en combinación con estas últimas.

Para estimar las muertes DRD primero se seleccionaron varias categorías CIE-10 del RGM del Instituto Nacional de Estadística para toda España (fichero anonimizado de causas de muerte), y luego se corrigieron las cifras obtenidas. Las categorías consideradas fueron las propuestas en la selección b del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002, www.emcdda.eu.int). En dicha selección b se incluyen las categorías CIE-10: F11-F12, F14-F16 y F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, excepto alcohol, tabaco, sedantes o hipnóticos y disolventes volátiles), X41 (Envenenamiento accidental por, o exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte), X42 (Envenenamiento

accidental por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte), X61 (Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, o exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte), X62 (Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte), Y11 (Envenenamiento por, o exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada) e Y12 (Envenenamiento por, o exposición a, narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte, de intención no determinada.) En el caso de los códigos X e Y, el OEDT recomienda su combinación con los códigos T (T40.0_9, T43.6), que especifican el tipo de droga implicada, pero lamentablemente esto no es posible hacerlo en España porque no se codifican las muertes empleando códigos T. Por otra parte, para adaptarse al contexto español a la selección b se le ha añadido el código X44 (envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados), muy utilizado en algunas áreas para codificar muertes por “sobredosis”.

El número de DRD para el conjunto de España se estimó multiplicando el número anual de muertes incluidas en la selección de categorías del RGM señalada por el índice de subestimación de estas muertes en cada año considerado. Para calcular dicho índice se dividió el número de muertes por reacción aguda a drogas psicoactivas extraídas del registro específico del OED entre las muertes de la selección del RGM, en un área con datos de ambos registros, que cubre el 44% de la población española. Las muertes incluidas en el registro específico son muertes judiciales por uso no médico e intencional de drogas psicoactivas, en cuyos informes forenses y toxicológicos hay análisis toxicológicos *postmortem* positivos a drogas psicoactivas ilegales u otras evidencias de uso reciente de las mismas, y además no hay evidencias de otra causa de muerte. Se excluyen muertes por homicidios, accidentes o infecciones en que se detectan drogas. En 2001 el índice de subestimación del RGM para

todas las edades fue de 1,38, siendo más elevado para los hombres (1,41) que para las mujeres (1,22), y para el grupo de 40-49 años (2,33) que para los de menor edad.

Las VIH-ID se estimaron multiplicando el número anual de muertes en las categorías CIE-9 (279.5, 279.6 y 759.8) o CIE-10 (B20 y B24) del RGM, por la proporción de casos de sida acumulados hasta junio de 2003 atribuibles a la inyección de drogas.

Finalmente, se obtuvo del RGM la mortalidad por todas las causas, y se calcularon las tasas de mortalidad por cien mil habitantes, y la proporción de mortalidad atribuible, que permite evaluar el peso de la mortalidad por drogas ilegales con respecto a la mortalidad general. Las poblaciones para el cálculo de las tasas se obtuvieron del Censo de Población de 2001 (www.ine.es/inebase).

Los resultados indican que en 2001 se produjeron en España 1.969 muertes relacionadas con uso de drogas ilegales, la mayoría (1.769) en el grupo 15-49 años, donde se observó una tasa 8,2 por cien mil habitantes (13,4/100000 en varones y 2,9/100000 en mujeres), y una proporción de mortalidad atribuible al consumo de drogas de 7,4% (8,6% en varones y 4,5% en mujeres). El mayor impacto de la mortalidad relacionada con drogas ilegales se alcanzó en el grupo de 30-39 años, con una tasa de 16,3/100000 y una proporción de mortalidad atribuible de 15,3%. Globalmente, las tasa de mortalidad por infección VIH en inyectores de drogas (2,6/100000) fue ligeramente superior a la tasa de mortalidad directamente relacionadas con las drogas (2,3/100000), sin embargo entre los más jóvenes la mortalidad DRD es muy superior a la mortalidad por VIH en inyectores de drogas, sobre todo entre los

Tabla 2.4.5. Estimación de las muertes relacionadas con el consumo de drogas psicoactivas ilegales. España, 2001.

	Número			Tasa por 100.000 habitantes ^c			Mortalidad proporcional (%) ^d		
	DRD ^a	VIH ^b	Total	DRD	VIH	Total	DRD	VIH	Total
Hombres									
15-29 años	207	40	248	4,4	0,9	5,3	5,5	1,1	6,6
30-39 años	415	479	894	12,3	14,2	26,5	8,1	9,3	17,5
40-49 años	173	146	320	6,2	5,2	11,4	2,1	1,8	3,9
15-49 años	795	665	1.461	7,3	6,1	13,4	4,7	3,9	8,6
Todas las edades	802	841	1.643	4,0	4,2	8,2	0,4	0,4	0,9
Mujeres									
15-29 años	33	26	60	0,7	0,6	1,3	2,7	2,1	4,8
30-39 años	64	128	192	1,9	3,9	5,8	3,3	6,5	9,8
40-49 años	33	31	64	1,1	1,1	2,3	0,9	0,9	1,8
15-49 años	123	185	308	1,2	1,8	2,9	1,8	2,7	4,5
Todas las edades	121	206	327	0,6	1,0	1,6	0,1	0,1	0,2
Total									
15-29 años	240	67	307	2,6	0,7	3,4	4,8	1,3	6,1
30-39 años	479	607	1.086	7,2	9,1	16,3	6,8	8,6	15,3
40-49 años	206	177	383	3,7	3,1	6,8	1,8	1,5	3,3
15-49 años	918	851	1.769	4,3	4,0	8,2	3,9	3,6	7,4
Todas las edades	923	1.047	1.969	2,3	2,6	4,8	0,3	0,3	0,5

a: Muertes estimadas, seleccionando del Registro General de Mortalidad (RGM) del Instituto Nacional de Estadística los códigos CIE-10 F11-F12, F14-F16, F19, X41, X42, X44, X61, X62, Y11 e Y12, y multiplicando la cifra obtenida por el índice de subestimación del RGM (calculado al cruzar sus con un registro específico del Observatorio Español sobre Drogas en un área de más de 18 millones de habitantes).

b: Muertes estimadas seleccionando los códigos CIE-10, B20-B24 del Registro General de Mortalidad (RGM) del Instituto Nacional de Estadística y multiplicando la cifra obtenida por la proporción de casos del Registro Nacional de Sida que corresponden a inyectores de drogas.

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

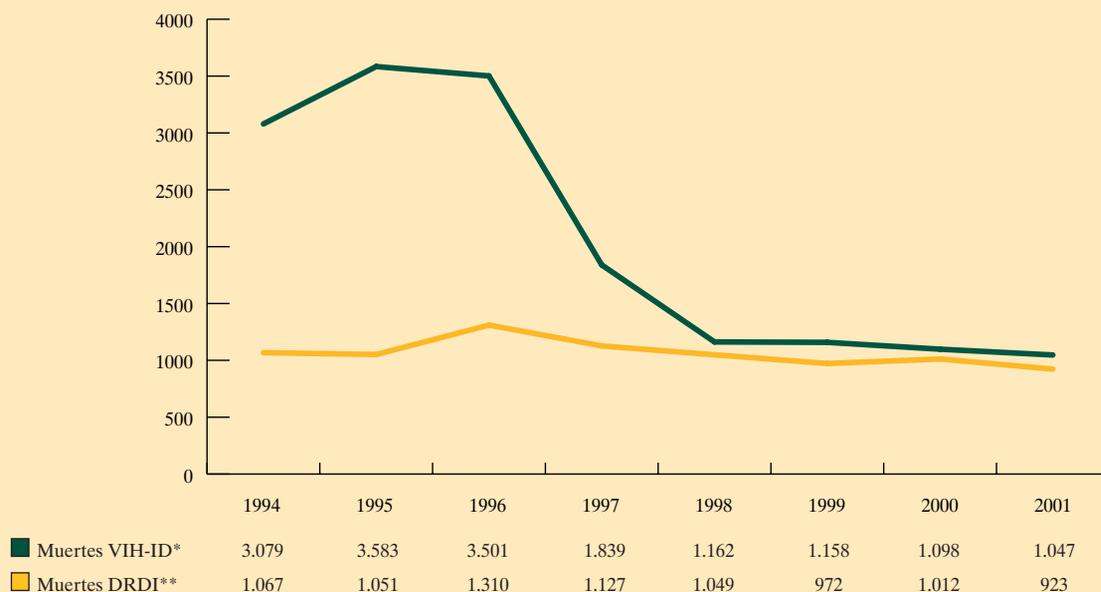
d: Mortalidad proporcional=(muertes relacionadas con las drogas/muertes por todas las causas)*100.

varones (4,4/100000 frente a 0,9/100000) (Tabla 2.4.5). Si se observa la evolución de la mortalidad en el período 1994-2001 se aprecia que la mortalidad por infección por VIH en inyectores disminuyó de forma muy importante en 1997 y 1998 como consecuencia de la introducción de las terapias antirretrovirales de alta actividad y ha descendido de forma muy lenta a partir de entonces. Por su parte la mortalidad DRD ha descendido de forma lenta desde 1996, sin la caída abrupta de la mortalidad VIH-ID (Figura 2.4.5). No obstante, los datos del indicador mortalidad descritos en el apartado *Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas* indican que se había producido un descenso muy importante entre 1992 y 1994. De hecho, a partir de los datos de las Figuras 2.4.2 y 2.4.5 puede estimarse que en los años 1991-1992, años en que la mortalidad DRD alcanzó su máximo, pudieron producirse en España en torno a 2.000 muertes anuales por esta causa. La metodología para estimar las muertes DRD y VIH-ID en el período de

vigencia de la CIE-9 figura en Brugal T. et al. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (20):775-777.

A la hora de evaluar los resultados hay que tener en cuenta que las cifras de muertes DRD de este trabajo pueden estar subestimadas porque no se incluyen las muertes relacionadas con las drogas que no llegan a ser reconocidas o registradas por los médicos en los certificados oficiales de defunción ni a ser objeto de investigación judicial y forense. Estas muertes podrían tener bastante importancia en el caso de algunas drogas como la cocaína, donde se sospecha que hay una cierta proporción de muertes por problemas cardiovasculares en personas menores de 50 años que podrían ser atribuidos a cocaína si se realizara una investigación exhaustiva y una certificación correcta de la causa de muerte. Esta subnotificación de la mortalidad DRD puede estar aumentando porque se sabe que en los últimos años han aumentado considerablemente los problemas por cocaína.

Figura 2.4.5. Evolución de la mortalidad relacionada con el consumo de drogas psicoactivas ilegales (números absolutos) en España, 1994-2001.



* Muertes VIH-ID: muertes por infección VIH relacionada con la inyección de drogas ilegales.

** Muertes DRDI: muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales.

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

Mortalidad por accidentes de tráfico en consumidores de drogas

Desde 1998 el Instituto Nacional de Toxicología realiza un estudio anual desde el punto de vista toxicológico-forense de los conductores y peatones fallecidos en accidentes de tráfico. En 2002 se investigaron 1.441 conductores y 262 peatones, y en 2003 1.621 conductores y 295 peatones.

La mayor parte de los conductores fallecidos fueron hombres (89,6% en 2002 y 90,1% en 2003), con predominio de los jóvenes (Tabla 2.4.6 y Tabla 2.4.7).

Alrededor del 43% de los accidentes tuvieron lugar en fin de semana o días festivos, siendo esta proporción algo mayor entre los más jóvenes (47% en el grupo 21-30 años). Estas características son similares a las de años anteriores.

Los análisis toxicológicos realizados a estos conductores permitieron detectar alcoholemias positivas (superiores o iguales a 0,3 g/l) en un 37,5% de casos en 2002 y en un 34,7% en 2003, siendo este porcentaje muy superior en hombres (39,6% en 2002 y 40,2% en 2003) que en mujeres (18,7% en 2002 y 11,2 % en 2003) (Tabla 2.4.8). En 2003 la tasa de alcoholemia predominante entre los conductores varones fallecidos fue superior a 1,5 g/l, excepto en los mayores de 60 años y los menores de 20, lo que sugiere la existencia de una fuerte

relación entre los accidentes de tráfico con víctimas mortales y el consumo de alcohol.

Además de alcohol, a menudo se detectaron también otras drogas psicoactivas ilegales y/o medicamentos psicótropos. En total un 42,6% de los conductores fallecidos en 2003 presentó análisis positivos a alguna sustancia psicoactiva, frente a un 47,8% en 2001 y un 42,5% en 2002 (Tabla 2.4.9).

En 2002 y 2003 las sustancias psicoactivas diferentes del alcohol detectadas con mayor frecuencia en los análisis toxicológicos fueron cocaína, benzodiazepinas y cannabis. La proporción de conductores fallecidos positivos a cocaína pasó de 5,2 % en 1999 a 6,8% en 2003 (Tabla 2.4.10).

Los peatones fallecidos en 2002 y 2003 presentaron las mismas características que en años anteriores. La mayoría eran hombres y el grupo de edad más numeroso fue el de mayores de 60 años (Tabla 2.4.11 y Tabla 2.4.12). La mayor parte de los atropellos de peatones acaecieron en día laborable, sobre todo en el caso de los mayores de 60 años.

El 39,3% (2002) y el 35,3% (2003) de los peatones presentaron alcoholemias positivas (Tabla 2.4.13 y Tabla 2.4.14). Además de alcohol, en algunos peatones atropellados también se detectaron cocaína, opiáceos o cannabis. Los análisis toxicológicos fueron positivos a alguna sustancia psicoactiva en un 40,8% de los casos en 2002 y en un 37% en 2003 (Tabla 2.4.13 y Tabla 2.4.14).

2.4.6. Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Número de fallecidos analizados	1.090	1.191	1.363	1.447	1.441	1.621
Sexo (%)						
Hombres	91,5	91,7	91,3	90,5	89,6	90,1
Mujeres	8,5	8,3	8,6	9,4	10,3	9,8
Procedencia del cadáver						
Vía pública	–	86,0	86,2	87,2	90,9	88,2
Hospital	–	14,0	13,8	11,1	9,1	11,7

2.4.7. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico con análisis toxicológicos, según sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1999-2003.

Años	1999			2000			2001			2002			2003		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
≤ 20	9,6	6,5	9,3	9,8	14,5	10,2	11,1	9,2	10,9	7,8	8,4	7,8	9,1	9,3	9,2
21-30	29,6	35,5	30,1	32,7	34,5	32,8	30,3	33,6	30,4	31,4	33,6	31,6	30,6	28,5	30,4
31-40	20,6	24,7	20,9	21,9	18,2	21,6	20,7	17,6	20,4	21,5	20,3	21,4	21,2	19,9	21,1
41-50	15,8	15,1	15,7	13,5	20,0	14,0	15,5	20,6	16,0	12,9	15,4	13,2	15,4	19,9	15,9
51-60	9,4	6,5	9,1	10,0	6,4	9,7	11,3	10,7	11,2	12,0	10,5	11,8	10,9	9,3	10,7
>60	15,0	11,8	14,8	12,0	6,4	11,6	11,1	8,4	10,9	14,4	11,91	14,1	12,8	13,2	12,8
Total	1.012	93	1.105	1.184	110	1.294	1.232	131	1.363	1.292	149	1.441	1.388	151	1.539

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

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.8. Distribución de una muestra de conductores fallecidos en accidentes de tráfico según nivel de alcoholemia (número y porcentaje). España, 2001-2003.

Nivel de alcoholemia	2001	2002	2003
Negativa	833 (57,6%)	901 (62,5%)	1.059 (65,3%)
Positiva	614 (42,4%)	540 (37,5%)	562 (34,7%)
≥ 0,5 g/l	482 (33,3%)	460 (32,3%)	512 (31,6%)
<0,5 g/l	132 (9,1%)	74 (5,2%)	50 (3,1%)

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.9. Distribución de una muestra de conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico según los grandes grupos de sustancias psicoactivas (alcohol, otras drogas, y/o psicofármacos) detectados en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2003.

Sustancias consumidas	1999	2000	2001	2002	2003
Alcohol etílico (solo)	378 (31,7%)	492 (36%)	529 (36,5%)	443 (30,7%)	502 (30,9%)
Alcohol y otras drogas de abuso	52 (4,3%)	48 (3,5%)	58 (4%)	77 (5,3%)	83 (5,1%)
Alcohol y psicofármacos/medicamentos	11 (0,9%)	16 (1,1%)	20 (1,4%)	15 (1,04%)	15 (0,9%)
Alcohol, otras drogas y psicofármacos	5 (0,4%)	6 (0,4%)	7 (0,4%)	5 (0,3%)	6 (0,3%)
Otras drogas distintas al alcohol	33 (2,7%)	47 (3,45)	42 (2,9%)	41 (2,8%)	43 (2,6%)
Drogas (no alcohol) y psicofármacos	18 (1,5%)	12 (0,8%)	9 (0,6%)	7 (0,4%)	16 (0,9%)
Psicofármacos/medicamentos	20 (1,6%)	29 (2,1%)	28 (1,9%)	25 (1,7%)	27 (1,6%)
Subtotal análisis positivos	517 (43,4%)	650 (47,7%)	693 (47,8)	613 (42,5%)	692 (42,7%)
Análisis con resultados negativos*	674 (56,6%)	713 (52,3%)	754 (52,1%)	828 (57,5%)	929 (57,3%)
Total cadáveres analizados	1.191	1.363	1.447	1.441	1.621

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

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.10. Distribución de una muestra de conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico según tipo de sustancia psicoactiva detectada en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2003.

	1999	2000	2001	2002	2003
Alcohol etílico	446 (37,4%)	562 (41,2%)	614 (42,4%)	540 (37,4%)	606 (37,4%)
Opiáceos*	29 (2,4%)	31 (2,3%)	17 (1,1%)	19 (1,3%)	16 (1,0%)
Cocaína	62 (5,2%)	65 (4,8%)	60 (4,1%)	76 (5,3%)	110 (6,8%)
Anfetamina	6 (0,5%)	6 (0,4%)	7 (0,5%)	7 (0,5%)	11 (0,7%)
MDMA y derivados	5 (0,4%)	12 (0,9%)	16 (1,1%)	6 (0,4%)	6 (0,4%)
Cannabis	28 (2,5%)	39 (2,9%)	43 (3,0%)	56 (3,9%)	46 (2,8%)
Barbitúricos	1 (0,1%)		2		
Benzodiazepinas	41 (3,4%)	50 (3,6%)	44 (3,0%)	40 (2,8%)	50 (3,1%)
Antipsicóticos	0 (0,0%)		1	1	3 (0,2%)
Antidepresivos	6 (0,5%)	8 (0,6%)	17 (1,1%)	5 (0,3%)	10 (0,6%)
Total análisis	1.191	1.363	1.447	1.441	1.621

* En este grupo se ha incluido la metadona. Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

2.4.11. Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico con análisis toxicológicos (número y porcentaje). España 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Número de análisis	155	229	250	288	262	295
Sexo (%)						
Hombres	74,8	91,7	80,4	80,2	75,9	75,9
Mujeres	25,2	8,3	19,6	19,7	24,1	24,1
Procedencia del cadáver (%)						
Vía pública		71,2	74,8	80,5	61,8	79,6
Hospital		28,8	25,2	19,4	38,1	20,3

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.

2.4.12. Distribución de los peatones fallecidos en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentajes). España, 1999-2003.

Años	1999			2000			2001			2002			2003		
	H	M	Total												
≤ 20	5,8	6,4	6,0	6,4	4,3	6,0	6,4	3,6	5,8	7,2	7,1	7,1	7,1	3,0	6,1
21-30	9,9	4,3	8,7	11,7	10,9	11,5	13,6	5,4	12,0	11,0	17,9	12,7	11,8	9,1	11,2
31-40	10,5	8,5	10,1	14,4	10,9	13,7	17,7	8,9	15,9	16,0	8,9	14,3	12,3	7,6	11,2
41-50	22,2	8,5	19,3	13,3	6,5	12,0	12,7	12,5	12,7	13,8	7,1	12,2	16,1	15,2	15,9
51-60	13,5	12,8	13,3	12,2	6,5	11,1	13,2	10,7	12,7	12,2	8,9	11,4	13,3	7,6	11,9
>60	38,0	59,6	42,7	42,0	60,9	45,7	36,4	58,9	40,9	39,8	50,0	43,1	39,3	57,6	43,7
Total	171	47	218	188	46	234	220	56	276	181	56	237	211	66	277

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

Tabla 2.4.13. Distribución de una muestra de peatones atropellados en accidente de tráfico según los grandes grupos de sustancias psicoactivas (alcohol, otras drogas, y/o psicofármacos) detectados en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2003.

Sustancias consumidas	1999	2000	2001	2002	2003
Alcohol etílico (solo)	79 (34,5%)	94 (37,6%)	101 (35,1%)	97 (37%)	93 (31,5%)
Alcohol y otras drogas	2 (0,8%)	4 (1,6%)	10 (3,5%)	6 (2,2%)	11 (3,7%)
Otras drogas (solo)	8 (3,5%)	6 (2,4%)	9 (3,1%)	4 (1,5%)	5 (1,6%)
Alguna sustancia (Subtotales)	89 (39,0%)	104 (41,6%)	120 (41,7%)	107 (40,8%)	109 (37%)
Ninguna	140	146 (58,4%)	168 (58,3%)	155 (59,2%)	186 (63%)
Total	229	250	288	262	295

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 2.4.14. Distribución de una muestra de peatones atropellados en accidente de tráfico según tipo de sustancia psicoactiva detectada en los análisis toxicológicos (número y porcentaje). España, 1999-2003.

	1999	2000	2001	2002	2003
Alcohol etílico	81 (35,4%)	98 (39,2%)	101 (35,1%)	103 (39,3%)	104 (35,25%)
Opiáceos*	6 (2,6%)	3 (1,2%)	10 (3,5%)	3 (1,1%)	3 (1,0%)
Cocaína	7 (3,1%)	6 (2,4%)	10 (3,5%)	6 (2,3%)	11 (3,7%)
Cannabis	2 (0,9%)	2 (0,8%)	5 (1,7%)	4 (1,5%)	5 (1,7%)
Total análisis	229	250	288	262	295

*En este grupo se ha incluido también la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

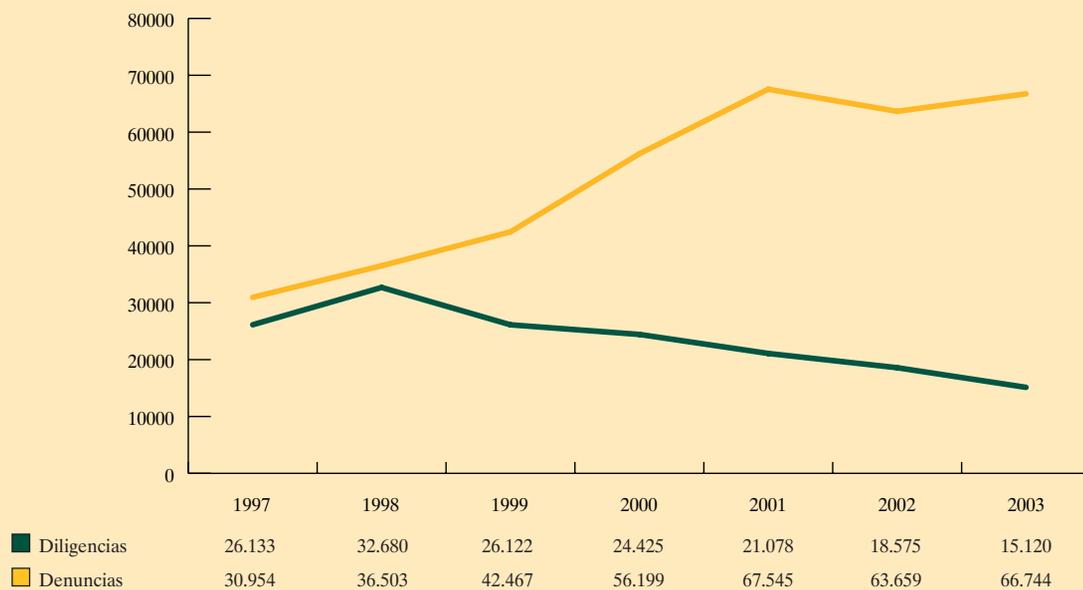
2.5. DILIGENCIAS Y DENUNCIAS POR CONducir con TASA DE ALCOHOLEMIA SUPERIOR AL LÍMITE LEGAL

Las diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal registradas en el año 2003 en el conjunto de España, exceptuando el País Vasco y Cataluña, ascienden a 15.120 y 66.744, respectivamente. Entre 1997 y 2003 se observa un proceso tendente al incremento de las denuncias y a la disminución de las diligencias, si bien, en su conjunto, en los dos últimos años el número de actuaciones con resultado positivo a la prueba de alcoholemia es bastante similar (Figura 2.5.1).

La mayor parte de las diligencias y de las denuncias se han producido en los controles de alcoholemia, seguido de en los accidentes.

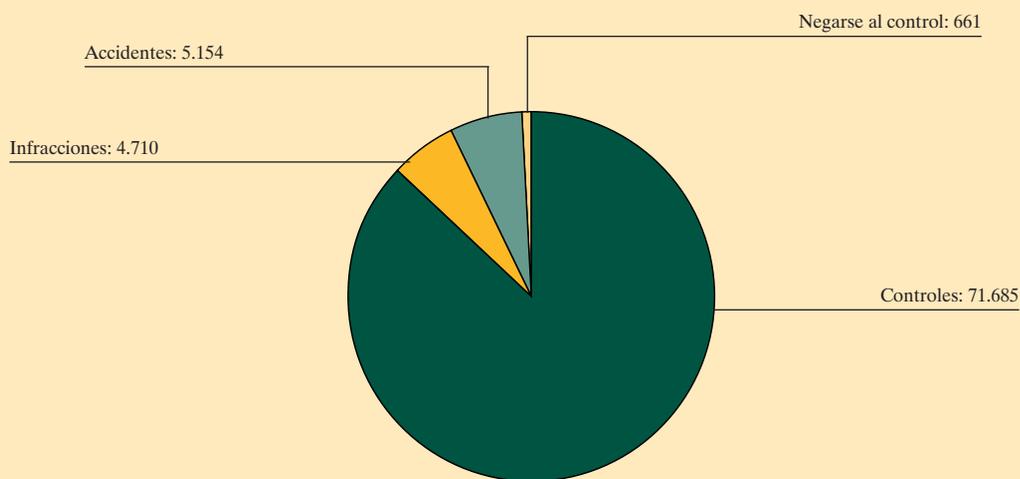
En la Figura 2.5.2. se puede observar la distribución de las diligencias y denuncias en relación con las pruebas de alcoholemia según el origen que las motivó. Andalucía, la Comunidad Valenciana y Galicia son las comunidades, al igual que el año anterior, en donde se han realizado un mayor número de diligencias y denuncias (Tabla 2.5.1). El mayor número de negativas a realizar la prueba se produjo en Andalucía, Canarias y Castilla y León (Tabla 2.5.2).

Figura 2.5.1. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2003.



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

Figura 2.5.2. Distribución de las diligencias y denuncias relacionadas con las pruebas de alcoholemia según origen. España, 2003.



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

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

Tabla 2.5.1. Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2003.

	Origen de la diligencia o denuncia			Total diligencias	Total	Total denuncias denuncias y diligencias
	Accidentes	Infracciones	Controles			
Andalucía	986	850	1.8023	5.565	14.294	19.859
Aragón	172	279	1.909	258	2.102	2.360
Asturias	265	229	2.508	6.015	2.387	3.002
Baleares	239	151	2.008	645	1.753	2.398
Canarias	373	171	7.426	508	7.462	7.970
Cantabria	118	180	1.686	259	1.725	1.984
C.-La Mancha	370	302	4.950	1.376	4246	5.622
C. y León	424	307	5.302	821	5212	6.033
C.Valenciana	739	394	11.089	1.496	10.726	12.222
Extremadura	116	159	1.542	444	1.373	1.817
Galicia	690	886	7.599	1.403	7.772	9.175
La Rioja	53	51	813	192	725	917
Madrid	641	338	3.492	1.023	3.448	4.471
Murcia	240	367	2.352	430	2.529	2.959
Navarra	43	46	986	85	990	1.075
Total	5.469	4.710	71.685	15.120	66.744	81.864

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

Tabla 2.5.2. Número de diligencias y denuncias por negativa a la prueba de alcoholemia. España, 2003.

	Número de diligencias	Número de denuncias	Total
Andalucía	77	41	118
Aragón	13	36	49
Asturias	21	4	25
Baleares	5	0	5
Canarias	34	72	106
Cantabria	15	8	23
Castilla-La Mancha	14	18	32
Castilla y León	46	39	85
C. Valenciana	25	15	40
Extremadura	4	9	13
Galicia	25	39	64
Rioja	6	0	6
Madrid	33	13	46
Murcia	29	5	34
Navarra	3	12	15
Total	350	311	661

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

3

Oferta de drogas y control de la misma

3.1. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, a través de la Dirección General de Alimentación, proporciona desde 1987 información sobre el consumo alimentario en España, obtenida de una encuesta realizada en hogares y en establecimientos de restauración comercial y social. En 2003 la encuesta se realizó en una muestra de 6.000 hogares, 700 establecimientos de hostelería y restauración (hoteles, bares, restaurantes) y 200 establecimientos institucionales (centros de enseñanza, sanitarios, de tercera edad, fuerzas armadas, etc.). Los datos se recogieron mediante el apunte diario (hogares) o mensual (establecimientos), de las compras realizadas y del gasto en dichas compras.

Este estudio permite conocer la demanda de bebidas alcohólicas en España, su evolución temporal, así como la distribución de la demanda según los diferentes ámbitos de consumo y el tipo de bebidas.

El volumen total de compras de bebidas alcohólicas efectuadas en 2003 fue de 3.781,5 millones de litros, cantidad algo mayor que la de 2002, por lo que se rompe la tendencia descendente de los últimos años (Tabla 3.1.1 y Tabla 3.1.2).

El descenso progresivo del consumo *per capita* observado a lo largo de la última década (de 108,4 litros en 1993 a 92,0 litros en 2001 y

90,1 litros en 2002) parece haberse frenado en 2003, situándose en 92,3 litros (Figura 3.1.1). Este incremento de la demanda de bebidas alcohólicas en 2003 se ha producido en un contexto de aumento del consumo total alimentario, que se ha incrementado un 2,1% con respecto a 2002, y ha afectado tanto a la hostelería-restauración como a los hogares, cuyas compras crecieron un 3,1% y un 4,5%, respectivamente. En los hogares el incremento se debió exclusivamente al crecimiento de las compras de cerveza, ya que las de vino y otras bebidas alcohólicas descendieron. En la hostelería-restauración el incremento afectó a las compras de cerveza y de licores, mientras que las de vino se redujeron. Por el contrario, en las instituciones sociales, el volumen de compras de bebidas alcohólicas descendió un 10%, siendo achacable exclusivamente al descenso de la demanda de cerveza (Tabla 3.1.1).

La mayor parte del consumo (más de dos tercios del volumen total de compras) tuvo lugar en el ámbito de la hostelería y restauración, no llegando a un tercio el consumo de los hogares (Figura 3.1.2). Las bebidas más compradas fueron la cerveza (62,3%) y el vino (30,6%). La sidra, los licores y otras bebidas tuvieron un volumen de compras bastante menor (Tabla 3.1.2 y Figura 3.1.3).

El gasto realizado en el 2003 ascendió a 7.358 millones de euros, lo que supone un incremento del 3,5% con respecto a 2002, atribuible exclusi-

vamente al crecimiento del gasto en cerveza y licores, que se produce en consonancia con el anteriormente aludido aumento de las compras de estas bebidas. Las distribuciones del gasto

según ámbito de consumo o según tipo de bebida fueron similares a las distribuciones análogas del volumen de compras (Tabla 3.1.3 y Figuras 3.1.4 y 3.1.5).

Tabla 3.1.1. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas (millones de litros) registradas en España (excepto Ceuta y Melilla), según ámbito de consumo, 2000-2003.

	Vinos	Cervezas	Otras bebidas alcohólicas (licores)	Sidra	Total bebidas alcohólicas
Hogares					
2000	575,46	512,25	44,51	15,04	1.147,26
2001	538,91	530,93	43,03	14,62	1.127,49
2002	523,51	546,52	44,81	15,57	1.130,41
2003	502,78	620,68	43,21	15,02	1.181,79
Hostelería					
2000	726,10	1.678,57	149,18	61,81	2.615,66
2001	686,92	1.653,89	158,67	65,04	2.564,52
2002	668,86	1.637,63	136,06	64,66	2.507,21
2003	646,22	1.729,76	151,36	58,83	2.586,17
Instituciones					
2000	8,94	12,22	1,01	0,18	22,35
2001	7,68	6,72	0,42	0,18	15,00
2002	6,91	7,61	0,39	0,14	15,05
2003	7,83	4,94	0,52	0,25	13,54
Total					
2000	1.310,50	2.203,04	194,70	77,03	3.785,27
2001	1.233,52	2.191,54	202,13	79,84	3.707,03
2002	1.199,28	2.191,76	181,26	80,37	3.652,67
2003	1.156,83	2.355,39	195,19	74,10	3.781,51
Total per capita					
2001	30,60	54,37	5,01	1,98	91,96
2002	29,57	54,03	4,47	1,98	90,05
2003	28,23	57,47	4,76	1,81	92,27

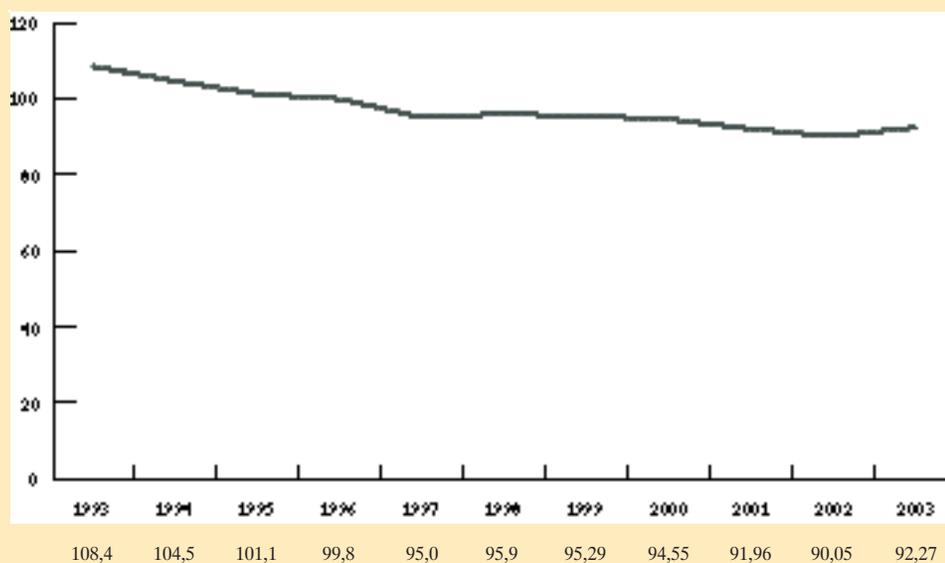
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 3.1.2. Evolución del volumen total de compras de bebidas alcohólicas (millones de litros). España, 1995-2003.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Vinos	1.200,5	1.298,2	1.392,4	1.414,7	1.371,7	1.310,5	1.233,52	1.199,28	1.156,83
Cervezas	2.508,0	2.365,9	2.132,2	2.153,6	2.196,6	2.203	2.191,54	2.191,76	2.355,39
Sidra	48,4	56,1	69,9	71,3	77,0	77,0	79,84	80,37	74,10
Licores y otras bebidas alcohólicas	217,9	205,6	178,5	173,9	163,9	194,7	202,13	181,26	195,19
Total bebidas alcohólicas	3.974,80	3.925,8	3.925,8	3.773,0	3.809,1	3.785,3	3.707,03	3.652,67	3.781,51

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

Figura 3.1.1. Evolución del consumo de bebidas alcohólicas (litros *per capita*). España, 1993-2003.



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

Tabla 3.1.3. Gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas (millones de euros) en España (excepto Ceuta y Melilla) dentro y fuera del hogar, 2000-2003.

	Vinos	Cervezas	Otras bebidas alcohólicas (licores)	Sidra	Total bebidas alcohólicas
Hogares					
2000	879,76	452,50	318,25	18,77	1.669,03
2001	851,91	476,49	328,75	19,19	1.676,34
2002	876,37	512,33	336,12	21,13	1.736,95
2003	848,36	591,39	334,91	20,50	1.795,17
Hostelería					
2000	1.569,66	2.001,89	1.357,93	79,26	5.008,74
2001	1.550,27	1.974,70	1.506,76	83,14	5.114,88
2002	1.583,35	2.125,00	1.359,24	84,01	5.151,60
2003	1.561,85	2.361,59	1.543,76	72,42	5.539,62
Instituciones					
2000	11,59	14,72	7,48	0,17	33,96
2001	11,83	7,90	3,59	0,23	23,55
2002	10,31	7,61	4,00	0,15	22,06
2003	12,17	5,81	5,06	0,34	23,38
Total					
2000	2.460,77	2.469,10	1.683,66	98,21	6.711,73
2001	2.414,01	2.459,09	1.839,11	102,57	6.814,78
2002	2.461,03	2.644,94	1.699,36	105,29	6.910,61
2003	2.422,38	2.958,79	1.883,74	93,25	7.358,15

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

Figura 3.1.2. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según el ámbito de consumo (porcentajes). España, 2003.

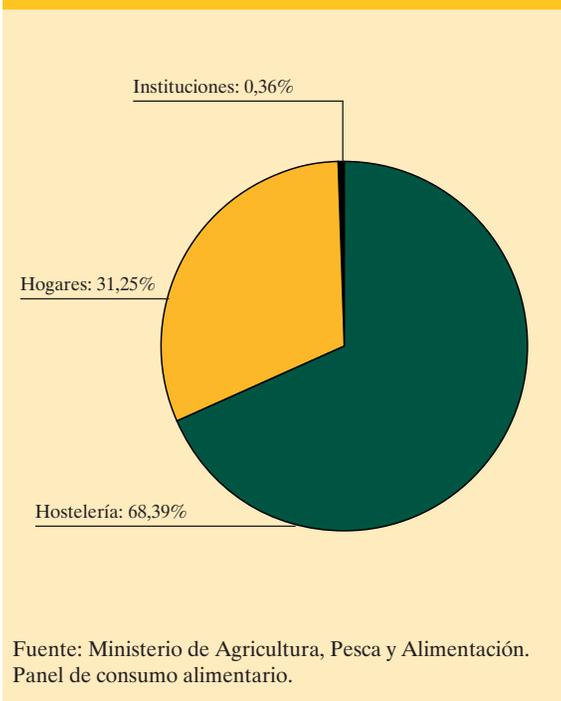


Figura 3.1.3. Distribución del volumen de compras de bebidas alcohólicas, en litros, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2003.

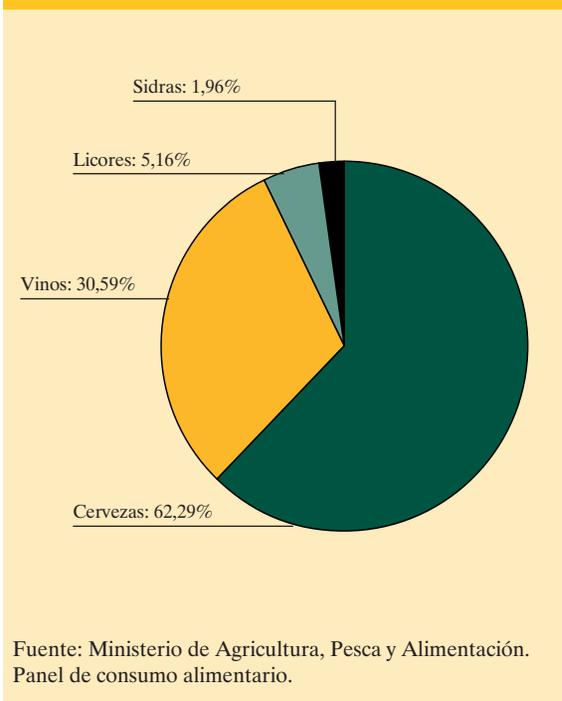


Figura 3.1.4. Distribución del gasto de bebidas alcohólicas, en los diferentes ámbitos de consumo (porcentajes). España, 2003.

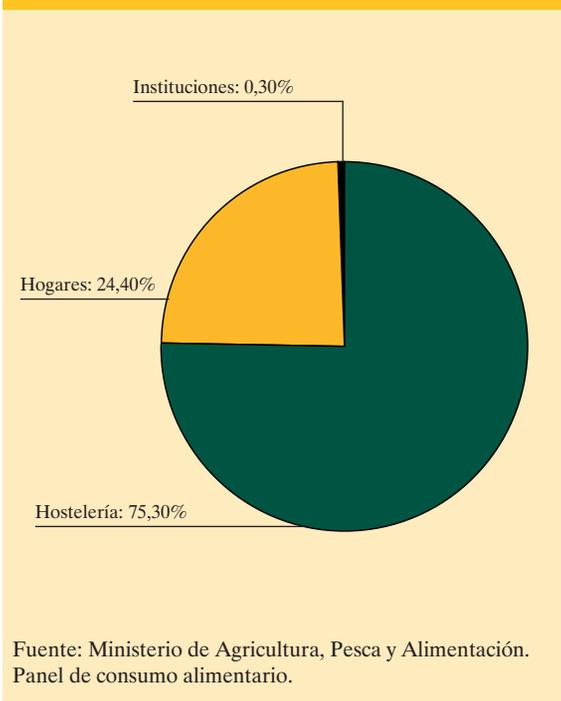
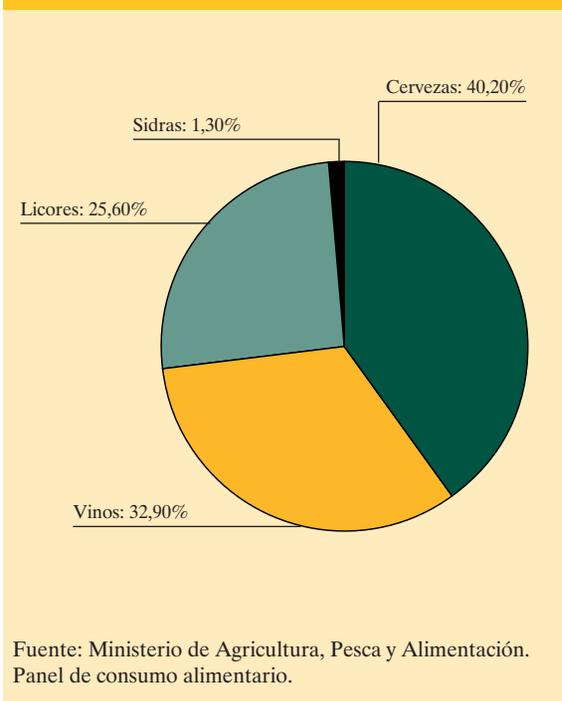


Figura 3.1.5. Distribución del gasto en bebidas alcohólicas, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2003.



3.2. VENTAS DE TABACO

En este apartado se ofrecen los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre el año 1993 y 2003.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

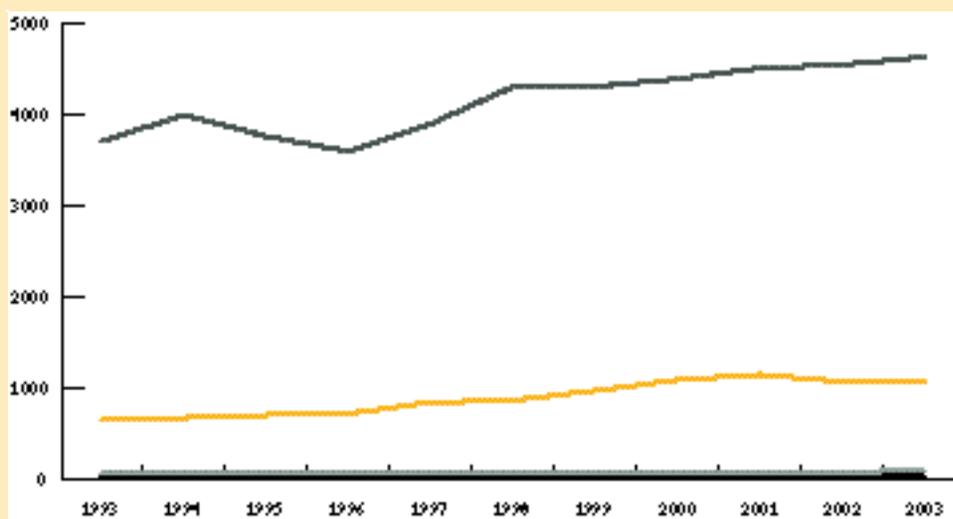
Precisamente, las fluctuaciones en el contrabando de cigarrillos han afectado de forma

importante a las variaciones interanuales que se observan en el período analizado. En la actualidad la venta ilícita de cigarrillos está prácticamente erradicada, por lo que las cifras de ventas más recientes proporcionan una idea bastante aproximada de la cantidad de tabaco que se consume en España (Figura 3.2.1).

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo, no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en unidades físicas (Figura 3.2.1) como en valor monetario (Tabla 3.2.1) son infinitamente superiores a los del resto de las labo-

Figura 3.2.1. Evolución de las ventas de tabaco, por tipo de labor. España*, 1993-2003.



■ Cigarrillos (millones de cajetillas)	3.697,1	3.980,9	3.747,5	3.583,8	3.883,7	4.291,8	4.293,1	4.376,0	4.496,0	4.530,8	4.616,6
■ Cigarros (millones de unidades)	634,8	662,8	693,0	708,9	831,4	853,9	959,5	1.076,4	1.135,4	1.060,2	1.062,6
■ Picadura de liar (millones de unidades)	8,2	10,3	11,8	12,0	14,4	15,6	18,9	22,2	32,2	31,0	37,8
■ Picadura de pipa (millones de unidades)	2,0	2,1	2,2	2,1	2,2	2,3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6

* Península y Baleares.

Variación 1993-2003: cigarrillos: +24,9%, cigarros: +67,4%, picadura de liar: +361%, picadura pipa: +30%.

Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos.

res. De los 3.697,1 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 1993, el 94,5% correspondió a cigarrillos, porcentaje que seguía invariable en 2003, año en que se ingresaron por este concepto 9.525 millones de euros.

Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de cigarros puros, cuya cuota de participación en los ingresos fue tanto en 1993 como en 2003 del 4,3%. Por su parte, las ventas de picadura de liar y de pipa ocupan un lugar residual, dado que, en conjunto, han venido suponiendo desde 1993 no más del 1,2% de los ingresos (Tabla 3.2.2).

Entre 1993 y 2003 ha aumentado el volumen de ventas de los distintos tipos de labor medi-

do en unidades físicas (cajetillas de cigarrillos, unidades de cigarros puros o bolsas de picadura), aunque los aumentos han sido de diferente magnitud (Figura 3.2.1). Así, mientras las ventas de cigarrillos crecieron un 24,9%, las de cigarros lo hicieron un 67,4%. Por su parte, las ventas de picadura de liar (361%) y de pipa (30%) aumentaron también relativamente más que las de cigarrillos.

El incremento de las ventas de cigarrillos entre 1993 y 2003 ha sido general en todas las comunidades autónomas, excepto en Extremadura donde se redujeron un 3,8 % (Tabla 3.2.3). No obstante, el crecimiento ha sido desigual. Así, en Baleares (77,5%), Navarra (67,6%), País Vasco (44,4%), Cataluña (35%), Andalucía

Tabla 3.2.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 1993-2003.

Tipo de labor	1993	1995	1997	1999	2001	2003	variación 2003/1993(%) ¹	variación 2003/2001 (%)
Cigarrillos	3.165,920	4.158,850	5.568,870	7.074,520	8.173,160	9.526,070	200,9	16,6
Cigarros	211,110	234,418	305,656	370,057	425,479	435,900	106,5	2,4
Picadura de liar	8,250	15,614	22,021	30,982	64,855	108,999	1.221,2	68,1
Picadura de pipa	3,610	4,478	5,289	6,178	6,930	7,724	114,0	11,5
Total	3.388,890	4.413,360	5.901,836	7.481,738	8.670,424	10.078,693	197,4	16,2

* Península y Baleares.

1: [(ingresos 2003 - ingresos 1993)/ingresos 1993]*100

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

Tabla 3.2.2. Distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (porcentajes). España, 1993-2003.

Tipo de labor	1993	1995	1997	1999	2001	2003
Cigarrillos	94,5	94,2	94,4	94,6	94,3	94,5
Cigarros	4,3	5,3	5,2	4,9	4,9	4,3
Picadura de liar	1,1	0,4	0,4	0,4	0,7	1,1
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100	100	100	100	100	100

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

Tabla 3.2.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma*. España, 1993 y 2003.

CCAA	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	variación 2003/1993 (%) ¹
Andalucía	640,6	675,0	642,2	608,7	667,8	744,5	762,1	784,6	814,9	829,9	853,8	33,3
Aragón	131,6	137,5	132,6	123,4	132,2	142,4	137,2	136,4	135,9	135,2	135,9	3,3
Asturias	95,8	107,6	97,0	86,9	96,8	108,4	103,6	108,2	110,4	108,3	108,4	13,1
Cantabria	56,1	60,8	56,6	53,7	57,7	63,1	61,2	60,4	62,2	61,0	60,4	7,7
C.-La Mancha	180,8	191,8	177,2	167,7	180,7	193,0	187,3	185,6	188,1	187,3	189,4	4,8
Castila y León	230,2	254,0	232,0	241,2	234,2	260,9	247,4	243,1	247,3	244,2	238,8	3,8
Cataluña	600,1	638,0	608,0	601,4	640,0	705,3	725,9	731,5	756,6	775,7	810,3	35,0
C. Valenciana	468,4	504,3	479,4	465,3	498,4	533,3	541,2	559,4	570,4	581,5	601,6	28,4
Extremadura	117,4	124,9	117,2	110,4	117,9	125,8	120,6	118,5	118,3	115,2	112,9	-3,8
Galicia	177,2	198,1	181,7	155,4	184,7	220,9	216,4	226,6	237,8	235,1	234,4	32,3
Baleares	114,8	128,5	124,7	122,5	130,1	144,5	164,2	187,4	193,6	190,6	203,7	77,5
La Rioja	26,1	28,8	26,6	25,1	27,1	30,2	28,9	28,0	28,9	28,6	28,1	7,7
Madrid	544,2	576,4	541,5	530,0	570,2	616,9	603,4	600,0	609,6	608,4	588,2	8,1
Murcia	113,4	121,1	116,8	114,0	123,8	133,9	135,4	136,2	140,5	143,1	150,3	32,5
Navarra	47,8	57,6	55,0	56,0	60,3	67,2	66,0	65,8	70,0	73,2	80,1	67,6
País Vasco	152,6	176,5	159,0	148,8	161,7	201,4	192,2	203,7	211,7	213,4	220,3	44,4
Total	3.697,1	3.980,9	3.747,5	3.610,5	3.883,6	4.291,7	4.293,0	4.375,7	4.496,0	4.530,8	4.616,7	24,9

* Península y Baleares.

1: [(ventas 2003 - ventas 1993)/ventas 1993]*100.

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

Tabla 3.2.4. Ventas anuales de tabaco *per capita* según tipo de labor y comunidad autónoma*. España, 1993 y 2003.

CCAA	Cigarrillos(cajetillas)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (bolsas)			Picadura de pipa (bolsas)		
	1993	2003	variación 2003/1993 (%)**	1993	2003	variación 2003/1993 (%)**	1993	2003	variación 2003/1993 (%)**	1993	2003	variación 2003/1993 (%)**
Andalucía	122,6	163,5	40,8	9,0	21,2	12,2	0,1	1,1	1,0	0,1	0,1	0,0
Aragón	159,5	164,7	5,2	32,8	48,7	15,8	0,6	0,6	0,0	0,1	0,1	-0,1
Asturias	131,2	148,4	17,2	31,5	44,6	13,1	0,4	0,3	-0,1	0,1	0,1	-0,1
Cantabria	147,9	159,4	11,4	31,1	50,2	19,1	0,5	0,8	0,3	0,0	0,1	0,1
C.-La Mancha	150,2	157,3	7,1	23,8	33,6	9,8	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	-0,1
Castila y León	140,3	145,6	5,3	45,1	56,8	11,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	-0,2
Cataluña	129,4	174,8	45,3	25,9	48,8	23,0	0,4	1,5	1,1	0,0	0,1	0,1
C. Valenciana	151,8	195,0	43,2	17,2	30,1	12,9	0,4	3,4	2,9	0,0	0,1	0,1
Extremadura	167,7	161,3	-6,4	15,7	31,1	15,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Galicia	95,8	126,7	30,9	14,6	27,5	12,9	0,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Baleares	178,0	316,0	137,9	33,7	55,6	21,9	1,4	12,7	11,4	0,2	0,4	0,3
La Rioja	132,2	142,3	10,1	65,3	82,0	16,7	0,5	0,2	-0,3	0,0	0,0	0,0
Madrid	132,5	143,2	10,7	13,4	22,6	9,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Murcia	129,0	170,9	41,9	13,5	24,6	11,1	0,1	0,7	0,5	0,0	0,1	0,1
Navarra	120,6	202,2	81,5	61,6	104,7	43,2	0,3	1,8	1,6	0,0	0,1	0,1
País Vasco	103,1	148,8	45,7	57,7	85,9	28,2	0,3	1,1	0,8	0,1	0,1	0,0
Media nacional	132,1	165,0	32,9	22,6	38,0	15,3	0,3	1,4	1,1	0,1	0,1	0,0

* Península y Baleares.

**[(ventas 2003-ventas 1993)/ventas 1993]*100.

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

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

(33,3%), Murcia (32,5 %), Galicia (32,3%) y Comunidad Valenciana (28,4%), las ventas aumentaron por encima de la media nacional (24,9%), en tanto que en el resto de las comunidades los aumentos se situaron bastante por debajo de la media, oscilando entre el 3,3% (Aragón) y el 13,1% (Asturias). Algunas de las comunidades autónomas donde más han crecido las ventas corresponden con zonas de expansión turística y/o zonas que tradicionalmente tenían importantes niveles de contrabando.

A la hora de interpretar las cifras de las variaciones de las ventas anuales de tabaco por habitante de 15-65 años en las distintas comunidades autónomas (Tabla 3.2.4), ha de tenerse en cuenta que las cifras de las comunidades con mayor desarrollo turístico, en especial Baleares, están muy afectadas por la proporción de las ventas que se dirige a satisfacer la demanda de la población transeúnte o externa. Por lo tanto, las cifras de ventas por comunidades no son comparables sin una consideración cuidadosa de los factores que afectan a las mismas. Por otra parte, el efecto del turismo contribuye también a aumentar el volumen de ventas por habitante del conjunto de España 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, aunque como ya se advirtió la reducción progresiva de las ventas procedentes del contrabando también contribuye a distorsionar las tendencias.

Hechas las salvedades precedentes, cabe indicar que las ventas anuales por habitante de cigarrillos crecieron entre 1993 y 2003 en 32,9 cajetillas por habitante, pasando de 132,1 cajetillas en 1993 a 165 en 2003. Por otro lado, las comunidades de Baleares, Navarra, Comunidad Valenciana, Cataluña y Murcia son las que tienen, por este orden, mayores volúmenes de ventas por habitante. Por su parte, las ventas anuales por habitante de cigarros aumentaron en el mismo periodo, como media, un 15,3%, y en mayor medida en Navarra (43,2%), Cataluña (23%) y las Islas Baleares (21,9%).

Igualmente, las ventas por habitante de picadura de liar aumentaron en el conjunto de España 1,1 bolsas, y muy especialmente en Baleares (+11,4 bolsas).

Conclusiones

Los cigarrillos representan un 94,5% de los ingresos globales por la venta de tabaco, seguidos de los cigarros con una cuota del 4,3% de los ingresos. Entre 1993 y 2003 las ventas de cigarrillos crecieron globalmente un 24,9%, frente al 67,4% de los cigarros y el 361% de la picadura de liar. Las ventas anuales de cigarrillos por habitante en ese mismo periodo crecieron en 32,9 cajetillas, situándose en 165 cajetillas por habitante. Una evolución similar siguieron las ventas de cigarros y de picadura de liar. La picadura de pipa, por su parte, no ha visto alteradas sus ratios de ventas. A la hora de interpretar el significado de estas cifras hay que tener en cuenta la proporción de las ventas que se dirige a los turistas y transeúntes de otros países y la reducción progresiva de las ventas procedentes del contrabando que ha ocurrido en los últimos años.

3.3. NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS

La evolución del número de decomisos de drogas psicoactivas y de las cantidades de drogas decomisadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, aunque pueden estar muy afectados por diversos factores como la actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior. Por otra parte, la evolución de las cantidades decomisadas está también muy afectada por la ocurrencia de grandes decomisos, lo que puede dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Según el Ministerio del Interior en 2003 se produjo en España un gran aumento de las cantidades decomisadas de cocaína, hachís y LSD con respecto al año anterior. Por el contrario, descendieron las cantidades de éxtasis (MDMA), espid y heroína (Tabla 3.3.1). Por lo que respecta al número de decomisos, en 2003 descendió en relación a 2002 el número de decomisos globales, tras un aumento sostenido entre 1997 y 2002. Por drogas, descendió el número de decomisos de opiáceos, cocaínicos

y alucinógenos (LSD) y aumentó el número de decomisos de cannábicos y medicamentos psicotrópicos (Figura 3.3.1).

En general, en los últimos años se aprecia un aumento tanto del número de decomisos de cocaína como de las cantidades de esta droga

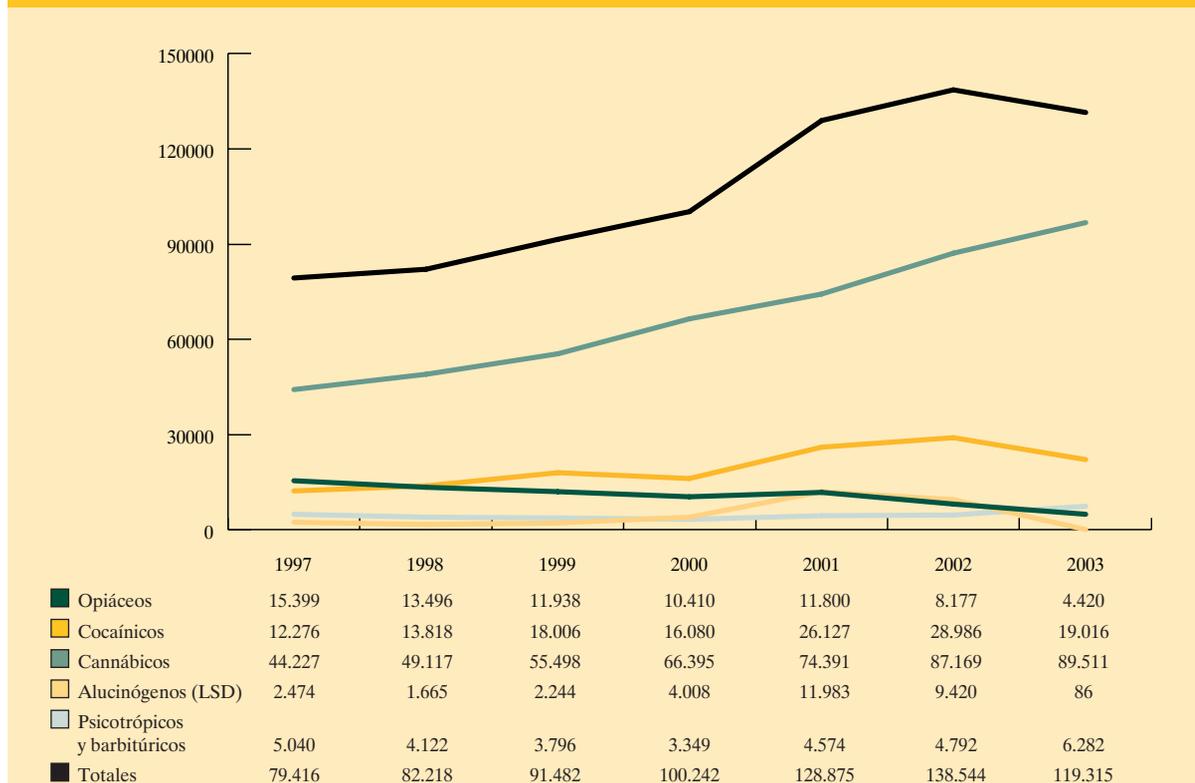
decomisadas. El número de decomisos aumentó bastante entre 1997 y 2002 y descendió en 2003 con respecto a los dos años anteriores (Figura 3.3.1). Por su parte, aunque se aprecian algunos altibajos interanuales, en el período 1992-2003 aumentó sensiblemente la cantidad de cocaína decomisada (Figura 3.3.2).

Tabla 3.3.1. Evolución de las incautaciones de drogas psicoactivas en España, 2000-2003.

	2000	2001	2002	2003
Heroína (Kg)	485	631	275	242
Cocaína (Kg)	6.165	33.680	17.617	49.279
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.809	727.313
LSD (dosis)	7.542	26.535	893	31.768
MDMA (pastillas)	891.652	860.164	1.396.142	771.874
Espid (g)	23.412	18.685	55.642	47.314

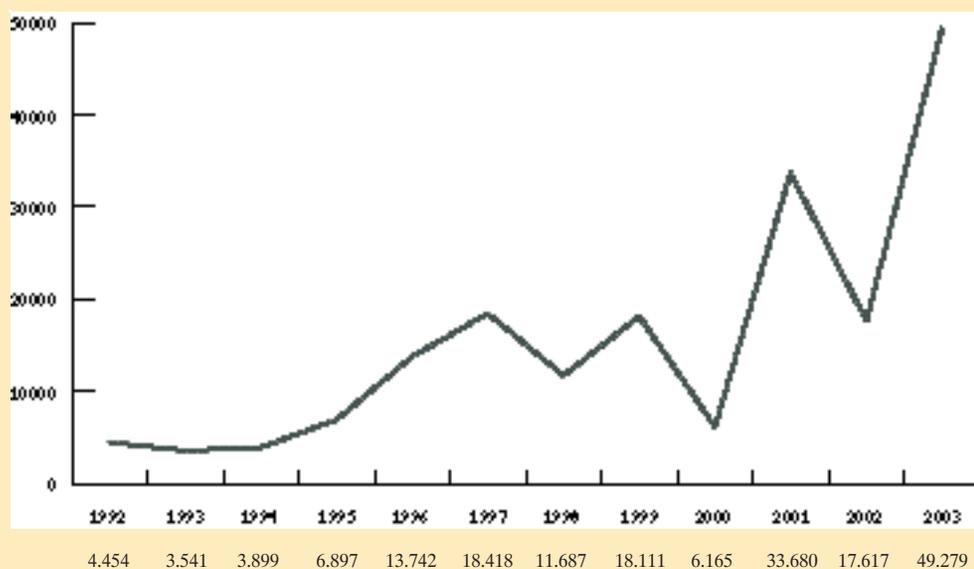
Fuente: Ministerio del Interior.

Figura 3.3.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 1997-2003.



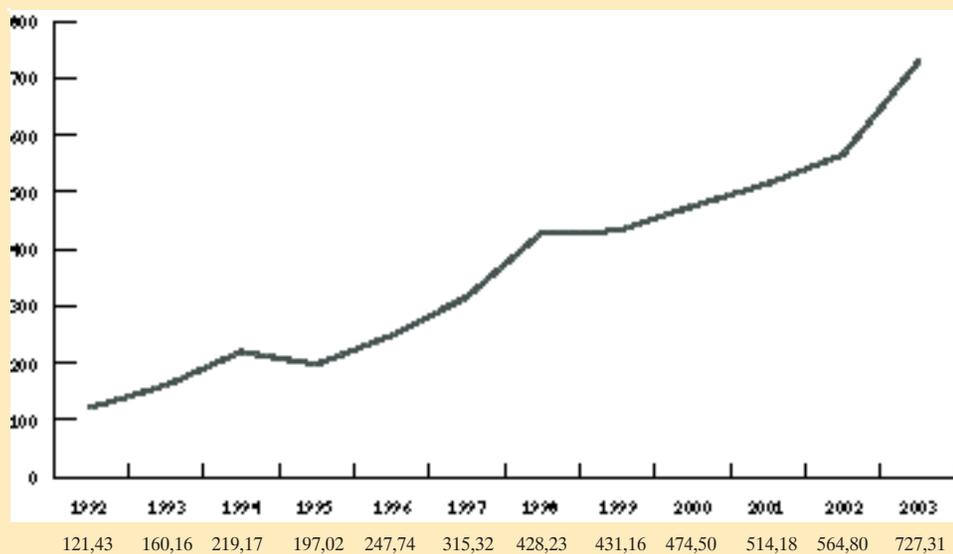
Fuente: Ministerio del Interior.

Figura 3.3.2. Evolución de la cantidad de cocaína (kilogramos) decomisada en España, 1992-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

Figura 3.3.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado (toneladas) en España, 1992-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

El cannabis fue la droga de la que se decomisó una mayor cantidad en 2003 (727.313 Kg de hachís) y también la que generó un mayor número de decomisos (89.511). Tanto la cantidad como el número de decomisos aumentaron de forma muy importante en la última década (Figuras 3.3.1 y 3.3.3).

El número de decomisos de alucinógenos (LSD) descendió considerablemente en 2003 con respecto a años anteriores. En general, se aprecia un ascenso de dicho número hasta 2001 y un descenso a partir de ese año (Figura 3.3.1); sin embargo, la cantidad decomisada muestra oscilaciones interanuales importantes, sin duda afectada por la ocurrencia de algunos decomisos de cantidades importantes (Figura 3.3.4).

La heroína ha registrado un descenso tanto en la cantidad incautada (Figura 3.3.5) como en el número de decomisos (Figura 3.3.1).

En la última década la cantidad de éxtasis (MDMA) decomisada ha seguido una evolución peculiar: aumentó entre 1992 y 1995, descendió entre 1995 y 1997, aumentó mucho

entre 1997 y 2002 y volvió a descender algo en 2003 (Figura 3.3.6). Por su parte, la cantidad de espid decomisada aumentó de forma espectacular entre 1997 y 1998, habiéndose mantenido el resto de los años en cifras estables o ligeramente ascendentes (Figura 3.3.4).

Si se observan las tendencias a medio y largo plazo y se hace caso omiso de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de decomisos y de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) es bastante consistente con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas procedentes de otras fuentes.

Los datos sobre decomisos y cantidades decomisadas proceden de la Unidad Central de Inteligencia Criminal (1992-2002) y del Sistema Estadístico Nacional sobre Drogas (SENDA) del Gabinete de Análisis y Prospectiva. Secretaría de Estado de Seguridad (2003).

Figura 3.3.4. Evolución de las cantidades de espid y LSD decomisadas en España, 1992-2003.

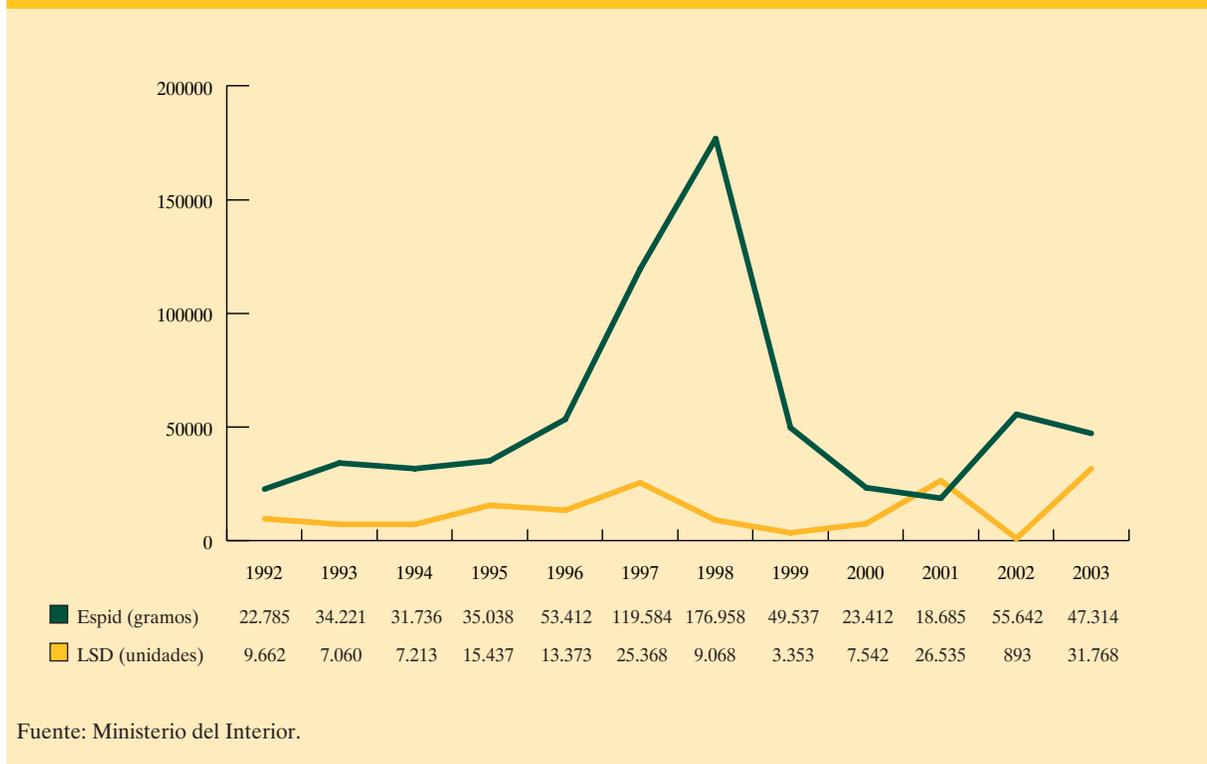
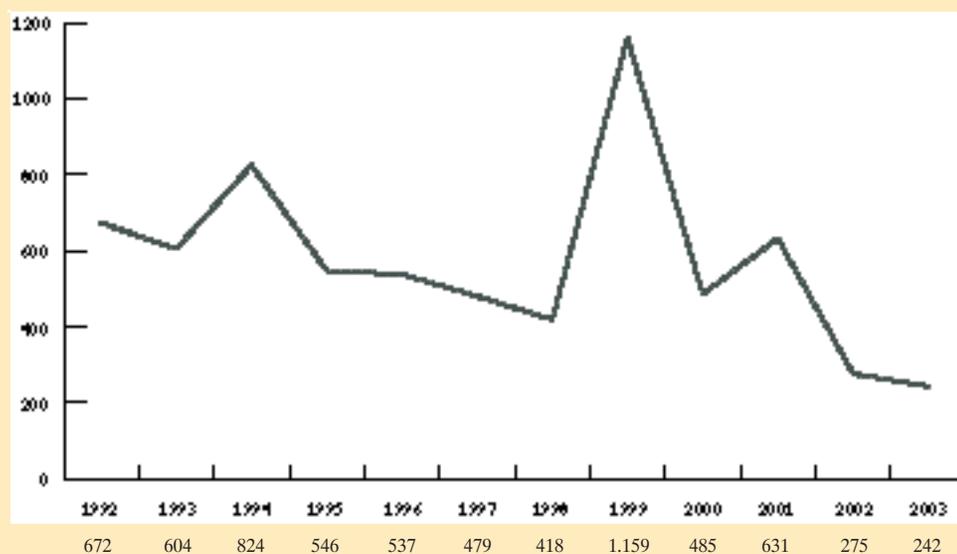


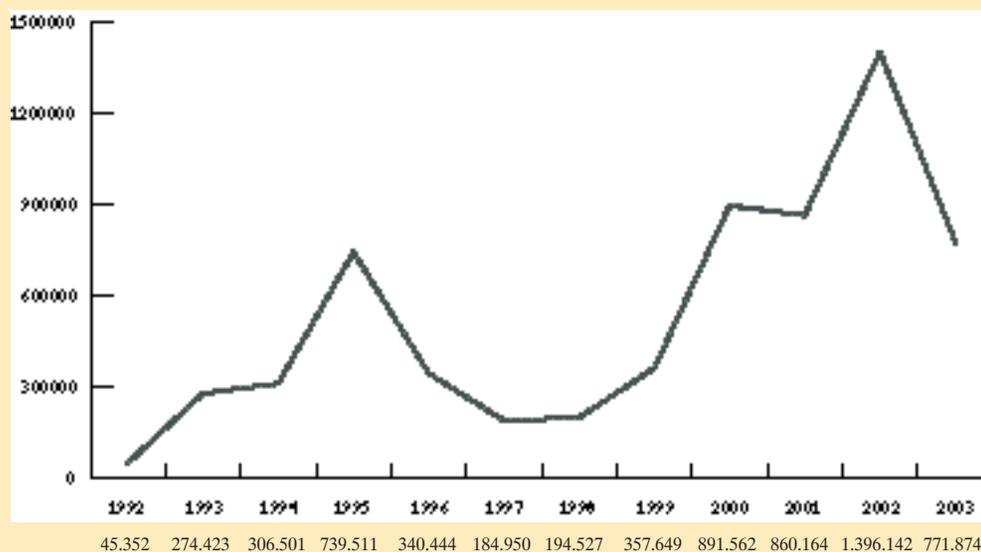
Figura 3.3.5. Evolución de la cantidad de heroína decomisada (kilogramos) en España, 1992-2003.



Nota: Las cantidades correspondientes al año 2001 son provisionales.

Fuente: Ministerio del Interior.

Figura 3.3.6. Evolución de la cantidad de MDMA (unidades) decomisado en España, 1992-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

3.4. PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS

Los datos que se presentan en la tabla 3.4.1 se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de estas sustancias, tan sólo se observan variaciones

significativas en el precio del LSD, que ha ascendido de forma continua, pasando el precio de la unidad, entre 1997 y 2003, de 6,61 euros a 10,13 euros, y en el precio del éxtasis que, por el contrario, se ha reducido, pasando 14,27 euros a 10,28 euros en el mismo periodo de tiempo.

El precio del resto de las sustancias, al margen de oscilaciones coyunturales, se ha mantenido bastante estable.

Tabla 3.4.1. Precios y purezas medias de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito.

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
LSD										
Unidad	Precio (euros)	6,13	6,01	6,61	7,81	8,74	8,82	9,24	8,83	10,13
Fármaco anfetamínico										
Unidad	Precio (euros)		2,56	2,66	3,91	3,87	4,62	4,72	4,35	4,58
Éxtasis										
300 mg	Precio (euros)	22,96	18,03	14,27	14,05	13,67	11,52	11,35	11,24	10,28
Espid										
300 mg	Precio (euros)		6,01	7,06	8,11	7,75	8,44	8,56	8,70	8,67
Gramo	Precio (euros)		18,03	22,09	24,11	23,29	25,52	25,36	28,83	23,82
Kilogramo	Precio (euros)		12.020	20.284	17.955	17.474	16.184	17.479	17.395	17.617
Otros fármacos										
Unidad	Precio (euros)		3,01	2,70	3,31	3,27	3,23	3,33	2,87	3,33
Hachís										
Gramo	Precio (euros)	3,68	3,01	3,37	3,98	3,84	3,87	3,92	4,09	4,41
Kilogramo	Precio (euros)	1.502	1.532	1.454	1.503	1.518	1.456	1.504	1.407	1.362
Aceite de hachís										
Gramo	Precio (euros)		21,04	8,41	10,52	12,25	11,60	12,12	12,32	10,79
Kilogramo	Precio (euros)		7.813	2.945	3.005	3.110	2.684	2.740	2.516	2.322
Grifa/marihuana										
Gramo	Precio (euros)	2,44	1,20	2,55	2,46	2,52	2,49	2,76	2,86	2,79
Kilogramo	Precio (euros)	444	270	1.352	1.232	1.127	1.064	1.094	1.106	1.064
Heroína										
Dosis	Peso (mg)		60		86	87	85	101	108	105
	Pureza		10%		24%	25%	25%	26%	26%	23%
	Precio (euros)		9,62	9,47	9,47	9,22	10,22	9,23	9,27	9,76
Gramo	Pureza		26%	27%	32%	33%	32%	34%	34%	32%
	Precio (euros)	91,92	75,13	77,23	73,55	70,17	66,38	63,96	63,84	66,05
Kilogramo	Pureza		62%	55%	66%	63%	64%	51%	53%	49%
	Precio (euros)	48.088	51.086	47.780	40.418	42.747	38.738	41.965	43.298	42.845
Cocaína										
Dosis	Peso (mg)		100		181	192	160	185	175	177
	Pureza		25%	32%	39%	44%	45%	44%	43%	40%
	Precio (euros)		8,41	12,32	13,45	12,10	11,70	27,23	13,15	13,93
Gramo	Pureza		42%	46%	51%	55%	53%	52%	50%	51%
	Precio (euros)	65,29	54,99	59,20	60,93	59,05	57,16	59,71	58,30	61,90
Kilogramo	Pureza		73%	72%	73%	76%	74%	73%	71%	74%
	Precio (euros)	29.732	30.051	31.854	35.159	36.211	33.358	34.640	34.570	34.364

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

3.5. DETENCIONES POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS

En 2003 se han registrado 12.718 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior. La evolución seguida desde el año 1997 nos muestra que en el año 2000 tuvo lugar un fuerte incremento en el número de detenciones que desde ese año ha venido manteniéndose bastante estable hasta 2003 en que descendió con respecto al año anterior (Figura 3.5.1). El descenso aludido no ha afectado al número de detenciones por tráfico o tenencia ilícita de opiáceos, que se mantiene similar al del año 2002, pero sí al correspondiente a cocaínicos, cannabicos y alucinógenos (Tabla 3.5.1).

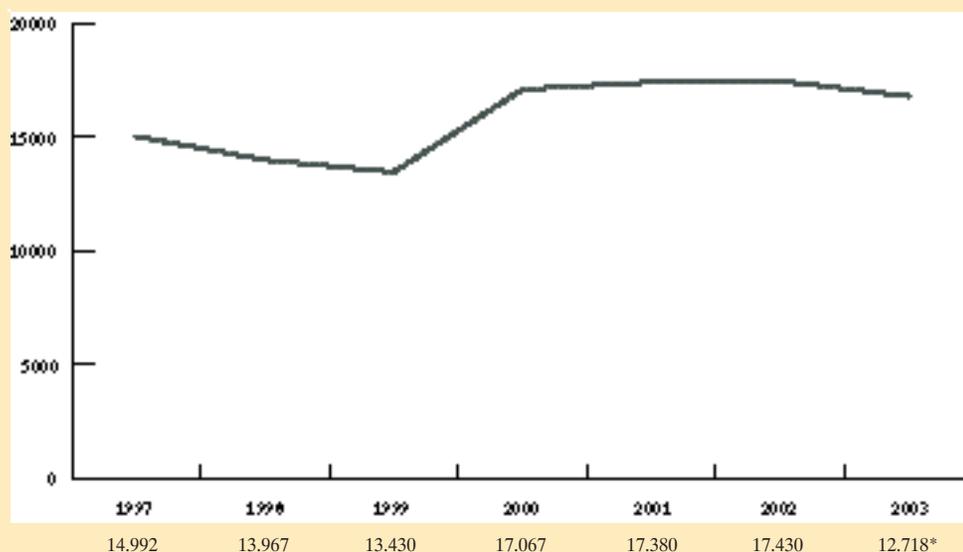
El cannabis continúa siendo la sustancia que da lugar al mayor número de detenciones, seguida de la cocaína. En 2003 el tráfico de cannabis aparece como causa en el 52,34% de las detenciones y la cocaína en el 29,82% (Figura 3.5.2). Las comunidades autónomas con mayor número

de detenidos en términos absolutos son Andalucía, Valencia y Canarias (Tabla 3.5.2). Si tomamos en consideración las tasas de detenidos por población, destaca la ciudad de Ceuta que constituye un caso especial por su condición estratégica en el tráfico del cannabis, cuya tasa (99 detenidos por 10.000 habitantes) supera con mucho al resto. Le siguen Melilla (11 detenidos/10.000), Canarias y Andalucía (6/10.000) y Baleares (5/10.000) (Tabla 3.5.2).

En 2003 las denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas en aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992 han ascendido a 122.634 lo que supone un incremento del 0,7% respecto al año anterior, continuando, aunque más moderadamente, con la tendencia alcista de los últimos años (Figura 3.5.3).

El cannabis sigue siendo la sustancia que da lugar al mayor número de denuncias, el 74,9% en 2003. Le sigue la cocaína que en este año aparece en el 16% de las denuncias (Figura 3.5.2). Las denuncias por cannabis se han incrementado con respecto al 2002 en un

Figura 3.5.1. Detenciones por tráfico de drogas. España, 1997-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

* Esta cifra no coincide con las que figuran en la Tabla 3.5.1 y en la Figura 3.5.2 porque una misma persona puede ser detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarlo por sustancia cuenta más de una vez.

Tabla 3.5.1. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas según la sustancia que motivó la detención o denuncia. España 1998-2003.

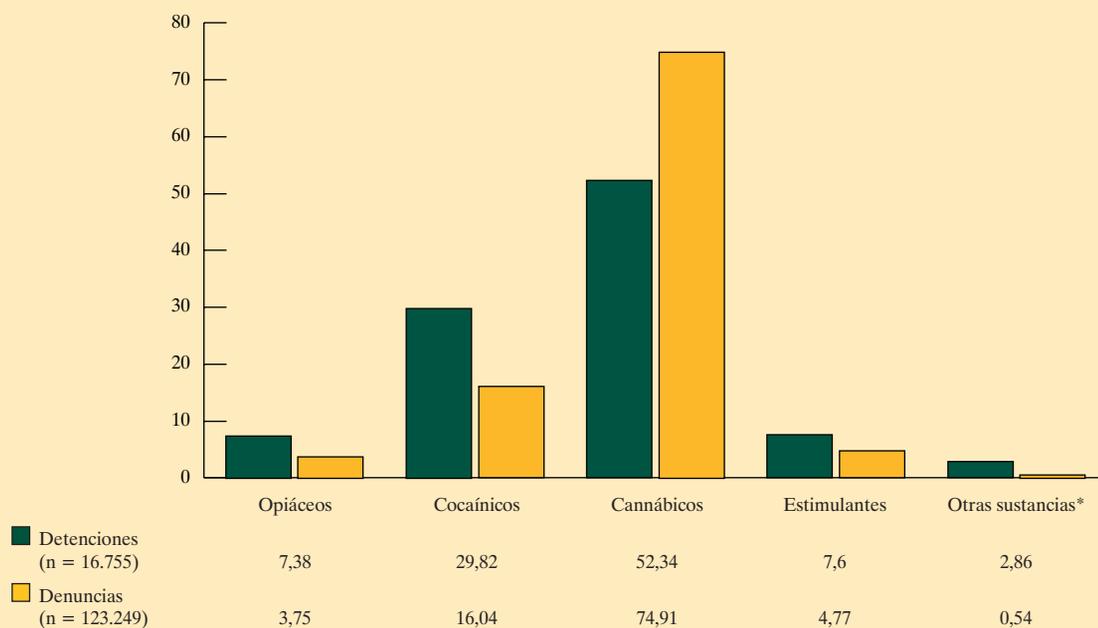
Sustancias	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.	Deten.	Denun.
Opiáceos	2.436	11.321	1.961	9.910	2.243	8.089	1.914	11.145	1.214	5.916	1.236	4.622
Cocaínicos	3.675	10.151	3.918	13.802	5.377	11.422	5.372	16.196	5.633	25.905	4.997	19.766
Cannábicos	6.853	42.472	6.465	48.991	7.518	57.395	8.408	78.629	9.042	81.949	8.769	92.322
Alucinógenos	367	1.024	434	1.346	1.281	2.305	1.200	3.516	1.083	6.185	77	86
Estimulantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1.273	5.878
Otras sustancias*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	403	575
Psicot/Barbit.	416	2.691	366	2.496	336	2.085	313	2.758	325	1.698	–	–
Otros	220	18	286	19	312	6	173	26	133	181	–	–
Total	13.967	67.677	13.430	76.564	17.067	81.302	17.380	112.270	17.430	121.834	16.755	123.249

Fuente: Ministerio del Interior.

* Depresores, sedantes, tranquilizantes y otros.

Nota: en 2003 se ha producido un cambio en la metodología de agrupación de las sustancias, por lo que no es posible indicar cuántas detenciones y denuncias se corresponden con la categoría Psicotrópicos-Barbitúricos.

Figura 3.5.2. Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2003.



* Depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Fuente: Ministerio del Interior.

12,65%, en tanto que las debidas a la cocaína y a los opiáceos han descendido un 23,7% y 21,9%, respectivamente (Tabla 3.5.1).

En la Tabla 3.5.2 se puede observar, tanto en números absolutos como por tasas de población, la distribución de los denunciados por comunidades autónomas. Las comunidades que presentan mayores tasas son Melilla (86 denunciados por 10.000 habitantes), Navarra (76/10.000), Baleares y Canarias (61/10.000) y Cantabria (56/10.000).

El perfil de los detenidos y denunciados en cuanto a sexo es mayoritariamente masculino.

En cuanto a la edad, la franja de los 19 a 25 años es en ambos casos la mayoritaria, comprende el 30,2% de los detenidos y el 46,8% de los denunciados, si bien la franja de 26 a 40 años incluye también un gran porcentaje de detenidos y denunciados (Figuras 3.5.4 y 3.5.5). Esta estructura es básicamente la misma desde 1995.

Los datos sobre detenciones y denuncias proceden de la Unidad Central de Inteligencia Criminal (1995-2002) y del Sistema Estadístico Nacional sobre Drogas (SENDA) del Gabinete de Análisis y Prospectiva. Secretaría de Estado de Seguridad (2003).

Tabla 3.5.2. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas por comunidad autónoma (números absolutos y tasas por 10.000 habitantes). España, 2003.

	Detenidos	Tasa/10.000 hab.	Denunciados	Tasa/10.000 hab.
Andalucía	4.241	5,63	34.130	45,34
Aragón	258	2,10	2.653	21,62
P. Asturias	195	1,86	1.596	15,10
Baleares	342	5,32	5.573	61,38
Canarias	1.041	5,86	10.897	61,33
Cantabria	195	3,59	3.057	56,32
Castilla-La Mancha	342	1,88	7.171	39,41
Castilla y León	364	1,48	6.781	27,59
Cataluña	787	1,18	10.790	16,24
C. Valenciana	1.410	3,21	12.574	28,60
Extremadura	180	1,70	3.874	36,65
Galicia	897	3,32	7.118	26,31
La Rioja	52	1,81	551	19,22
Madrid	949	1,66	6.412	11,22
Murcia	341	2,70	3.529	27,92
Navarra	93	1,62	4.344	75,76
P. Vasco*	81	0,39	379	1,81
Ceuta	707	98,78	229	31,99
Melilla	74	11,12	574	86,25
Total	12.718	3,01	122.634	29,06

Fuente: Ministerio del Interior.

* No han sido facilitados los datos de la Policía Autónoma Vasca.

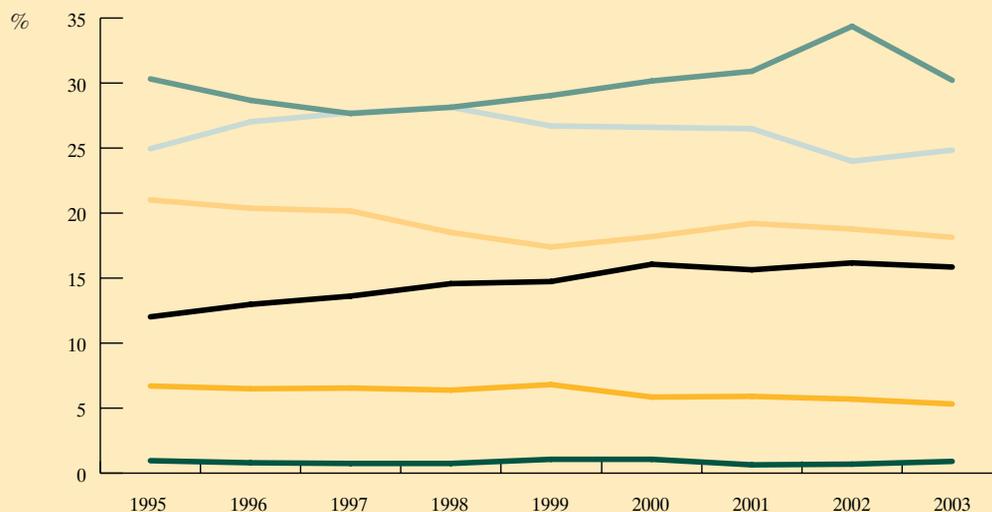
Figura 3.5.3. Denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 1997-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

* Esta cifra no coincide con las que figuran en la Tabla 3.5.1 y en la Figura 3.5.2 porque una misma persona puede ser denunciada por consumo o tenencia ilícita de varias drogas y al clasificarla por sustancia cuenta más de una vez.

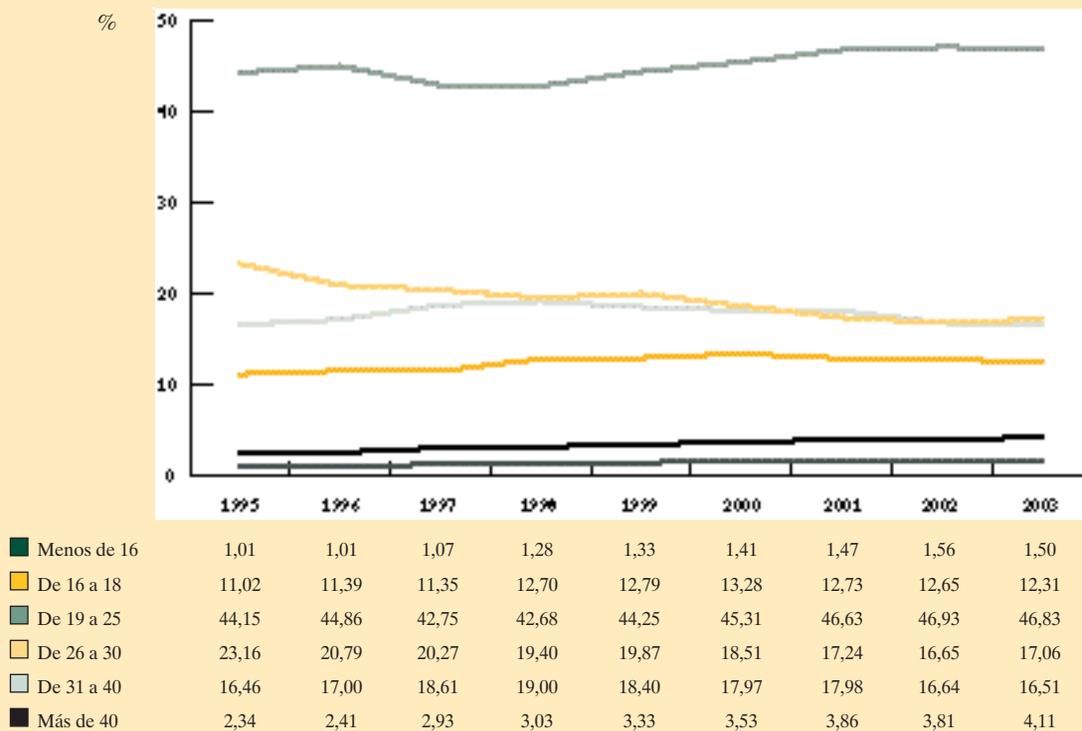
Figura 3.5.4. Evolución de la distribución por edades de los detenidos por tráfico de drogas (%). España, 1995-2003.



Edad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Menos de 16	0,96	0,76	0,71	0,72	1,02	1,02	0,60	0,69	0,87
De 16 a 18	6,66	6,46	6,52	6,39	6,78	5,81	5,87	5,68	5,32
De 19 a 25	30,34	28,66	27,66	28,12	29,03	30,16	30,90	34,38	30,23
De 26 a 30	21,01	20,37	20,15	18,50	17,36	18,18	19,19	18,78	18,11
De 31 a 40	24,96	27,02	27,71	28,16	26,70	26,60	26,50	24,00	24,82
Más de 40	12,03	12,96	13,63	14,56	14,72	16,05	15,64	16,16	15,82

Fuente: Ministerio del Interior.

Figura 3.5.5. Evolución de la distribución por edades de los denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. España (%), 1995-2003.



Fuente: Ministerio del Interior.

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

En el 2003 se han registrado 64.488 sanciones administrativas en aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Seguridad Ciudadana, referido al consumo o tenencia de drogas en la vía pública, lo que representa el 65,2% de los expedientes incoados al respecto. Tanto los expedientes como las sanciones han experimentado un crecimiento respecto al año anterior del 10,9% y 3,3% respectivamente (Figura 3.6.1).

El apartado 2 del artículo 25 contempla la posibilidad de que las sanciones impuestas por estas infracciones puedan suspenderse si el

infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado. Las sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento en el año 2003 han ascendido a 3.949, cifra algo superior a la del año anterior, con lo que se rompe la tendencia descendente observada entre 1999 y 2002 (Figura 3.6.2). Andalucía, Canarias, Castilla y León y Galicia son las comunidades autónomas en donde se han producido más suspensiones (Tabla 3.6.1).

Las comunidades autónomas en las que se ha producido una mayor tasa de sanciones por habitante son Melilla, con una tasa de 58,7 por 10.000 habitantes, Ceuta y Canarias, con una tasa de 56,6/10.000 y Baleares con 38,6/10.000 (Tabla 3.6.2).

Figura 3.6.1. Evolución de los expedientes incoados y de las sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública (números absolutos). España, 1997-2003.

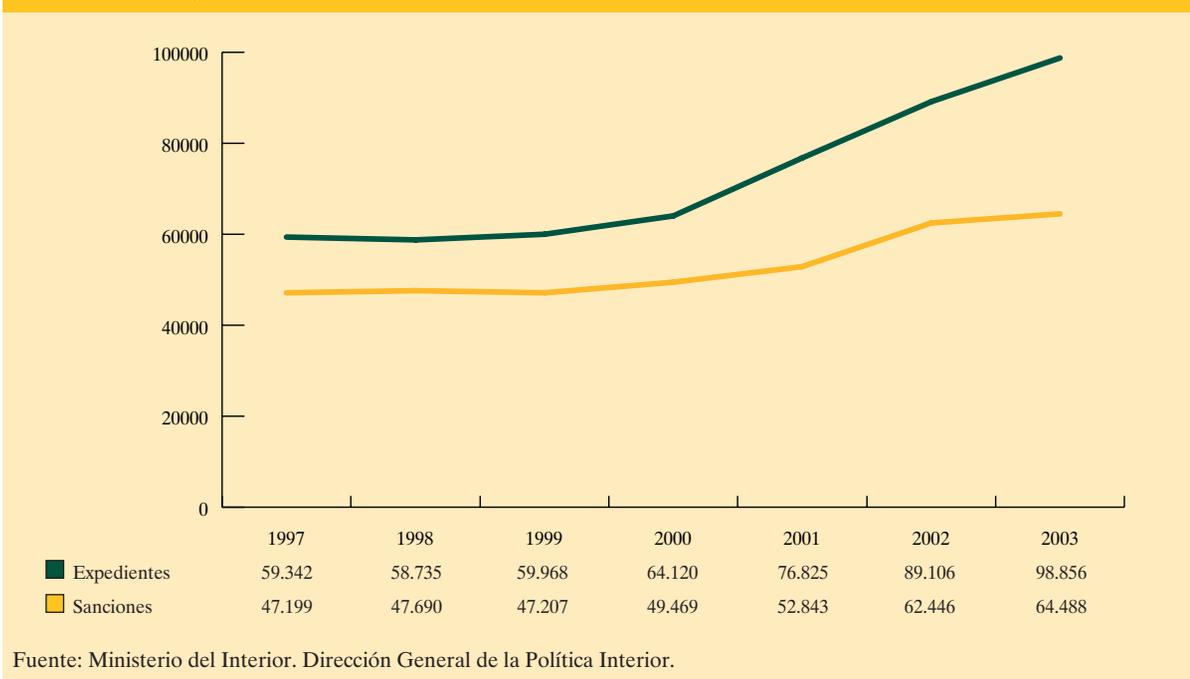
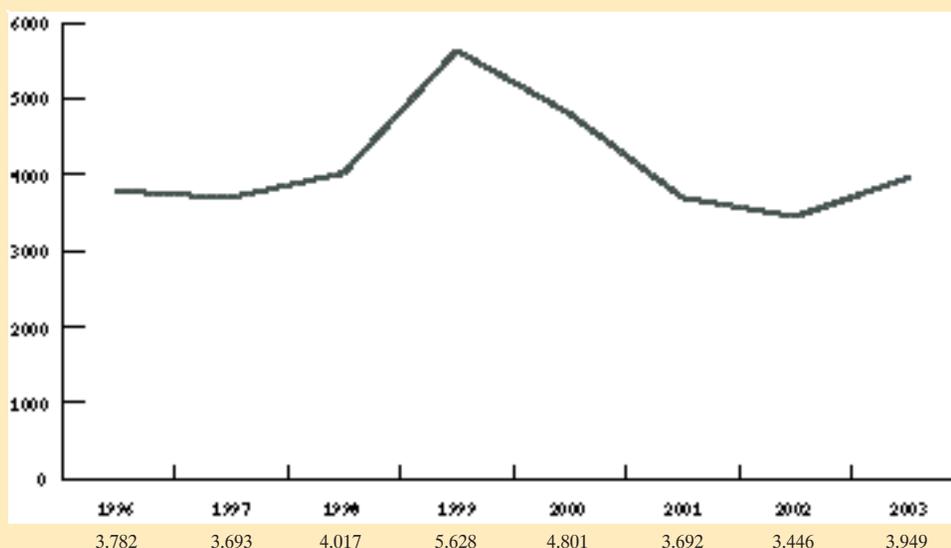


Tabla 3.6.1. Expedientes incoados, sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública y sanciones suspendidas por someterse a tratamiento de deshabituación (números absolutos). España, 2003.

	Expedientes incoados	Sanciones administrativas	Sanciones suspendidas por tratamiento de deshabituación
Andalucía	22.880	13.444	1.555
Aragón	2.909	3.312	77
Asturias	1.458	1.163	35
Baleares	4.575	3.522	87
Canarias	19.369	10.064	1.131
Cantabria	3.686	1.950	2
Castilla y León	7.122	6.645	253
Castilla-La Mancha	5.648	3.133	176
Cataluña	3.651	3.816	113
Extremadura	2.465	1.784	54
Galicia	2.973	2.528	197
Madrid	5.902	3.196	15
Murcia	2.744	2.749	10
Navarra	687	667	16
La Rioja	692	681	13
C. Valenciana	10.246	4.995	137
País Vasco	383	43	5
Ceuta	945	405	73
Melilla	521	391	
Totales	98.856	64.488	3.949

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

Figura 3.6.2. Evolución del número de sanciones administrativas por consumo o tenencia en la vía pública suspendidas por someterse a tratamiento de deshabituación (números absolutos). España, 1996-2003.



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

Tabla 3.6.2. Sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública por comunidad autónoma (tasas por 10.000 habitantes). España, 1997-2003.

	1997	2001	2002	2003
Andalucía	10,68	13,17	16,5	17,86
Aragón	10,94	17,20	29,1	26,99
Asturias	4,18	9,98	7,3	11,01
Baleares	23,68	36,23	38,6	38,79
Canarias	28,91	58,56	46,7	56,64
Cantabria	3,70	20,05	13,7	35,93
Castilla-La Mancha	10,40	16,73	18,0	17,22
Castilla-León	14,60	20,07	28,7	27,03
Cataluña	12,30	5,27	6,2	5,74
C. Valenciana	22,29	10,27	15,8	11,36
Extremadura	4,90	9,07	14,0	16,88
Galicia	7,34	7,39	9,6	9,34
Madrid	5,45	7,55	8,2	5,58
Murcia	13,37	12,04	18,2	21,75
Navarra	7,87	5,57	7,5	11,63
País Vasco	6,58	0,95	1,7	0,21
La Rioja	11,80	22,26	24,7	23,75
Ceuta	13,17	11,22	53,4	56,58
Melilla	-	-	15,6	58,75
Total	11,84	12,85	15,0	15,28

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

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

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